UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA CAROLINA ALBIERO LEANDRO DA ROCHA

MOVIMENTO E EQUILÍBRIO NO ENVELHECIMENTO:
FAMÍLIA, ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA

SÃO PAULO

2016

ANA CAROLINA ALBIERO LEANDRO DA ROCHA

MOVIMENTO E EQUILÍBRIO NO ENVELHECIMENTO: FAMÍLIA,
ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak

SÃO PAULO
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Rocha, Ana Carolina Albiero Leandro da
Movimento e equilíbrio no envelhecimento: família,
espiritualidade e resiliência / Ana Carolina Albiero
Leandro da Rocha. São Paulo, 2016.
111p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suely Itsuko Ciosak
Área de Concentração: Cuidado em Saúde

1. Idoso. 2. envelhecimento. 3. família. 4.
espiritualidade. 5. resiliência. I. Título.

Nome: Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha

Título: Movimento e Equilíbrio no Envelhecimento: Família, Espiritualidade e Resiliência.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha amada e incrível família, por dar sentido à minha vida.

Aos meus pais, Rosana e Ivaldo.

Aos meus irmãos lindos, Maria Fernanda e Pedro Henrique.

Ao meu amor, Fabio.

Às minhas irmãs do coração Giovanna, Renata, Ana Flávia, Thaís, Uni-Sex, Patusk, Tubbie, Isolada, Enxa, Poka e Senti.

À República Renegadas da UNESP de Botucatu.

Aos meus tios Ilce, Fernanda, Marcel e Sérgio.

Aos meus avós Nega (in memoriam) e Joaquim (in memoriam), Landa e Gim (in memoriam).

E em especial ao meu primo Felipe (in memoriam), que você esteja em paz e receba sempre a luz das orações de quem te ama.

AGRADECIMENTOS

A todos que permitiram que este trabalho se concretizasse.

À Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak, minha orientadora, pelos ensinamentos transmitidos e toda a compreensão e tempo dedicados.

A todos os docentes da Universidade Estadual Paulista e da Universidade de São Paulo.

Ao Prof^o Wellington Zangari por todas as generosas contribuições.

À Equipe Azul da UBS Teotônio Vilela: Adriana, Irlete, Pati, Sueli, Fernanda, Ana Cláudia, Naty e Conceição, por todo o apoio na coleta de dados.

A toda a equipe da UBS Jardim dos Eucaliptos, em especial, a gerente Lucineia, a equipe de enfermagem e às enfermeiras Lucimar, Edlena, Patrícia, Cristiane e Laura pela compreensão e apoio às minhas ausências.

À minha família e meus amigos, por compreenderem a minha ausência e torcerem por mim.

Aos meus pais, Rosana e Ivaldo, por todo o amor e dedicação e, principalmente, por tudo o que dividimos na construção da nossa família.

Aos meus irmãos, Maria Fernanda e Pedro Henrique.

Ao meu namorado Fabio, pela parceria, cuidados e tudo que compartilhamos.

Às famílias que participaram deste estudo e compartilharam suas histórias de vida.

Aos meus pacientes, que me ensinam diariamente a valorizar a vida.

Aos meus alunos, que me dão a oportunidade de crescer, ensinar e aprender.

“Todas as famílias felizes se parecem entre si; e as infelizes
são infelizes cada uma a sua maneira.”

LievTolstói – *Anna Karenina*, 1877.

Rocha, ACAL. Movimento e equilíbrio no envelhecimento: família, espiritualidade e resiliência. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

O conceito de resiliência foi adaptado às ciências humanas como a capacidade do indivíduo responder positivamente às adversidades da vida, relacionando-se com a família e a espiritualidade. Considerando a espiritualidade como o que confere significado a existência e o seu potencial em promover a resiliência para o enfrentamento de dificuldades, como as mudanças decorrentes do envelhecimento, desenvolveu-se o presente estudo, cujo objetivo foi: compreender a resiliência e a espiritualidade na reorganização da família frente ao envelhecimento. Procurou-se ainda, conhecer a condição socioeconômica, cultural, a composição familiar, as mudanças que ocorreram na dinâmica familiar e as estratégias de enfrentamento do idoso e sua família, frente ao envelhecimento. Foi realizado um estudo descritivo, prospectivo, sob os pressupostos da pesquisa qualitativa. Em entrevista, aplicou-se um questionário com dados socioeconômico e questões norteadoras para apreender os significados do envelhecimento para o idoso e seu familiar. Foi elaborado um genograma, seguido da aplicação do Mini-Mental, Índice de Katz, Escala de Depressão de Yesavage. Inicialmente foi mapeado 294 idosos residentes no território atendidos por uma equipe de saúde da família de uma Unidade Básica de Saúde do bairro do Teotônio Vilela, município de São Paulo. Dentre estes, foram entrevistados 23 idosos e igual número de familiares, totalizando 46 indivíduos. Os discursos foram analisados com auxílio do programa WebQDA 2.0 e da técnica de análise de conteúdo. Dos idosos entrevistados, 78,3% residiam em domicílio próprio, com pelo menos mais um familiar. A Unidade de saúde é utilizada por 69,6% dos idosos. Dos idosos, 91,3% foram mulheres, 43,5% tinham entre 71 e 80 anos, maioria católicas, aposentadas e com renda entre um a três salários mínimos. O Mini-Mental, revelou que 34,8% dos participantes tinham pontuação considerada normal e o aspecto emocional, avaliado pela Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage mostrou 26,1% com pontuação sugestiva de depressão. Pelo Índice de Katz, 87,0% dos idosos foram classificados como independentes. Os familiares eram em sua maioria do sexo feminino (82,6%), filhas e acima dos 50 anos. Os discursos revelaram que entre as mudanças individuais decorrentes do envelhecimento, as mudanças cognitivas e físicas impactaram no aumento da dependência e na condição socioeconômica da família. A família, a confiança e os vínculos estabelecidos foram responsáveis por dar sentido à vida dos idosos. A espiritualidade esteve presente significando a existência e em alguns casos, foi expressada através da religiosidade e de sentimentos de felicidade, promovendo a resiliência. Compreendendo a espiritualidade como o que dá sentido a vida e a resiliência como a força advinda da superação das adversidades, conclui-se que não há como ser resiliente sem sentido ou motivo para viver. A enfermagem tem o objetivo de oferecer cuidados holísticos ao ser humano. A família, a comunidade e as relações que o indivíduo estabelece ao longo da vida interferem no modo de viver e encarar as adversidades. Compreender o idoso inserido neste contexto pode potencializar os vínculos estabelecidos entre os pacientes, a família e a equipe de enfermagem, favorecendo a adesão aos tratamentos e a promoção de saúde.

Descritores: Idoso, envelhecimento, espiritualidade, família, resiliência psicológica.

Rocha ACAL. Movement and balance in the aging: family, spirituality and resilience. [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

The concept of resilience has been adapted to the human sciences as the ability of an individual to respond positively to the adversities of life, relating with family and spirituality. Considering spirituality as what concedes meaning to the existence and its potencial in promoting resilience to the coping of difficulties such as the changes that result from aging, the present study was developed, which objective has been: to comprehend resilience and spirituality in the family reorganization facing the aging process. It was tried, to know the socio economical and cultural conditions, family composition, the changes that occurred in the family dynamics, and the strategies of coping, of the elder and their family, with the aging process. It was made a descriptive, prospective, study of the assumptions of the qualitative research. In interview, it was applied a questionnaire with socio economical data, and questions guiding to the apprehension of the meanings of aging to the elder and their family. It was elaborated a genogram, followed by the application of the Mini-Mental, Katz Index, Yesavage Scale of Depression. Initially it was mapped 295 elders residents of the territory attended by a family health team of Basic Health Unit, of Teotônio Vilela neighborhood, in the city of São Paulo. Amongst these, 23 elders were interviewed, and the correspondent number of families, totalizing 46 individuals. The answers were analyzed with the help of WebQDA 2.0, and the technique of content analysis. Of the interviewed elders, 78,3% lived in their own property, with at least one more relative. The health Unit is used by 69,9% of the elders. From the elders, 91,3% were women, 43,5% were between 71 and 80 years old, a majority of catholics, retired and with an income between one and three minimal wages. Mini-Mental revealed that 34,8% of participants had punctuation considered normal, and the emotional aspect, evaluated by Yesavage Geriatric Depression Scale, has shown that 26,1% had punctuation suggesting depression. By Katz Index, 87% of the elders were classified as independents. The families were in their majority women (82,6%), daughters and above 50 years old. The answers revealed that among the individual changes incurring from the aging process, the cognitive and physical changes affected in the increasing of dependency, and the social economical condition of the family. The family, its confidence and the stablished bonds were responsible for giving meaning to the elders' lives. Spirituality has been present, giving meaning to the existence, and in some cases, has been expressed through religiosity and feelings of happiness, promoting resilience. Comprehending spirituality as what gives meaning to life and resilience as the strength arising from overcoming adversities, it has been concluded that there is no possibility of being resilient without a reason or motivation for living. Nursing has the objective of offering holistic care to the human being. Family, community and the relations that an individual satellites throughout life interfere in the way of living and facing adversities. Comprehending the elder in this context may power the bonds stablished among patients, family and the nursing team, favoring the accession to the treatments and health promotion.

Descriptors: Aged, aging, spirituality, family, psychological resilience.

.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Distribuição do número de famílias com idosos cadastradas por micro área na Equipe 4132. Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.....	41
Tabela 2: Características sócio demográficas dos idosos cadastrados na equipe 4132. Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.....	42
Tabela 3: Famílias de idosos cadastrados na equipe 4132 de acordo com a Escala de Risco Familiar. Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.....	43
Tabela 4: Classificação de Risco Familiar de idosos cadastrados na equipe 4132 por micro área. Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.....	44
Tabela 5: Características sócio demográficas dos idosos entrevistados na UBS Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.....	45
Tabela 6: Idade e parentesco com os idosos dos familiares entrevistados na UBS Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.....	49
Quadro 1: Distribuição das unidades de registro, unidades temáticas e temas centrais identificados. São Paulo, 2016.....	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 FAMÍLIA COMO SISTEMA	20
2.2 ESPIRITUALIDADE	22
2.3 RESILIÊNCIA	24
3 OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	30
4.1 TIPO DE ESTUDO	30
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO	30
4.3 LOCAL DE ESTUDO	31
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	32
4.4.1 Ficha A	33
4.4.2 Escala de Risco Familiar	34
4.4.3 Questionário Socioeconômico	34
4.4.4 Mini-Mental	35
4.4.5 Índice de Katz	35
4.4.6 Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	36
4.5 COLETA DE DADOS	36
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	37
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	37
5 RESULTADOS	39
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	39
5.2 ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA NA REORGANIZAÇÃO DA FAMÍLIA	47
5.2.1 Movimento: mudanças individuais, mudanças na família e senescência	48
5.2.2 Equilíbrio: família, espiritualidade e resiliência	57
6 DISCUSSÃO	70
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	99
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100
ANEXO 1 – FICHA A (FRENTE)	101
ANEXO 2 – FICHA A (VERSO)	102

ANEXO 3 – ESCALA DE RISCO FAMILIAR	103
ANEXO 4 – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL – “MINI-MENTAL”	104
ANEXO 5 – ÍNDEX DE KATZ	105
ANEXO 6 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE	106
ANEXO 7 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP	107
ANEXO 8 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO	109

APRESENTAÇÃO

Enquanto profissional de saúde, atuando diretamente com famílias, vivencio, diariamente, suas dificuldades em lidar com o processo saúde-doença. Observando as famílias reagindo às adversidades que surgem no cotidiano, senti a inquietação e o desejo de compreender como isso ocorre e encontrar formas de superar momentos de crise e se reorganizar, quando necessário.

Em minha pesquisa de mestrado, me propus a investigar o papel da espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso, no qual estudo a espiritualidade entendida como o sentido da vida e, quando questionados, a maioria dos idosos reportou que suas famílias eram o que havia de mais importante em suas vidas e seus familiares lhes davam sentido para viver.

Com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas, muitos idosos se tornam dependentes, necessitando de cuidados da família, desde os básicos aos complexos. Muitas famílias não possuem estrutura emocional, financeira ou conhecimentos necessários para arcar com estes cuidados.

Em minha trajetória de vida, tive que lidar com questões no âmbito pessoal e familiar relacionadas a este tema de pesquisa. Subitamente, minha família e eu nos vimos perdidos com um ente querido, idoso, com um diagnóstico grave e terminal e que centralizou nossa atenção e nossos cuidados.

Este momento de crise nos levou a questionar nossas próprias perspectivas de vida pessoais e sentimos nossos laços familiares fortalecidos, atentos às necessidades emocionais uns dos outros. Para conseguirmos atravessar esta adversidade, foi importante manter um movimento contínuo de busca pela harmonia e pelo equilíbrio familiar, questões que dão título a este trabalho.

Esta e outras experiências pessoais, em que a minha própria família se movimentou para aumentar seu potencial como espaço de conforto e afeto, reforçaram meu desejo de compreender como as famílias reagem a estas crises e como, enquanto profissionais de saúde, podemos atuar como facilitadores nesta reorganização, fortalecendo a capacidade e a potência das famílias em superar as adversidades. Destas inquietações surgiu este projeto de pesquisa.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Existem diversas definições para a família; uma delas é: o conjunto de pessoas que estão ligadas pelo casamento, por uma união consensual ou por parentesco, seja em decorrência de consanguinidade, de adoção ou de sócioafetividade ⁽¹⁾. A cultura, o contexto histórico e as relações interpessoais influenciam a construção social do conceito de família e esta é o primeiro referencial de socialização do indivíduo, é o local onde se busca e encontra afeto, segurança e proteção. A família impõe autoridade e ensina o certo e o errado de acordo com sua própria ética e valores ⁽¹⁾.

No decorrer da história, a estrutura familiar tem mudado continuamente e segue em transformação. Hoje, temos outras configurações familiares como famílias monoparentais, pessoas que vivem sozinhas, casamentos e uniões homoafetivas, casamentos interreligiosos, famílias de múltiplos casamentos, etc ⁽²⁾. Apesar de ser um espaço com grande potencial para criação e fortalecimento de vínculos que podem ser mantidos por toda a vida, infelizmente, em alguns casos, a família também se configura como espaço de violência física ou psicológica, negligência e conflito ⁽³⁾.

Atualmente, na realidade das famílias que possuem um membro idoso e dependente de cuidados, o conjunto familiar deve assumir as responsabilidades com relação à dependência e diminuição de autonomia deste familiar.

Famílias emocionalmente sadias mantêm o crescimento de todos os membros, incluindo o do idoso. A família pode ser um referencial de socialização para ele e, quando há ausência ou rompimento dessa inserção, o idoso pode sentir-se ignorado, desvalorizado, excluído. Essa relação depende primordialmente dos vínculos que foram estabelecidos durante a vida e da força destas relações ⁽⁴⁾.

Os processos patológicos em idosos podem causar alterações em seu quadro funcional, levando-os a situações em que o indivíduo, até então independente, passa a condição de dependente, seja parcial ou totalmente, por um período delimitado ou definitivo ⁽⁵⁾. O idoso pode evoluir para perda ou diminuição da independência e autonomia, perdendo sua posição de comando e invertendo os papéis anteriormente desempenhados pelos familiares.

É importante diferenciar os conceitos de autonomia e independência, pois se sabe que não necessariamente estas condições apresentam-se simultaneamente. Autonomia é o poder do indivíduo de tomar decisões sobre sua própria vida, apesar de suas condições físicas. A capacidade de realizar atividades básicas e instrumentais

de vida diárias corresponde à independência. A diminuição de autonomia e independência pode estar presente em graus variados ⁽⁶⁾.

A família pode se tornar a responsável por estes cuidados básicos ou complexos no cotidiano do idoso, tarefa geradora de estresse e ansiedade tanto para os cuidadores quanto para o membro da família dependente do cuidado ⁽⁷⁾. Em muitas famílias, a responsabilidade pelo cuidado é vista como exclusiva da mãe, esposa e filhas, não sendo incomum a mulher abdicar de seu trabalho e carreira quando um familiar necessita de cuidados mais intensos.

O tratamento que o idoso receberá da família e da comunidade é determinado por crenças, preconceitos e mitos que constroem o significado da velhice. Este contexto cultural define como uma sociedade vive o processo do envelhecimento de seus membros. Além do conjunto familiar, o suporte social pode ser oferecido por amigos e colegas de atividades, como grupos de terceira idade que promovem sentimentos positivos, constituindo-se, também, como uma estratégia de enfrentamento ⁽⁷⁾.

Como pertencemos a um contexto cultural moldado pelo capitalismo, o idoso passa a ocupar espaços marginalizados na sociedade devido à diminuição da força de trabalho, visto que o modelo capitalista está fundamentado na ideia de produtividade e lucro, podendo levar o idoso a perder seu papel funcional dentro da família e da comunidade ^(4,8). Também em nossa sociedade, conceitos como doença e velhice se sobrepõem, influenciados por ideias de que as enfermidades acontecem em decorrência apenas do envelhecimento e não dos hábitos de vida acumulados ao longo da vida ⁽⁸⁾.

Com o avanço das pesquisas e práticas clínicas, sabe-se que as patologias crônicas ou agudas não são condições obrigatórias do envelhecimento e, assim, passamos a diferenciar o envelhecimento fisiológico, denominado senescência, daquele associado às comorbidades, chamado de senilidade. As perdas ocasionadas pelo envelhecimento e pelas condições crônicas podem levar os idosos a sentimentos negativos, insatisfação com a vida e até mesmo a processos depressivos.

Além das características inerentes ao indivíduo, as relações parentais positivas e redes de apoio social disponíveis na família e na comunidade também aparentam ser importantes para a superação de momentos difíceis.

As necessidades espirituais que são relevantes para a saúde mudam durante a vida. Com o amadurecimento, as pessoas tendem a voltar-se para o seu interior e passam a valorizar os relacionamentos mais significativos e as práticas religiosas. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos às necessidades relativas à espiritualidade e que sejam capazes de utilizar a fé para auxiliar os idosos, pois a sensibilidade à fé e à religião está mais acentuada na velhice ⁽⁹⁾.

A espiritualidade aparece como um recurso de enfrentamento importante, independente da religião ou ateísmo. Ter algo para dar sentido à vida motiva as pessoas a seguir em frente e a fé em si aumenta a confiança e esperança ^(10, 11).

Assim, a presente pesquisa se propõe a responder à seguinte pergunta: **Como o idoso e sua família vivenciam e reagem ao processo de envelhecimento e eventual perda de autonomia e independência?**

Referencial Teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FAMÍLIA COMO SISTEMA

As famílias evoluíram e se modificaram ao longo da história, porém, algumas características continuaram comuns às famílias em diferentes culturas e diferentes períodos históricos. Uma destas características é a de que, independente da configuração familiar, quando um dos membros da família é impactado por alguma situação estressora ou positiva, os outros membros da família, em consequência, também são influenciados.

O “lugar” ocupado por seus membros e a proximidade vivenciada entre eles é o que determina o quanto serão impactados pelo movimento de seus familiares. Um modelo que representa esta dinâmica é o móbile, pois no momento em que uma das peças é movimentada, as outras se movimentam em consequência.

A teoria dos sistemas tem sido utilizada pelos profissionais de saúde para a compreensão das famílias e é considerada por estudiosos como o mais influente dos referenciais familiares, sendo, portanto, a que adotamos neste estudo. Um sistema pode ser definido como uma rede complexa de elementos em constante interação; sendo a família um sistema, cada um de seus membros pode ser considerado um subsistema, uma vez que os indivíduos são muito melhor compreendidos se vistos em um contexto mais amplo que, normalmente, é o da família ⁽¹²⁾.

Além disso, a família é também uma unidade pertencente a supra-sistemas mais amplos, como vizinhanças, organizações e comunidades religiosas. Para o trabalho com famílias, é necessário identificar os limites entre os sistemas e a hierarquia existente entre eles ⁽¹²⁾.

O conceito fornecido pela teoria dos sistemas ajuda a reconhecer que a família é uma configuração complexa e que a mudança de um de seus membros afeta a todos os outros, em diferentes níveis, diretamente proporcionais a proximidade entre eles. Nestas situações de mudanças, crises e adversidades, as famílias são capazes de criar uma nova situação de equilíbrio e estabilidade.

A teoria dos sistemas embasa também a fundamentação teórica do Modelo Calgary de Avaliação de Famílias, modelo este utilizado como orientador do questionário aplicado nesta pesquisa. O Modelo Calgary de Avaliação de Famílias

baseia-se nas visões de mundo do pós-modernismo, cibernética, teoria da comunicação e teoria da mudança ⁽¹²⁾.

O pós-modernismo propõe a ideia do pluralismo, uma crença na multiplicidade, com o pensamento de existirem inúmeras possibilidades e experiências, uma visão elaborada por cada pessoa existente no mundo. Estas visões de mundo interferem diretamente nas famílias, influenciando o modo como seus membros irão vivenciar um momento de doença ou adversidade ⁽¹²⁾. Estas vivências podem ser relatadas em narrativas de doenças e experiências dos membros da família dentro do seu contexto cultural particular e são mais relevantes para o trabalho com famílias do que as narrativas médicas ⁽¹²⁾.

A teoria da cibernética é útil no reconhecimento de que as atitudes e os comportamentos de cada um dos membros afeta os demais e, assim, ninguém pode ser responsabilizado por todas as dificuldades da família ⁽¹²⁾.

Já a interação entre os indivíduos é o foco da teoria da comunicação. Na família, a comunicação existe para auxiliar os membros a estabelecerem as regras e os comportamentos esperados no ambiente familiar, resolver conflitos, cultivar vínculos e demonstrar afetos. A comunicação pode ser tanto verbal quanto não verbal e um componente significativo é o contexto em que estes processos se desenvolvem ⁽¹²⁾. Portanto, as relações entre os membros da família são permeadas pelos processos de comunicação e evoluem com o tempo.

Na teoria da mudança, a percepção do problema interfere na mudança, ou seja, cada um dos membros da família constrói sua própria realidade a partir da mesma situação e estas mudanças são regidas pela estrutura atual do sistema familiar. Muitas vezes é difícil determinar as causas que desencadearam a mudança ⁽¹²⁾. Elas podem ser experimentadas como uma perturbação no sistema familiar, mas também podem gerar estabilidade posterior. Estas alterações são decorrentes da dinâmica familiar ⁽¹²⁾.

O contexto em que está inserida a família deve ser levado em consideração sempre que haja qualquer mudança espontânea ou promovida no ambiente familiar. Na avaliação das famílias, é importante uma compreensão global do sistema familiar, considerando seu contexto cultural e seus aspectos emocionais, crenças e relações.

Entende-se que a eventual dependência ou necessidade de auxílio em algumas situações no cotidiano do idoso impactam na dinâmica da família, pois, na maioria das vezes, é um familiar que assume estas responsabilidades.

Sobre a questão do gênero do cuidador, o cuidado com o idoso é geralmente assumido pela esposa ou filha mais velha, refletindo o machismo presente na nossa sociedade patriarcal e a constituição social da mulher como provedora de cuidados da família, subordinada à autoridade do homem ^(13,14). A maioria das mulheres atua tanto no trabalho formal quanto informal, fora de seu domicílio, acumulando ainda as funções domésticas, os cuidados com filhos e, eventualmente, com os familiares dependentes.

A experiência de se tornar um cuidador familiar é vivenciada de maneiras distintas de acordo com o gênero. Por exemplo, mulheres frequentemente se sentem na “obrigação” de assumir a responsabilidade do cuidado de seus pais, filhos, irmãos e companheiros adoecidos, por vezes abrindo mão de outros aspectos de sua vida, como trabalho formal, lazer, relacionamentos, etc. ^(15,16). Em muitas famílias, mesmo que os homens tenham condições de compartilhar o cuidado de seu familiar dependente, é perpetuada a ideia de que o cuidado deve ser uma responsabilidade exclusiva ou, em sua maior parte, feminina.

A perspectiva da família como um sistema permite visualizá-la como um espaço importante nos momentos de crise e adversidade, modificado por estas situações e tornando-se mais resiliente. Esta capacidade de superar adversidades será exposta a seguir.

2.2 ESPIRITUALIDADE

O conceito de espiritualidade é muito amplo e de difícil definição. Diversos autores definem espiritualidade em conceitos que podem ou não estar relacionados com a religiosidade.

A palavra espiritualidade deriva do latim *spiritus*, que quer dizer “sopro”, em referência à ideia do “sopro da vida”. A espiritualidade é a dimensão que aborda possibilidades de imaginar e acreditar, ter consciência da transcendência e sentir-se grato pela vida ⁽¹⁷⁾.

A espiritualidade compreende um investimento ativo em valores internos que promovem um senso de significado, paz interior e conexão com os outros. Ela pode

ser vivenciada dentro ou fora das instituições religiosas. Algumas pessoas podem praticar rituais religiosos sem atribuir significado espiritual a eles, enquanto outras pessoas podem negar religiões formais e encontrar meios de expressar sua espiritualidade no cotidiano ⁽¹⁸⁾.

A religião e a espiritualidade podem oferecer conforto e significado em situações de adversidade. As crenças transcendentais oferecem clareza sobre nossas vidas e conforto nas situações de angústia, por tornarem eventos inesperados menos ameaçadores e permitirem a aceitação de situações que não podem ser modificadas. A fé apoia a crença de que podemos vencer nossos desafios ⁽¹⁸⁾.

Na velhice estes sentimentos estão mais aflorados, pois além de enfrentamentos de ordem social, familiar, educacional, previdenciário e de saúde pública, há também questões existenciais a serem trabalhadas. A promessa de uma maior longevidade leva a reflexão sobre o sentido da vida e sobre a espiritualidade, pois nesta etapa não há mais a ilusão de um tempo infinito ⁽¹⁹⁾.

Questões como a própria identidade e a imagem que fazemos de nós mesmos são conflitos de difícil resposta que estão presentes durante todo o ciclo da vida, mas que exigem respostas ao final dela. Assumimos papéis que contribuem para que, na maturidade, tenhamos um senso de identidade refletido e desenvolvido, com a consciência de sermos quem somos ⁽¹⁹⁾.

Nas narrativas construídas pelas famílias, os significados e as crenças são expressos dando sentido à visão de mundo e à posição ocupada pela família. As histórias e os rituais têm valor para preservar os vínculos e a herança cultural. Estas narrativas têm um papel importante para que as famílias atribuam significado para as situações de crise e adversidade ⁽¹⁸⁾. O modo de encarar as adversidades é determinado pelo sistema de crenças da família, que abrange valores, convicções, atitudes, tendências e suposições que direcionam as ações realizadas pela família ⁽¹⁸⁾. É a partir deste sistema que as famílias conseguem extrair sentido dos momentos de adversidade.

As crenças que são compartilhadas pela família se desenvolvem, se alteram e são reafirmadas no decorrer do ciclo de vida familiar ⁽¹⁸⁾. Os sistemas de crenças são um componente mais amplo do que apenas a religião, porém, está intimamente ligado com as questões espirituais dos indivíduos, o que faz com que a resiliência familiar se relacione com conceito de espiritualidade.

A espiritualidade pode ser entendida como o que dá sentido a vida, uma ferramenta que confere significado aos acontecimentos felizes, crises e conexões na experiência humana. As práticas religiosas podem ser uma das expressões da espiritualidade, mas ela também pode ser expressa por vias que não incluam dogmas ou religiões. As religiões podem favorecer o senso de pertencimento e o apoio social das pessoas que as praticam, mas podem também levar a intolerância e exclusão.

Independente da religião, observa-se o caráter benéfico da prece e da oração, que podem se configurar como fatores preditores da resiliência. O ato de rezar, fazer pedidos a uma força maior e vivenciar a gratidão promove sentimentos de calma e tranquilidade em momentos de angústia ⁽²⁰⁾. Assim, a espiritualidade pode ser entendida como o que confere significado a existência humana, podendo potencializar a resiliência necessária para o enfrentamento de situações de dificuldades, como as mudanças decorrentes do envelhecimento.

2.3 RESILIÊNCIA

O termo “resiliência” é originário dos campos da Física e da Engenharia e denomina a capacidade que um determinado material possui de sofrer alterações e retornar a sua condição inicial sem sofrer deformações permanentes em si mesmo. ^(13,14)

No campo das pesquisas humanas, o conceito foi adaptado para a capacidade que o indivíduo tem de responder de maneira positiva às adversidades da vida cotidiana e de todo seu ciclo de vida, relacionando seu ambiente familiar, social e cultural ^(21,22).

A resiliência pode ser caracterizada como uma habilidade do indivíduo de superar situações de crise e seus efeitos nocivos - uma forma de enfrentamento. Em estudos realizados com pessoas que passaram por experiências de adversidades, notou-se um componente interno, intrínseco, de que essas pessoas acreditavam que tudo seria superado ⁽²³⁾.

Pesquisas sobre resiliência vêm aumentando e a área da saúde têm se apropriado deste conceito principalmente para avaliar sua relação com a qualidade de vida e condições de saúde.

O processo de envelhecimento é vivenciado e influenciado pela construção social e cultura da velhice. A sociedade capitalista atual valoriza a beleza, a juventude

e a produtividade, resultando em estereótipos e preconceitos com relação ao idoso. A instituição familiar não está imune a esta cultura, o que faz com que, muitas vezes, seja atribuído ao idoso o mesmo papel social na família e na sociedade ⁽²⁴⁾.

Os idosos com melhor ajustamento psicológico e recursos de enfrentamento aparentemente desempenham um envelhecimento mais ativo e bem-sucedido, com respostas adaptativas mais eficazes às perdas decorrentes deste período da vida ⁽²⁴⁾. As relações significativas do idoso como casamento, família e apoio social, juntamente com o nível educacional e segurança financeira, são elementos importantes no processo dinâmico de ajustamento psicológico. A qualidade destas relações, bem como a percepção positiva da vida, são importantes para aumentar o bem-estar subjetivo ⁽²⁵⁾.

Neste estudo, cujo foco é a família, foi utilizado o conceito da *resiliência familiar*, no qual a resiliência é entendida como adaptação, flexibilidade e capacidade de transformação das famílias perante as crises ⁽²⁶⁾. Para Walsh (2005),

“(...) o termo ‘resiliência familiar’ refere-se aos processos de enfrentamento e adaptação na família como uma unidade funcional. Uma perspectiva sistêmica nos permite compreender como os processos familiares intervêm no estresse e permitem à família superar a crise e enfrentar dificuldades prolongadas”⁽¹⁸⁾.

O bem-estar e a adaptação imediata e a longo prazo dos membros da família são influenciados pelo modo como a família se reorganiza e enfrenta uma experiência difícil. O que distingue famílias saudáveis é a maneira de enfrentar e resolver problemas e não viver uma vida sem eles ⁽¹⁸⁾.

A abordagem da resiliência familiar permite aos profissionais de saúde entender como as famílias são prejudicadas e desafiadas pela adversidade. Este conceito também desmistifica a ideia de que a família saudável é a família que segue um modelo ideal, estereotipado pela sociedade, de família nuclear, composta por pai trabalhador e mãe cuidadora dos filhos e do lar ⁽¹⁸⁾. Ao contrário, o objetivo da abordagem da resiliência familiar é compreender como todas as famílias, em sua diversidade, podem sobreviver a uma crise, se reorganizar e se regenerar.

Não é a configuração da família que faz com que ela seja ou não funcional, mas sim os processos familiares e a qualidade dos relacionamentos que são mais relevantes para a resiliência. É a maneira como uma família encara um problema e

suas opções que irá definir a posição desta família entre o enfrentamento e o desespero ⁽¹⁸⁾.

Nas situações de angústia, as conexões familiares e comunitárias são de extrema importância. Quando os membros da família têm lealdade e confiança uns nos outros, são mais capazes de enfrentar a adversidade ⁽¹⁸⁾. A confiança e a lealdade são essenciais para que exista uma comunicação aberta, entendimento e resolução de problemas. A confiança na boa vontade e intenção positiva do outro é fundamental para que os membros da família mantenham-se próximos e colaborativos. Já a lealdade é importante para que os indivíduos saibam que podem contar uns com os outros em situações de adversidade ⁽¹⁸⁾.

A família compreendida como um sistema, onde as interações que ocorrem influenciam seus membros individual e coletivamente, tem o potencial de aumentar a resiliência e de se configurar como um espaço de apoio e proteção para vivenciar crises e situações estressoras.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a resiliência e a espiritualidade na reorganização da família frente ao envelhecimento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a condição socioeconômica e cultural do idoso e sua família;
- Conhecer a composição das famílias e as relações com o idoso;
- Verificar as mudanças que ocorreram na dinâmica familiar, em função do idoso;
- Identificar as estratégias de enfrentamento do idoso e sua família frente ao envelhecimento.

Trajetória Metodológica

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, prospectivo, realizado sob os pressupostos da pesquisa qualitativa que contempla o universo de significados, motivos, crenças e aspirações do ser humano que não podem ser descritos com variáveis.

A adoção desta metodologia possibilitou responder melhor ao objetivo do presente estudo que é compreender o idoso enquanto ser pertencente a uma família e à sociedade, contemplando seus papéis, suas crenças pessoais e relações de importância, bem como as formas de enfrentamento e resiliência frente às mudanças ocorridas em decorrência do envelhecimento ^(27,28).

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para a seleção dos participantes, inicialmente foi realizado um levantamento de idosos residentes no território através de informações de cadastro das famílias pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 294 idosos.

A partir deste levantamento, foram entrevistados indivíduos acima de 60 anos atendidos por uma equipe de saúde da família do município de São Paulo e os respectivos membros da família, no período de julho de 2015 a fevereiro de 2016.

Os critérios de inclusão para os idosos foram: ter mais de 60 anos, possuir alguma condição de saúde crônica ou aguda, estar apto a comunicar-se e estar de acordo em participar da pesquisa, independente do sexo.

Os critérios de inclusão para familiares foram: conviver com o idoso, mesmo sem consanguinidade, ter mais de 18 anos, estar apto a comunicar-se verbalmente e concordar em participar da pesquisa, independente do sexo.

Os idosos e seus familiares, desde que ambos concordassem em participar da pesquisa, foram selecionados aleatoriamente pelos membros da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e convidados a participar pela pesquisadora.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS) Teotônio Vilela, situada na Zona Leste do município de São Paulo, em Sapopemba, aproximadamente a 18 km do marco zero da cidade.

O bairro possui uma extensão de 978.473.00 m² loteados em 1986. Atualmente, estima-se uma população de 50 mil pessoas que residem em, aproximadamente, 5840 apartamentos de conjuntos habitacionais populares e 1750 casas ⁽²⁹⁾.

Figura 1 - Conjunto Habitacional Teotônio Vilela – Sapopemba – São Paulo/SP.

Fonte: Conjunto Habitacional Teotônio Vilela – Sapopemba – São Paulo/SP. Publicado em 16/03/2014. [citado 2016 jun. 7]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Ulv2Mw9lqPM> ⁽³⁰⁾.

A Unidade Básica de Saúde Teotônio Vilela é responsável pela assistência de aproximadamente 7300 famílias, correspondendo a 24.000 pessoas. Desta população, 12% possui mais de 60 anos de idade, sendo 1881 mulheres e 1223 homens, correspondendo a 60% e 40% da população desta faixa etária, respectivamente.

A população do território é atendida por sete equipes de ESF. A área escolhida para este estudo possui 1007 famílias cadastradas, correspondendo a 3286 pessoas. Aproximadamente 11% desta população, ou seja, 294 pessoas, possuíam mais de 60

anos, o que corresponde a 194 mulheres e 100 homens, respectivamente 65% e 35%, desta população.

Para o Ministério da Saúde, a EST é entendida como “uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde” ⁽³¹⁾. Estas equipes atuam em áreas delimitadas, adscritas a equipes e unidades de saúde determinadas, com um número definido de famílias. A área de abrangência da equipe de Estratégia de Saúde da Família 4132, na qual foi realizada a pesquisa, é dividida em seis micro áreas, numeradas de um a seis, cada uma sendo de responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde. Os conjuntos habitacionais do bairro correspondem às primeiras cinco micro áreas e a sexta é formada pela área de invasão.

Esta última micro área do território apresenta particularidades por se tratar de uma ocupação. As pessoas que constroem suas casas, apesar de não possuírem registro ou escritura, consideram-se proprietárias do imóvel e, eventualmente, alugam e vendem casas, mesmo sem contratos oficiais.

Os profissionais de saúde pertencentes à Estratégia de Saúde da Família devem atuar em ações de promoção a saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos, vigilância a saúde e, principalmente, devem estar capacitados para atender o indivíduo enquanto ser dentro de um contexto social e familiar, em todas as fases do seu ciclo de vida ^(31,32). A atenção básica é responsável pelo atendimento do paciente desde o nascimento passando pela infância, adolescência, ciclo reprodutivo, até a velhice.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a construção do perfil do idoso no cenário do estudo, iniciou-se a coleta de dados com instrumentos que permitiram conhecer as características sociodemográfica desta população.

A complexidade do atendimento da pessoa idosa torna necessária a avaliação de aspectos cognitivos, funcionais e fisiopatológicos na prática clínica e, entre os diversos instrumentos disponíveis e validados para uso em pesquisas com idosos no Brasil, adotamos o Mini-Mental, o Índice de Katz e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.

Os instrumentos utilizados estão presentes na segunda e última edição do **Manual de Assistência de Enfermagem a Saúde da Pessoa Idosa** da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a qual pertence o serviço em que o estudo foi realizado ⁽³³⁾.

Os instrumentos utilizados estão descritos a seguir.

4.4.1 Ficha A

A ficha A é o primeiro instrumento utilizado pelo Agente Comunitário de Saúde no cadastro da família adscrita ao seu território e os dados obtidos a partir do seu preenchimento são agregados e processados no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB ⁽³⁴⁾.

A ficha A é preenchida na primeira visita que o Agente Comunitário realiza no domicílio e deve ser constantemente atualizada. O instrumento permite obter os seguintes dados dos moradores: idade, ocupação profissional, se os maiores de 15 anos são alfabetizados, se os menores de 14 anos frequentam escola, diagnóstico auto referido de algumas patologias e ocorrência de gestação ⁽³⁴⁾ (Anexo 1).

As condições de saneamento básico do domicílio são registradas no verso do cadastro, como o abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto e coleta de lixo. O tipo de construção também é verificado, como, por exemplo, alvenaria, taipa ou material reaproveitado ⁽³⁴⁾.

Informações como o local que a família procura em caso de problema de saúde, quantos moradores possuem convênio particular de saúde, se a família recebe benefício - como Bolsa Família ou outro programa social -, meio de transporte e meios de comunicação utilizados pela família também são questionados neste primeiro cadastro ⁽³⁴⁾ (Anexo 2).

O Ministério da Saúde disponibilizou novos modelos de ficha de cadastro individual e familiar que integrarão outro sistema de informação para o Sistema Único de Saúde (SUS), o E-SUS, já em implantação em alguns municípios, porém, no momento da coleta de dados desta pesquisa, todas as famílias tinham seus cadastros na ficha A descrita ⁽³⁵⁾.

4.4.2 Escala de Risco Familiar

Para a classificação das famílias dos idosos cadastrados de acordo com maior ou menor vulnerabilidade, foi utilizado a Escala de Risco Familiar desenvolvida por Coelho ⁽³⁶⁾ (Anexo 3).

Entendendo que a visita domiciliar do profissional de saúde é uma das potencialidades da Estratégia de Saúde da Família, a Escala de Risco Familiar foi desenvolvida para avaliar as famílias cadastradas e classificá-las em três estratificações de risco crescente.

A pontuação da família determina o risco e os dados para a atribuição dos pontos são obtidos através do inquérito do Agente Comunitário de Saúde no preenchimento e atualização da ficha A.

4.4.3 Questionário Socioeconômico

Para esta pesquisa, foi elaborado um questionário orientado pelo Modelo Calgary de Avaliação da Família (Apêndice A), que permitiu a coleta de dados socioeconômicos como: idade, sexo, número de moradores do domicílio, condição de moradia, fonte de renda, renda mensal em número de salários mínimos, serviço de saúde mais utilizado e doenças previamente diagnosticadas, além do roteiro de questões norteadoras que permitiriam conhecer como eram orientadas as relações familiares.

Os dados relevantes sobre a composição e dinâmica familiar foram descritos em genogramas e ecomapas.

O Modelo Calgary para Avaliação de Famílias foi desenvolvido pelas enfermeiras Lorraine M. Wright e Maureen Leahey, docentes da Universidade de Calgary, no Canadá, e foi publicado pela primeira vez em 1984. O modelo é adotado em todo o mundo e utilizado na prática clínica pelos enfermeiros ⁽¹²⁾.

O roteiro com questões norteadoras, que finalizaram a entrevista, objetivaram evidenciar as mudanças experienciadas pelos idosos e seus familiares, identificar a dinâmica familiar, as formas de apoio, as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo idoso e sua família e compreender a resiliência e espiritualidade no contexto familiar (Apêndice B).

4.4.4 Mini-Mental

Os idosos participantes do estudo foram avaliados quanto ao aspecto cognitivo através do Mini-Exame do Estado Mental, chamado também de Mini-Mental. Tal exame foi desenvolvido e publicado por Folstein e col. em 1975, sendo traduzido e validado para uso no Brasil por Bertolucci e colaboradores ⁽³⁷⁻³⁹⁾.

O Mini-Mental é uma importante ferramenta no rastreamento de sintomas de comprometimento da memória e cognição, que pode monitorar o seguimento e evolução de patologias já instaladas e as respostas aos tratamentos. Pode ser utilizado isolado ou em conjunto com outros instrumentos, tanto em serviços especializados quanto com idosos na comunidade ⁽³⁹⁾ e, neste estudo, contribuiu para a obtenção de dados sobre a função cognitiva dos idosos.

O exame é organizado em questões agrupadas em categorias, com o objetivo de verificar a capacidade de orientação em tempo e espaço, atenção e cálculo, lembrança de três palavras, linguagem, comandos e capacidade construtiva visual. A escala é simples e rápida de ser aplicada e avaliada, com escore que varia entre zero e 30 pontos, com ponto de corte 23/24. No Brasil, foram propostos pontos de corte menores para pacientes analfabetos ou com poucos anos de escolaridade, como 13 e 18/20 pontos respectivamente (Anexo 4).

4.4.5 Índice de Katz

Para avaliar a funcionalidade para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), foi utilizado o Índice de Katz, que elenca atividades básicas do cotidiano de maneira hierárquica relacionando a condição que o idoso possui para desempenhar as funções de tomar banho, trocar de roupa, ir ao banheiro, locomoção, continência de esfínteres e alimentação ^(40,41).

O instrumento avalia o grau de independência para as funções descritas em três categorias: independente, parcialmente dependente e totalmente dependente. Ele possibilita avaliar a progressão da dependência e as demandas de cuidado dos idosos em questão, sendo um instrumento para profissionais de saúde em suas práticas cotidianas de cuidado tanto na atenção primária e domiciliar quanto em serviços especializados e de maior complexidade ^(16,33,40) (Anexo 5).

4.4.6 Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

Considerou-se importante avaliar o risco de depressão para os idosos participantes do estudo. Os transtornos de humor, incluindo a depressão, são as manifestações psiquiátricas mais comuns em idosos, trazendo impacto negativo às relações familiares, complicações de quadros clínicos instalados e qualidade de vida em geral ⁽⁴²⁾.

A Escala de Depressão Geriátrica é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreio de depressão em idosos por sua facilidade e rapidez de aplicação, com questões de fácil compreensão e pequena variação de respostas possíveis. O instrumento pode ser utilizado em idosos atendidos em ambulatórios especializados e serviços de atenção primária ou em comunidade ^(43,44) (Anexo 6).

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada conforme cronograma proposto, através de entrevistas utilizando os instrumentos descritos anteriormente.

Os idosos que compareceram a UBS para consulta de enfermagem com um familiar como acompanhante foram convidados a participar da pesquisa e entrevistados pela pesquisadora. Outros participantes foram convidados pelo Agente Comunitário de Saúde em visitas domiciliares de rotina e, após agendamento, foram entrevistados na Unidade Básica de Saúde.

As entrevistas realizadas na unidade ocorreram em consultório privativo, estando presentes apenas os entrevistados e a pesquisadora. Alguns participantes acamados, restritos ou que tinham dificuldades de ir a UBS, foram entrevistados em sua residência durante visita domiciliar. Nestas ocasiões, além do idoso e seu familiar, estavam presentes o Agente Comunitário de Saúde e, eventualmente, outros familiares que tinham a autorização dos participantes a permanecerem durante a entrevista.

Os encontros se iniciaram com o questionário socioeconômico e a construção do genograma, seguidos do Mini-Mental, Índice de Katz e Escala de Depressão de Yesavage e se encerrando com a aplicação do roteiro com as questões norteadoras. As entrevistas tiveram duração entre 60 a 90 minutos.

As entrevistas foram gravadas em arquivo digital, com autorização dos entrevistados, transcritas na íntegra, respeitando-se estritamente a fala dos participantes e, posteriormente, foram descartadas.

Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo uma das vias de posse do participante e uma segunda via de posse da pesquisadora (Apêndice C).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo às prerrogativas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013, na Seção 1 do Diário Oficial da União, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de São Paulo (CAAE número 40025014.0.0000.5392), sendo aprovada em ambos os comitês (Anexo 7 e Anexo 8).

Os idosos e familiares que concordaram em participar da pesquisa ficaram cientes de seu conteúdo e assinaram o TCLE (Apêndice C).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas e os discursos foram submetidos à leitura exhaustiva, sendo posteriormente analisados com auxílio do programa WebQDA 2.0 - *Software* de apoio à Análise Qualitativa e da técnica de análise de conteúdo.

O WebQDA é um *software* aberto para a criação de estruturas e ramificações - de acordo com a análise realizada pelo pesquisador que auxilia na coleta -, codificação e análise dos dados qualitativos. Foi utilizado nesta pesquisa para a codificação dos dados coletados nas entrevistas dos idosos e familiares participantes ^(45,46).

Posteriormente à estruturação realizada através do WebQDA, foi utilizada a análise de conteúdo conforme preconizada por Bardin⁽⁴⁷⁾, à luz dos referenciais teóricos adotados para esta pesquisa.

Resultados

5 RESULTADOS

Para facilitar a apresentação dos resultados, optou-se por fazê-lo em dois tópicos: 1. Caracterização da população e 2. Espiritualidade e resiliência na reorganização da família e nas suas relações frente ao envelhecimento.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

No levantamento realizado com os cadastros de 294 idosos residentes na área de abrangência da equipe de Estratégia de Saúde da Família, encontramos 194 (65%) mulheres e 100 homens (35%), com média de 68 anos de idade, variando entre 60 e 91 anos.

Os idosos cadastrados na área residiam em 240 domicílios, pois em 54 famílias haviam dois idosos, distribuídos em seis micro áreas. A micro área 6, uma região de invasão, por ser mais recente, apresenta população residente jovem com a menor proporção de idosos do território, 18 pessoas, correspondendo a 7,52% (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição do número de famílias com idosos cadastradas por micro área na Equipe 4132. Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.

Microárea	N	%
1	31	12,91
2	37	15,41
3	45	18,75
4	44	18,33
5	65	27,08
6	18	7,52
Total	240	100

Na micro área 6, além da diferenciação do perfil etário da população, observou-se questões ambientais e sociais relevantes, como por exemplo, a distribuição de água e o tratamento de esgoto. A água é distribuída por encanamentos clandestinos e não há tubulação de esgoto. O esgoto é drenado para fossas que eventualmente

apresentam vazamentos em áreas externas comuns da comunidade. O tráfico de drogas está presente e situações explícitas de violência também são frequentes.

Apenas oito (2,72%) idosos declararam não residir em casa própria ou de familiares. Isto é justificado pela característica do local de estudo, formado por conjuntos habitacionais subsidiados pelo governo, em sua maioria, e uma área de invasão, em que as pessoas construíram casas sem regulamentações oficiais.

Em quatro domicílios das famílias cadastradas foram apontadas pelo Agente Comunitário de Saúde situações de violência. Estes dados podem estar subestimados devido ao receio de relatar situações desse tipo e pelo conceito atribuído pelo profissional, muitas vezes considerando violência apenas os casos que chegam a agressões físicas graves.

O perfil dos idosos do território adscrito a área é composto predominantemente por idosos jovens, correspondendo a 64,96% da população e, em sua maioria, mulheres (Tabela 2).

Tabela 2: Características sócio demográficas dos idosos cadastrados na equipe 4132. Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.

Características	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
60 a 69	124	42,14	67	22,78	191	64,96
70 a 79	50	17,00	27	9,18	77	26,19
80 a 89	19	6,46	6	2,04	25	8,50
90 a 91	1	0,34	0	-	1	0,34
Subtotal	194	65,94	100	34	294	100
Doença Crônica						
HAS	66	22,44	37	12,58	103	35,03
DM	11	3,74	6	2,04	17	5,78
HAS/DM	31	10,54	18	6,12	49	16,66
Outra	26	8,84	10	3,40	36	12,24
Estado Civil						
Casado (a)	63	21,42	80	27,21	143	48,63
Solteiro (a)	73	24,82	13	4,42	86	29,24

Viúvo (a)	54	18,36	7	2,38	61	20,74
Separada	4	1,36	-	-	4	1,36

Diagnóstico de doença crônica foi encontrado em 205 cadastros, correspondendo a 69,72% dos idosos. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus foram as doenças crônicas mais prevalentes, referidos por 103 e 17 pessoas, respectivamente. Ambas as patologias estavam associadas em 49 indivíduos. Considerando essa associação, as prevalências de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus foram de 51,70% e 22,44% (Tabela 2).

De acordo com as informações coletadas pelo Agente Comunitário de Saúde, aproximadamente metade dos participantes declarou-se casado (48,63%). Poucas mulheres se identificaram como divorciadas ou separadas, porém, houve um número expressivo de solteiros (29,24%). Alguns participantes não retrataram a real situação marital, visto que, quando casados no civil, mesmo estando separados, consideraram a situação oficial e outros, por não terem a relação oficializada, declararam-se solteiros (Tabela 2).

O bairro Teotônio Vilela possui uma característica familiar e a maioria de suas famílias reside na região há muitos anos, em alguns casos, desde a criação do bairro. Estas características evidenciam-se pela configuração multigeracional de um grande número de idosos cadastrados.

Com relação ao número de moradores dos domicílios, 189 (64,28%) idosos residiam em domicílios com duas a quatro pessoas; 51 (17,31%) pertenciam a famílias com cinco a sete moradores; 50 (17%) idosos moravam sozinhos; e quatro (2,72%) pertenciam a configurações familiares com oito integrantes.

Com os dados obtidos a partir do cadastro da ficha A do Agente Comunitário de Saúde, aplicou-se a Escala de Risco Familiar de Coelho ⁽³⁶⁾, que considera dados individuais e familiares para classificação de escore de maior ou menor risco.

Entre as 240 famílias avaliadas com a Escala de Risco Familiar, 44 (18,33%) obtiveram pontuação superior a cinco pontos, sendo posteriormente classificadas de acordo com o escore atingido (Tabela 3).

Tabela 3: Famílias de idosos cadastrados na equipe 4132 de acordo com a Escala de Risco Familiar. Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.

Classificação	N	%
R1 (Escore 5 - 6)	24	10,0
R2 (Escore 7 - 8)	8	3,34
R3 (Escore > 9)	12	5,0
Total	44	18,34

A maioria dos domicílios com idosos cadastrados, 196 (81,66%), não apresentou pontuação suficiente para risco de acordo com a classificação proposta pelo instrumento. Das demais, 24 (10,0%) famílias foram classificadas como risco 1, oito (3,34%) como risco 2 e 12 (5,0%) como risco 3.

Tabela 4: Classificação de Risco Familiar de idosos cadastrados na equipe 4132 por micro área. Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.

Microárea	R1		R2		R3		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	3	1,25	0	-	1	0,42	4	1,67
2	1	0,42	0	-	0	-	1	0,42
3	3	1,25	1	0,42	1	0,42	5	2,09
4	4	1,67	1	0,42	2	0,83	7	2,91
5	9	3,75	3	1,25	0	-	12	5,0
6	4	1,66	3	1,25	8	3,34	15	6,25
Total	24	10,0	8	3,34	12	5,0	44	18,34

Por levar em conta características familiares e ambientais, as micro áreas apresentaram pontuação de acordo com a população residente, evidenciando regiões de maior e menor vulnerabilidade (Tabela 4). A micro área 6 apresentou o maior número de maior escore de risco, referente a oito famílias, totalizando 66,67% das famílias de risco 3 do território, sendo 3,34% em relação ao total de famílias de idosos cadastradas. As 19 famílias cadastradas nesta micro área tiveram média de 9 pontos.

Os dados acima permitiram esboçar um diagnóstico situacional do território em que as famílias selecionadas para a segunda fase estão inseridas e de que maneira este cenário influenciou o envelhecimento e as relações familiares dos participantes do estudo.

Para compreender os enfrentamentos e movimentos das famílias frente ao envelhecimento de um familiar, foram entrevistadas 23 famílias, totalizando 46 indivíduos, sendo 23 idosos e 23 familiares indicados pelos próprios idosos.

Com relação à Escala de Risco Familiar das famílias dos idosos entrevistados, a proporção foi de 14 famílias sem pontuação de risco ou pontuação igual ou inferior a quatro pontos. A mesma classificação mostra que três famílias foram classificadas com escore de Risco 1, três com Risco 2 e três com Risco 3.

Entre os 23 idosos entrevistados, observou-se expressiva participação feminina, 21(91,3%). A idade média dos participantes foi de 77 anos, com maior concentração entre 70 a 90 anos (60,86%). Diferentemente do perfil da área de abrangência da equipe, houve menor número de idosos jovens (17,39%) (Tabela 5).

Com relação à orientação religiosa, todos os participantes referiram pertencer a uma religião cristã, sendo em sua maioria católicos - 12 (52,17%); seguidos de evangélicos - 10 (46,52%); e um idoso (4,34%) referiu ser testemunha de Jeová (Tabela 5).

A fonte de renda de 22 idosos (95,69%) foi composta por aposentadoria e pensão e, variando entre um e três salários mínimos, para 21 (91,29%) dos participantes. Apenas um dos idosos mantinha-se ativo no mercado de trabalho e dois tinham renda familiar de quatro e cinco salários mínimos. A média de anos de escolaridade foi de 3,21 anos.

Tabela 5: Características sócio demográficas dos idosos entrevistados na UBS Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.

Características	N	%
SEXO		
Feminino	21	91,30
Masculino	2	8,69
IDADE (anos)		
60 l--- 70	4	17,39
71 l--- 80	10	43,47
81 l--- 90	8	34,78
91 l--- 100	1	4,34
RELIGIÃO		
Católicos	12	52,17
Evangélicos	10	46,52
Testemunha de Jeová	1	4,34
FONTE DE RENDA		
Aposentadoria	12	52,17
Pensão	6	26,08
Aposentadoria e Pensão	4	17,39
Trabalho	1	4,34
RENDA (nº de salários mínimos)		
1 salário	7	30,43
2 salários	6	26,08
3 salários	8	34,78
4 salários	1	4,34
5 salários	1	4,34

A maioria dos participantes residia em domicílio próprio, 18 (78,26%) idosos; três (13,04%) moravam na casa das filhas; e dois (8,69%) na casa de outras familiares. Sete (30,43%) participantes moravam com mais um familiar; seis (26,08%) com pelos menos dois familiares; três (13,04%) participantes moravam sozinhos; seis (26,08%) com três familiares; e uma (4,34%) com quatro familiares. A média de moradores por domicílio foi de 2,65 moradores.

Com relação ao estado civil, 16 participantes referiram serem viúvas, variando entre poucos meses até décadas de viuvez. Quatro idosas relataram ser separadas de seus companheiros, sendo que uma delas passou por processo de divórcio. Uma das participantes era solteira e os dois idosos do sexo masculino eram casados.

A violência doméstica sofrida pelos parceiros esteve presente nos relatos de algumas das mulheres entrevistadas. Uma das participantes relatou um delicado caso de divórcio, onde sofreu uma série de agressões físicas e psicológicas, alienação parental e perdeu a guarda de seu filho quando ainda criança.

O número de filhos variou entre zero e 22, evidenciando uma característica heterogênea do grupo, onde as mulheres provenientes da zona rural tiveram número de gestações expressivamente superior às que viveram a idade fértil no município de São Paulo, que tiveram em torno de dois a quatro filhos. Apenas uma das participantes não teve filhos.

Cinco participantes vivenciaram a morte prematura de seus filhos. Em duas famílias, as mortes ocorreram quando as crianças estavam na primeira infância e residiam no Nordeste do Brasil. Uma das idosas participantes possuía uma filha deficiente, em decorrência da paralisia infantil, que dependia dos cuidados da irmã.

Em 17 domicílios, a configuração familiar possuía mais de uma geração, sendo que em oito dessas famílias havia pelo menos três gerações residindo juntas. Um dos participantes residia com a esposa de seu segundo casamento, sem filhos. Três idosas residiam sozinhas, porém, possuíam filhos que residiam em outros apartamentos do mesmo conjunto habitacional ou nas proximidades.

Durante a construção do genograma, sete participantes relataram vínculo forte, em especial, com um dos filhos. Conflitos familiares foram apontados por outras sete famílias e, em três delas, o etilismo foi a causa.

Para 16 (69,56%) idosos, a UBS Teotônio Vilela foi citada como o serviço de saúde mais utilizado. Quatro (17,39%) idosos possuíam convênio particular de saúde; dois (8,69%) citaram hospitais públicos como serviço mais utilizado; e uma (4,34%) participante negou utilizar qualquer serviço de saúde.

A doença mais citada pelos participantes foi a Hipertensão Arterial Sistêmica, presente em 17 (73,91%) discursos, seguida do Diabetes Mellitus, com oito idosos (34,78%). Seis (26,08%) participantes relataram diagnóstico atual ou prévio de câncer, cinco (21,73%) relataram patologias ortopédicas ou vasculares que acometiam coluna vertebral e membros inferiores, cinco (21,73%) relataram catarata e cardiopatias, três (13,04%) relataram dislipidemia e dois (8,69%) apontaram hipotireoidismo e obesidade como patologias prévias. Bronquite, hepatite C, mal de Parkinson e mal de Alzheimer foram citadas de forma isolada por outros idosos.

Nove (39,13%) idosos relataram três patologias crônicas associadas; seis (26,08%) possuíam uma condição crônica; quatro (17,39%) relataram quatro doenças crônicas; três (13,04%) duas patologias; e um (4,34%) participante apresentou cinco condições crônicas associadas.

A aplicação do teste Mini-Mental revelou pontuação média de 19 pontos. Apenas três (13,04%) participantes atingiram pontuação igual ou superior a 27, pontuação considerada normal para o teste. Dois (8,69%) participantes receberam 26 e 25 pontos, valores considerados limítrofes na avaliação. Oito (34,78%) participantes pontuaram 24 pontos ou menos, abaixo do ponto de corte do teste.

Considera-se que em idosos com quatro anos ou menos de escolaridade o ponto de corte diminui de 24 para 17 pontos e, nesta avaliação, encontramos cinco (21,73%) idosos nesta situação. Outros quatro (17,39%) participantes tiveram pontuação abaixo de 17 pontos, indicando possível demência. Um dos participantes não quis responder ao teste.

O aspecto emocional foi avaliado pela Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, onde o resultado de pontuação maior do que 5 aponta a suspeita de depressão. Dezesesseis (69,56%) idosos obtiveram o escore abaixo de cinco pontos, seis (26,08%) participantes pontuaram acima de 5 na escala e um participante não respondeu a escala. A pontuação média foi de 3,5 pontos.

Com relação à dependência, o Índice de Katz apresenta os resultados classificados como: independente, dependente parcial ou dependente total. A maioria expressiva dos participantes, 20 (86,95%) idosos, foi considerada independente e três (13,04%) como dependentes, sendo destes dois totais e um parcial.

Os familiares que participaram da pesquisa foram indicados pelos próprios idosos participantes da pesquisa ou por outros membros da família. O sexo feminino predominou entre familiares, 19 (82,60%) mulheres, com maior concentração em idades mais maduras, ou seja, acima dos 50 anos, 11 (47,81%) participantes, sendo que cinco (21,73%) eram idosas (Tabela 6).

Com relação aos familiares do sexo masculino, todos (17,39%) eram filhos dos idosos entrevistados. Os homens possuíam entre 30 e 50 anos, nenhum deles era idoso (Tabela 6).

Tabela 6: Idade e parentesco com os idosos dos familiares entrevistados na UBS Teotônio Vilela, São Paulo, SP, 2016.

	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
18 – 30	1	4,34	-	-	1	4,34
31 – 40	4	17,39	1	4,34	5	21,73
41 – 50	3	13,04	2	8,69	5	21,73
51 – 60	6	26,08	1	4,34	7	30,43
61 – 70	5	21,73	-	-	5	21,73
Parentesco						
Filho (a)	13	56,52	4	17,39	17	73,91
Neta	1	4,34	-	-	1	4,34
Irmã	1	4,34	-	-	1	4,34
Sobrinha	2	8,69	-	-	2	8,69
Esposa	1	4,34	-	-	1	4,34
Nora	1	4,34	-	-	1	4,34

Entre os familiares entrevistados, 17 (73,91%) eram filhos ou filhas dos idosos, duas (8,69%) eram sobrinhas, uma (4,34%) irmã, uma (4,34%) esposa, uma (4,34%) neta e uma (4,34%) nora (Tabela 6).

5.2 ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA NA REORGANIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Através do *software* WebQDA e da técnica de análise de conteúdo, dentre os discursos resultantes das entrevistas e suas leituras repetidas emergiram dois temas centrais que revelaram o **movimento** e o **equilíbrio** no envelhecimento. A partir destes tópicos surgiram as unidades temáticas e de registro que estão representadas no Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição das unidades de registro, unidades temáticas e temas centrais identificados. São Paulo, 2016.

TEMA CENTRAL	UNIDADES TEMÁTICAS	UNIDADES DE REGISTRO
<i>Movimento</i>	Mudanças individuais	Cognitivas Físicas Senescência
	Mudanças na família	Dependência Socioeconômicas
<i>Equilíbrio</i>	Família	Confiança e vínculos Conflitos
	Espiritualidade	Sentido da Vida Religiosidade
	Resiliência	Felicidade Percepção de Saúde

Para melhor traduzir os conteúdos apreendidos, foram ilustrados discursos dos idosos e seus familiares. Buscando preservar o anonimato dos participantes, foram adotados nomes de flores para identificar os discursos dos idosos e de pássaros para os de seus familiares.

5.2.1 Movimento: mudanças individuais, mudanças na família e senescência

O envelhecimento é entendido como um período do ciclo vital permeado por perdas e ganhos que interferem diretamente na vida do idoso e seus familiares. Os discursos revelaram que as mudanças decorrentes do envelhecimento são multidimensionais, como será apresentado a seguir.

5.2.1.1 Mudanças individuais

Nesta unidade temática, identificaram-se três unidades de registro, divididas entre: mudanças cognitivas, mudanças físicas e indivíduos que vivenciavam a senescência.

a) Mudanças cognitivas

Alterações de memória e raciocínio foram apontadas por alguns participantes como uma das principais mudanças que ocorreram em seu processo de envelhecimento.

“O que mudou mais foi a cabeça da gente. A mente da gente muda muito. Eu sempre tive a mente ótima, quando eu estudava, eu fiz o ginásio, eu nem estudava pra fazer prova. Eu nunca fui reprovada, sempre ia bem.” – Lírio.

“Hoje eu tô aqui, amanhã eu já não sei, só Deus é que sabe, *né?* Mas mudou muita coisa, a ideia, a cabeça, aí você fica pensando uma coisa, aí na cabeça vem outra, mas tudo bem, minha filha.” – Margarida.

O impacto do aspecto cognitivo está presente também nas falas dos familiares. Os resultados da aplicação do Mini-Mental evidenciaram o impacto cognitivo do envelhecimento, presente tanto nos discursos dos idosos entrevistados quanto nos seus familiares. As dificuldades em relação à memória levaram à necessidade de ajuda e/ou supervisão dos filhos e outros familiares para atividades instrumentais de vida diária, como compras, pagamento de contas, cuidados com o domicílio e presença em serviços de saúde.

“Mudou, assim, porque hoje em dia ela tá esquecida. Então mudou a preocupação, *né?* A gente fica mais preocupada. Ela não quer mais ficar sozinha, não pode mais ficar sozinha, então muda nesse sentido. Eu não posso ficar com ela todo dia.” – Ema.

b) Mudanças físicas

Os idosos relataram alterações físicas do corpo como um dos pontos importantes na mudança de suas vidas com o envelhecimento. As mudanças referidas foram: perda ou diminuição da força física, aumento do cansaço, sensação de estar sem energia, dor, diminuição da acuidade visual e tremores.

“Você envelhece. Aí você fica dependendo de tudo! O que você fazia, muita coisa que você fazia, hoje a sua cabeça quer, mas o seu corpo não acompanha. Então, é verdade o que a minha mãe falava.” – Cravo.

“O jeito que eu tô agora, o olho assim, que eu não enxergo.” – Rosa.

“As dores que me incomodam. Porque eu fazia tudo e agora com essa dor tá terrível.” Petúnia

O impacto das mudanças do corpo repercutiu na diminuição da frequência de atividades de lazer, passeios, participação em eventos religiosos e cuidados domésticos.

“Ah...mudou as forças de fazer o serviço de casa. Eu não tenho força pra lavar a louça, eu não aguento. Estender roupa, a médica mesma me proibiu. Eu não posso”. – Flor-de-maio.

“Mudou, não faço mais passeios, viagens.” – Tulipa.

Os familiares relataram que as alterações corporais nos idosos interferiram em seus movimentos e ações, repercutindo no cotidiano da família. O aumento das limitações físicas influenciou as demandas de cuidado por parte dos familiares. As quedas sofridas pelos idosos foram apontadas como um “divisor de águas” na evolução da dependência, sendo uma importante repercussão e problema de saúde pública.

“Ela é mais dependente de mim, não posso mais deixar ela sozinha. Antes, até cozinhar ela cozinava. Agora eu tenho medo de deixar ela sozinha, que já aconteceu um episódio *dela* ligar o microondas e quase pôs fogo na casa. Tem que tomar cuidado com tudo. Ela já caiu e já quebrou o pulso. Ela é muito dependente de mim.” – Andorinha.

“A minha mãe começou a envelhecer depois que ela caiu, ali perto da creche, e demorou quatro anos *pros* médicos descobrirem o que ela tinha, que ela fraturou duas vértebras. E agora não tem mais o que fazer, *né?*” – Sabiá.

Além das quedas, complicações decorrentes do diabetes, como amputação de membros, impactaram na dependência para atividades de vida diária dos idosos.

“Mudou a partir do momento que ela ‘coisou’ a perna (amputação), porque antes a gente fazia tudo normal.” – Ipê.

Entre os participantes, encontramos apenas três idosos classificados como dependentes pelo índice de Katz, porém, os discursos revelaram que, no geral, o

prejuízo das condições físicas foi relatado como a principal mudança que ocorreu no envelhecimento, levando a situações de dependência.

Os idosos que mencionaram mudanças físicas referiram diagnóstico de mais de uma doença crônica além de hipertensão arterial e/ou diabetes, como sequela de evento cardiovascular, catarata, Alzheimer, obesidade e câncer.

“Você vê, eu tô descadeirada, eu tenho quatro hérnias de disco. Eu me arrasto, mas eu faço. Muita dor eu tenho, mas já virou crônico, eu já acostumei com ela.” – Cravo.

“Mudou muito. Antes dela ficar doente a gente tinha mais liberdade. Eu saía, ia pra lá, ia pra cá. Ela morava sozinha, tinha a casa dela, tinha independência. Ela fazia o que ela queria, fazia comida, lavava, comia o que ela queria. Hoje não tem mais nada disso, se ela quiser comer, eu dou. Quem cuida de tudo sou eu.” – Tucano.

“O tempo encurtou, tenho que me dedicar mais a ela. Enfim, a preocupação que é muita, é minha mãe, eu tenho que me preocupar, é obrigação minha.” – Pinguim.

Alguns dos filhos que assumiram a responsabilidade pelo cuidado de seus pais, relataram em seus discursos a presença de limitações físicas que prejudicavam o desempenho de atividades do cotidiano, incluindo o atendimento de necessidades de seus pais.

Uma das participantes mostrou condição de saúde mais debilitada do que a de sua mãe, porém, encarou a necessidade de cuidar da mãe sob uma perspectiva positiva, pois a mudança necessária na dinâmica familiar que levou sua mãe a residir com ela foi relatada como boa, visto que a sua presença lhe trazia companhia, já que estava aposentada por causa de suas enfermidades.

“Pra mim foi bom [envelhecimento da mãe], porque eu peguei uma época que eu me aposentei, porque eu não podia mais trabalhar, (...) por causa das minhas enfermidades. (...) Se ela não tivesse aqui comigo ia ser triste *pra* mim. (...) Pra mim, foi bom. Uma faz companhia pra outra.” – Sanhaço.

A relação com a família e as mudanças necessárias para readequação da dinâmica familiar em decorrência do envelhecimento de seus membros verificadas nesta pesquisa serão apresentadas posteriormente.

c) Senescência

O envelhecimento pode ser vivenciado de maneira natural e saudável, chamado de senescência e, em alguns participantes, foi possível perceber este sentimento, conforme relatado por cinco idosos e seis familiares.

“Continuou a mesma coisa, mas a gente tem mais preocupação. Até os 76 anos eu ainda trabalhava.” – Amarilis.

“Pra mim não mudou nada, mas você sabe que a pessoa com idade nunca é como era antes, mas pra mim não ficou nada diferente, tô vivendo a vida normal.” – Boca de leão.

Com relação à aplicação dos testes de avaliação, o Índice de Katz demonstrou que todos eram independentes. Dois idosos apresentaram os resultados do Mini-Mental, Yesavage e Katz normais; três tiveram alterações na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage; e um deles também no Mini-Mental.

“Nada. *Pra* mim não mudou nada.” – Orquídea.

“Deixa eu ver, *pra* mim tá bom, tá a mesma coisa.” – Crisântemo.

Aparentemente, algumas famílias experienciaram o envelhecimento de forma mais positiva e natural e não necessariamente perceberam impactos cognitivos, físicos ou emocionais de forma negativa.

5.2.1.2 Mudanças na família

Nesta unidade temática, identificaram-se duas unidades de registo divididas entre dependência e mudanças socioeconômicas.

a) Dependência

O tornar-se dependente dos cuidados e da ajuda de familiares esteve presente nos discursos dos idosos entrevistados e constituía um aspecto negativo atribuído ao envelhecer. Todos os idosos que trouxeram esta questão durante a entrevista foram avaliados como independentes no índice de Katz.

“Depender dos outros. Eu quero sair para os *lugar* mas não posso ir só e fico dependendo dos outros, tem que pedir pelo amor de Deus.” – Tulipa.

“Falam que velhice é bonita. É bonita sim, porque você nasceu, cresceu, ficou moça, se criou, casou, tem filhos, depois o que acontece? Você envelhece. Aí você fica dependendo de tudo!” – Cravo.

A dependência, como mudança decorrente do envelhecimento, esteve mais presente no discurso dos familiares do que no dos próprios idosos, talvez pela percepção da mudança através do aumento da demanda de cuidados e de supervisão:

“Ah sim, o cuidado com ela tem que ser integral, tem que ser ali, ela e ela. E a preocupação é ela, se ela *tá* bem a gente *tá* bem. A preocupação é quando tem que ir *pro* hospital. Eu falo: ‘A mãe é minha prioridade, os outros é depois.’ Os outros é o que dá *pra* fazer, porque se *vira, né?* Agora ela não, ela depende de mim, *né?*” – Arara.

Evidenciaram-se situações em que os idosos não tinham condições de continuar morando sozinhos ou realizar ações de auto-cuidado ou atividades domésticas como cozinhar:

“Eu tenho dó de sair, *que nem* agora, eu ia deixar ela em casa. Mas por outro lado a preocupação é menor. Quando ela morava lá, eu ia três ou quatro vezes por semana na casa dela. A comida que ela tinha feito na outra vez quando eu ia, quando eu chegava, tava lá, dura. Aí eu vi que não dava mais *pra* ela morar sozinha. Ela mora comigo há quatro anos.” – Tucano.

Para alguns familiares, a dependência do idoso e o aumento da necessidade de cuidados impactaram a rotina de atividades de lazer e até mesmo de trabalho formal. Foi relatado, por alguns filhos, o hábito de evitar sair do domicílio por preocupação em deixar o idoso em casa, o que levou alguns participantes, inclusive, a parar de trabalhar. A questão do impacto financeiro será aprofundada a seguir.

“Hoje ficou mais difícil da gente sair, a gente fica mais dentro de casa.” – Tucano.

“Não saio mais, *né?*” – Andorinha.

Mesmo para as famílias que relataram que o idoso mantinha-se independente, este fato não impediu o aumento da preocupação, como citado por alguns filhos:

“Eu tenho sempre que *tá* ligando *pra* saber se *tá* tudo bem, entendeu? Mudou isso, aumentou a preocupação, por mais que, Graças a Deus, ela ainda faça tudo sozinha.” – Ema.

Para uma das participantes, apesar das necessidades da mãe, não houve mudança em sua rotina, pois já havia trabalhado cuidando de uma pessoa idosa e não relatou diferença em cuidar de seu familiar:

“*Pra mim não mudou nada, porque eu já cuidei de uma pessoa idosa. Pra mim não tem nada de diferente em cuidar dela.*” – Canário.

Para alguns dos familiares, estar consciente da necessidade de cuidados e a presença do idoso em suas vidas eram fatos que os ajudavam a encarar as dificuldades do cotidiano.

“Ela estar perto de mim, que é a minha mãe, *né?! Cuidar dela, ela é minha mãe, ela cuidou de mim. O prazer de ter ela comigo.*” – Andorinha.

“Ah, me ajuda de eu vir *pra cá e só de ver ela assim, feliz, eu já fico feliz também.*” – Siriema.

Uma das cuidadoras, também idosa, além de cuidar da mãe, ia todos os dias a casa de uma prima com sequelas de um acidente vascular cerebral para auxiliá-la em seu banho e outras atividades de autocuidado.

“O que me ajuda é saber que tem que cuidar e que ela depende de mim *pra* fazer as coisas. Eu sei que é Deus, primeiramente, e a gente, no meu modo de pensar, é esse.” – Arara.

Para uma das idosas, a relação de dependência foi inversa a dos outros participantes, pois com o passar do tempo, sentia-se mais independente. Esta participante relacionou uma série de questões com sua condição econômica e, em consequência da melhora financeira, permitia-se morar sozinha e não depender de outras pessoas:

“Eu fiquei mais feliz, porque sou dona e senhora do meu nariz. Eu fiquei com o meu salário, com a pensão do falecido, um filho que me leva passear, pra comer no restaurante, coisa que sempre quis, como o que eu quero, tenho a roupa que eu quero e quando eu peço, ele traz os presentes que eu peço.” – Bromélia.

Outras questões que se relacionaram com a condição econômica e financeira do idoso e sua família serão exploradas a seguir.

b) Condição Financeira

A condição financeira emergiu nos discursos de diversas maneiras.

Para algumas idosas, a melhoria da condição financeira foi uma das mudanças decorrentes do envelhecimento, pois haviam passado por momentos de privação no passado e, atualmente, tinham “tudo o que queriam”, interferindo, inclusive, em sua independência, como foi apresentado no discurso anterior.

Da mesma forma, outros, ao narrarem suas histórias de vida, relataram um passado de trabalho árduo, superação e conquistas:

“Eu nunca fui tão feliz na minha vida, eu passei fome, necessidade, fui pai e mãe, criei meus filhos.” – Bromélia.

“Eu fui uma pessoa que sempre trabalhei, na enxada, com quatro, cinco camaradas. Foi uma parte bastante dura, era moça e tava carpindo. Eu saí da roça depois que eu casei. (...) E depois que eu casei, que eu tive os filhos, meu marido era tintureiro e ele quis abrir uma tinturaria. E eu ia carregar as coisas, o meu serviço foi muito bruto.” – Cerejeira.

Na maioria das famílias, os idosos eram os proprietários e responsáveis pelos domicílios. Apesar da maturidade de seus filhos, que em alguns casos já haviam constituído seu próprio núcleo familiar, os idosos continuavam no papel de provedores para filhos que estavam desempregados ou que não tinham condições de arcar com as próprias despesas. Evidenciaram-se diversas situações em que o idoso oferecia ajuda financeira à família:

“Ajuda na parte financeira, ela me ajuda muito. Quando eu preciso de alguma coisa, se ela tem dinheiro, ela não nega. A gente se ajuda mutuamente.” – Avestruz.

“É a vontade de tá viva, de lutar. E eu tenho uma filha que tá aqui *encostada*, tem que dar uma força.” – Sanhaço.

Em contrapartida, para outros a condição financeira foi encarada como o que prejudicava a vida, pois vivenciavam uma situação econômica complicada, onde, eventualmente, contavam com a ajuda de familiares para despesas básicas.

“Outro dia eu não tinha meio pão na minha casa, a [filha] comeu pipoca de janta. E eu já tenho 75 anos *pra* passar por uma barra dessa”. – Manacá.

A idosa em questão havia ajudado o ex-namorado de sua filha a adquirir um automóvel realizando um empréstimo consignado em seu nome. Entretanto, o rapaz não honrou sua dívida, terminou o relacionamento, vendeu o carro e a senhora arcou com a dívida que ainda levaria mais de três anos para ser quitada. Com tantos percalços financeiros, muitas questões foram centradas neste âmbito:

“Minha sobrinha, minha irmã, às vezes ela me dá 50 ou 100 reais, conforme ela pode. E essa vez que eu fui pro interior, a minha sobrinha me deu uma cesta básica. A minha irmã que tá com 93 anos me deu 900 reais. Você já pensou? Eu chorei de alegria, de todos os sentimentos misturados.” – Manacá.

Os familiares vivenciaram a relação do envelhecimento com a questão financeira de diferentes maneiras. Alguns familiares tiveram suas próprias condições econômicas impactadas por pararem de trabalhar para manter os cuidados com o idoso:

“Mudou muito, tive que parar de trabalhar”. – Sabiá.

“E nessa época eu trabalhava na EMEI Chiquinha Gonzaga e ficava indo e vindo correndo. *Aí* eu já tinha tempo pra aposentar e comecei a tirar licença *pra* ela, uma colega minha falou porque eu não aposentava ou tirava licença *pra* mim. Me deu um clique e eu resolvi tentar a aposentadoria, dei entrada nas coisas e aposentei.” – Arara.

Uma das filhas participantes acreditava ser a mais cobrada pelos cuidados da mãe por ser a primogênita, tendo como consequência menos oportunidades de trabalho:

“Nós somos em quatro, só que eu sou a mais velha e a mais exigida. ‘Ah porque você não trabalha’. Mas eu perco oportunidades de trabalho.” – Beija-flor.

Em contrapartida, para outra entrevistada, o cuidado com a mãe idosa se tornou uma fonte de renda, pois deixou o trabalho formal e passou a ser remunerada por seus irmãos para que assumisse a maior parte da responsabilidade do cotidiano de sua mãe, mostrando que a família reconhecia as demandas e os gastos causados pelo idoso.

Em algumas famílias, filhos que eram responsáveis pelos cuidados relataram ajuda de seus irmãos apenas com recursos econômicos e não diretamente nos

cuidados, além do pouco contato entre os familiares. A relação entre os irmãos e a divisão das tarefas relacionadas ao cuidado serão aprofundadas posteriormente.

“Ninguém, mas meus irmãos *ajuda* na hora das consultas, ajuda no dinheiro se precisa de um táxi. É só ligar, eles vêm. Mas dizer que eles ficam ligando, se preocupando. Mas também é porque eles sabem que eu tô aqui.” – Sanhaço.

“Financeiramente sim, a cuidar não. Financeiramente o [irmão], ele vem visitar uma vez por mês. A [irmã] também ajuda, paga a psiquiatra dela.” – Andorinha.

Para um familiar, a condição financeira era um fator limitante, pois não permitia o investimento em cuidadores ou em melhor qualidade de assistência para sua mãe.:

“Dinheiro, condições de trabalho... Se a gente tivesse recurso, a gente contrataria uma pessoa *pra* ficar dia e noite com ela, mas como você *tá* vendo, é isso *aí*.” – Pinguim.

5.2.2 Equilíbrio: família, espiritualidade e resiliência

As crenças e valores da família podem potencializar a resiliência para o enfrentamento de dificuldades, como as mudanças decorrentes do envelhecimento. A análise do papel da família, da espiritualidade e da resiliência no envelhecimento será descrita a seguir.

5.2.2.1 Família

Nesta unidade temática identificaram-se duas unidades de registro: a) confiança e vínculos e b) conflitos familiares.

a) Confiança e vínculo

A confiança e o vínculo estabelecidos entre os idosos e seus familiares foram frequentemente relatados como o que ajudava a lidar com o envelhecimento. Alguns idosos citaram um familiar específico, em geral o filho ou outro familiar mais presente e que, eventualmente, os auxiliavam em atividades básicas de vida diária ou autocuidado:

“Elas [filhas] estão sempre me ajudando. Graças a Deus meus filhos são muito presentes. Hoje mesmo meu filho ligou *pra* mim. Eles estão sempre ligando, perguntando. Hoje mesmo ligou um de Santa Catarina: “Mãe, como a senhora tá?” Ele não pôde vir. Fico feliz. Eu amo meus filhos.” – Lírio.

“Tudo me ajuda, minha família, minha mulher.” – Antúrio.

Para outros idosos, o apoio que recebiam de suas famílias não era direcionado de um familiar específico, mas da valorização do espaço da família enquanto instituição promotora de cuidado e afeição. O amor voltado e dedicado aos filhos e outros familiares também foi citado como um fator de ajuda.

Os idosos que se encontravam em situação de dependência, na maioria das vezes, apontaram seus filhos e netos como figuras pessoais que mais lhe ofertavam ajuda nas tarefas do cotidiano. Em casos que os idosos possuíam maiores necessidades, foi relatada a ajuda recebida em atividades de autocuidado e cuidado com o ambiente:

“É o apoio dos meus filhos. O apoio que eles me dão ajuda bastante.” – Lírio.

“A [filha], ela que me dá comida, ela que faz tudo pra mim.” – Rosa.

“As minhas netas e as minhas filhas que quando chegam fazem comida, lavam a louça, limpam o chão. Os meus filhos também fazem.” – Flor-de-maio.

Sob a luz do referencial teórico que compreende a espiritualidade como o que dá sentido a vida, a família teve importante espaço nesta significação. Filhos, netos, bisnetos, amigos, vizinhos e inclusive a Agente Comunitária de Saúde foram constantemente lembrados quando os idosos foram questionados sobre o sentido de suas vidas.

“Tudo dá sentido... a vida, minhas filhas, minha casa, minhas amigas. A [ACS] é uma amigona.” – Petúnia.

No entendimento da espiritualidade, além dos familiares, as expectativas que o idoso possuía em relação aos descendentes também foram responsáveis por dar sentido às suas vidas. Os idosos relataram que as expectativas de crescimento, saúde, casamentos e desenvolvimento de família de seus filhos, netos e bisnetos lhes dava força e vontade de viver:

“Vale a pena viver muitas coisas. Ver meus netos criados, quero ver todos casados. Tenho bisneto já. A gente vive por isso, é o que eu peço a Deus todos os dias.” – Copo-de-leite

“A [filha], que ela é sempre minha companheira, mas eu tenho fé que ela ainda vai encontrar um marido se Deus quiser e que há de fazer ela muito feliz e que eles se separem só com a morte, que há de dar tudo certo” – Manacá

Os familiares também relataram a importância do núcleo familiar em suas vidas. Em algumas famílias, uma das mudanças trazidas pelo envelhecimento foi o aumento da proximidade e do tempo usufruído na companhia do idoso, encarados de forma prazerosa:

“Mudou. Antes, quando eu vivia sozinha, eu não tinha com quem conversar. [Morou sozinha por 8 anos antes da tia morar com ela.] Agora eu tenho ela, eu cuido dela, ela cuida de mim. Porque ela também cuida de mim. Desentendimento todo mundo tem. A gente vive normal, tem uma vida normal. A gente cuida uma da outra. Se ela precisa de um médico, eu tô sempre levando ela no médico. Eu ajudo. Eu cuido dela.” – Avestruz.

Apesar da ideia de que o cuidado dispensado ao idoso se configura como um fator de estresse, para alguns, quando o idoso passou a residir no domicílio, a mudança foi encarada como positiva na configuração familiar:

“Nós duas [com a filha], a gente dá mais certo *pra* combinar, que dá mais certo. Porque eu tenho minha casa, mas eles não querem que eu fique sozinha. Então eu fico aqui com ela, porque ela também não trabalha, os outros já trabalham. E eu fico aqui, a gente conversa, vê TV.” – Cerejeira.

Nas famílias em que o idoso e seu principal cuidador não moravam no mesmo domicílio, o familiar preocupava-se em passar o maior tempo possível em companhia do idoso e, mesmo a distância, mantinha supervisão através de ligações telefônicas ou visitas diárias:

“Mudou muito, porque eu fico preocupada. Às vezes eu tô em casa e tô preocupada de vir e ficar aqui com ela. Porque assim, os meninos *vai* trabalhar, as crianças *vai* pra escola, *aí* eu fico pensando. *Que nem* hoje, nem precisava eu vir porque meu filho *tava* aqui, *aí* eu falei “*ah vamo pra lá, ficar com ela*”. *Aí* eu venho porque eu fico preocupada.” – Siriema.

Alguns familiares relataram uma nova perspectiva no relacionamento de mãe e filho, com possibilidade de aprofundamento da relação pela maior proximidade. A

configuração de algumas famílias foi alterada devido à necessidade de cuidado ou de supervisão de alguns idosos.

Um dos familiares residia em outro apartamento no mesmo conjunto habitacional e referiu que, passando mais tempo juntos, tinham melhor qualidade de vida. Em uma das famílias, a mãe passou a residir no domicílio com seus familiares, o que foi relatado como um fator protetor para todos.

“Ela ficou mais próxima de mim. Eu *tô* conhecendo minha mãe depois de velho [risos].” – Gavião.

“Por causa das minhas enfermidades, eu não pude mais continuar trabalhando, não *tava* mais enxergando. E quer dizer, se ela não *tivesse* aqui comigo, ia ser triste *pra* mim. *Pra* mim foi bom, uma faz companhia *pra* outra.” – Sanhaço.

A proximidade com o familiar também ajudou a enfrentar as dificuldades decorrentes do envelhecimento. Os cuidados dedicados ao idoso foram considerados prazerosos quando resultavam em ver o idoso bem e feliz:

“Ela estar perto de mim, que é a minha mãe, *né?* Cuidar dela, ela é minha mãe, ela cuidou de mim, o prazer de ter ela viva comigo.” – Andorinha.

O casamento ou relacionamento afetivo estável foi citado como um aspecto da vida que fortalecia e ajudava a superar as dificuldades advindas do envelhecimento:

“Meu marido, ele me ajuda muito. Tem horas que a gente conversa e ele fala ‘O que é isso? A vida nem começou e você já *tá* desanimando.’ Porque nem tudo são flores.” – Tucano.

Em uma das famílias, os entrevistados eram recém-casados e o relacionamento foi considerado importante para situações de crise e dificuldade:

“O relacionamento a dois ajuda muito.” – Maritaca.

O otimismo do idoso foi apontado como algo que ajudava o familiar a lidar com o envelhecimento, interferindo na capacidade de reorganização em situações críticas da vida, que contribuem com a resiliência familiar - que será abordada em outro item.

“A presença dela é muito importante porque ela é uma pessoa otimista.” – Beija-flor.

Como já apresentado, na maioria das famílias, quando necessário, os filhos assumiram a responsabilidade sobre os cuidados com os pais. Normalmente um dos filhos se torna o cuidador principal e pode ou não ser ajudado por outros membros da família. Para alguns familiares, os irmãos foram citados como figuras de apoio e auxílio no cuidado com seus pais:

“Os meus irmãos. Todos se reúnem e um ajuda o outro.” – Canário.

“O que me ajuda é Deus, e em segundo lugar meu irmão e minha irmã.” – Pinguim.

“Minhas irmãs. A [irmã], se ela vai sair e voltar no outro dia, ela liga e alguém vem.” – Beija-flor.

Houveram famílias em que os irmãos que não se envolviam ou não se responsabilizam pelos cuidados, prestando apenas ajuda financeira:

“Ninguém ajuda, mas meus irmãos ajudam na hora das consultas, *ajuda* no dinheiro se precisa de um táxi.” – Sanhaço.

A comunidade pode ser um espaço benéfico para o idoso. O perfil do território desta pesquisa é formado por famílias que residem no bairro há anos, desde a construção dos conjuntos habitacionais e, portanto, estão familiarizados com a comunidade:

“Minha namorada ajuda bastante e o pessoal aqui do prédio.” – Gavião.

“As pessoas que vêm aqui que são minhas amigas.” – Bromélia.

Algumas famílias possuíam uma configuração multigeracional, com até três gerações residindo no mesmo domicílio. Nestas famílias, além dos filhos, os netos, bisnetos, sobrinhos e primos também foram considerados pessoas que ajudavam nas eventuais necessidades dos idosos:

“Quem ajuda sou eu, minha irmã, minha prima, minhas tias.” – Gaivota.

“Quem me ajuda são meus familiares, meus filhos, meus netos e meus bisnetos.” – Orquídea.

Apesar da ideia de aumento de dependência decorrente do envelhecimento e da necessidade de cuidado vindo de familiares mais jovens, em algumas famílias o idoso representava ajuda para eles, tanto financeiramente quanto em tarefas domésticas e outras responsabilidades familiares, como o cuidado de netos e bisnetos:

“Eles olham as crianças, eles é que ajudam a gente.” – Papagaio.

“O que ajuda é só eu e ela [filha], a minha neta... Acho que sou eu que ajudo elas [risos].” – Amarilis.

b) Conflitos familiares

Desde a antiguidade, o cuidado é visto como uma atribuição feminina e, para algumas famílias, é encarado como uma obrigação apenas das mulheres. Quando os idosos se tornam dependentes ou necessitam de ajuda, essa responsabilidade é assumida pelos filhos, frequentemente, pelas filhas que, neste estudo, corresponderam a 82,6% dos entrevistados.

Entre as famílias deste estudo, alguns relataram não receber qualquer ajuda de outros membros da família:

“No começo tudo é difícil, mas agora, e depois de quatro anos, não me atrapalho mais. Pelo contrário, quando ela vai *pra* casa do meu irmão a gente fica apreensivo, porque ele é homem, ele faz ela ser independente de qualquer jeito.” – Tucano.

Em situações de agravamento de doenças ou piora de quadros crônicos já instalados, as famílias se reorganizam e desenvolvem novas dinâmicas para suportar a nova rotina.

Em uma das famílias, a idosa residia com um de seus filhos, solteiro e etilista, o que levava a eventuais conflitos, porém, por ser quem estava mais próximo, era a figura de ajuda. A filha tentava supervisionar o cuidado da mãe à distância, pois era casada e residia em outro bairro e a distância trazia dificuldade em ver a mãe diariamente, como era seu desejo.

“Ele [irmão] estar olhando ela, tá me ajudando isso, né? Porque se ela tivesse que ficar lá direto comigo todo dia não ia ser fácil, né?” – Ema.

Para algumas famílias, a presença do idoso no domicílio e o aumento da necessidade de cuidar ou fazer-lhe companhia foram mudanças decorrentes do envelhecimento. A preocupação e a insegurança em deixar o idoso sozinho estiveram presentes nos discursos; esta questão influenciou no aumento da dependência que impactou no tempo dedicado ao trabalho, lazer e aumento das tarefas domésticas.

“O tempo encurtou, tenho que me dedicar mais a ela.” – Pinguim.

“É quando o meu filho sai, demora pra chegar em casa, essas coisas assim. Mas do resto nada me atrapalha. Eu não gosto de ficar sozinha. Fico agitada. É medo que eu tenho, mas o meu filho faz companhia.” – Azaléia.

O cotidiano e o estilo de vida acelerados que abrangem trabalho, estudo e tarefas do dia-a-dia diminuíram o tempo que as pessoas dispõem para momentos com a família, o que, para alguns idosos, gerou sentimentos de solidão.

5.2.2.2 Espiritualidade

Nesta unidade temática identificaram-se duas unidades de registo: o sentido da vida e a religiosidade.

a) Sentido da Vida

A espiritualidade foi entendida sob o referencial teórico do sentido da vida e revela maneiras do indivíduo encarar a mesma e, conseqüentemente, situações de crises e adversidades.

A família, as relações, o apoio, o afeto e as expectativas para o futuro têm papel central para significar a existência humana. Muitos dos participantes relatam que suas famílias dão sentido às suas vidas, além de amigos e pessoas significativas na comunidade.

Relacionando-se a espiritualidade, a religiosidade e as relações familiares, emergiram nos discursos a continuidade da família, deixar um legado e expectativas

para sua descendência, como nascimento de novos membros, casamentos e outras concretizações:

“Eu tenho vontade de viver, não quero morrer agora, não, tem que viver. Eu peço a Deus saúde para *mim* viver mais um tempo que eu quero ver as crianças crescer. A família minha é grande. Eu tenho família em Curitiba, em Belo Horizonte, tenho cinco filhos aqui em São Paulo. Duas netas minhas já *tão* noiva pra casar, entendeu? Os outros *tão* pequeno.” – Margarida.

“Vale a pena viver muitas coisas. Ver meus netos criados, quero ver todos casados. Tenho bisneto já. A gente vive por isso, peço a Deus todos os dias.” – Violeta.

Crenças religiosas e a conexão com um Ser superior foram citadas como importantes para significar a vida e promover sentimentos de respeito e amor. Sentir-se feliz e em paz dava sentido à vida, como observamos nos relatos a seguir:

“Deus é que me dá muita força.” – Petúnia.

“O que dá sentido é o respeito a religião e o amor pela vida.” – Tulipa.

A ausência ou dificuldade de encontrar sentido na vida pode se configurar como um sintoma de depressão. Neste estudo, para alguns idosos não havia motivo ou desejo de continuar vivendo e os mesmos não souberam responder ao questionamento sobre o sentido de suas vidas.

“Nada. Eu não queria viver mais não. Do jeito que eu *tô*, queria que Deus me levasse logo. Nada dá sentido.” – Rosa.

Para estes idosos, as consequências das patologias crônicas impactavam negativamente em sua qualidade de vida, aumentando a necessidade de cuidados por parte dos familiares.

b) Religiosidade

A crença religiosa pode ser um importante apoio para enfrentar dificuldades decorrentes de doenças crônicas e outras adversidades. Neste estudo, o contexto religioso esteve presente no cotidiano e, para alguns idosos, a figura de Deus lhes dava força para seguir em frente:

“É Ele mesmo, é Deus. Oro todas as noites, peço muito a Deus, por muita gente. Então Deus tem me ajudado, porque com essa idade e tudo que eu tenho. Como bem, durmo bem. Deus tem me ajudado bastante.” – Cerejeira.

A religiosidade foi apontada também como uma mudança decorrente do envelhecimento, em relatos de intensificação da fé e conversão a nova religião:

“Eu virei cristã e Deus sempre me acompanha.” – Gérbera.

A oração e o ato de rezar estiveram presentes nos discursos como algo que os fortalecia e permitia pedidos para si próprios e para os entes queridos. O idoso atribuiu o sentir-se bem e o alívio de sintomas de patologias já instaladas às preces ao divino e tratamento espiritual:

“Eu falo ‘Pai, aqui tá doendo’, oro e quando eu vejo já tá sarado. É Deus que mudou.” – Gérbera.

“Minha irmã, eu cuidei tanto da minha irmã, levei ela no médico espírita, fez cirurgia espiritual, melhorou muito com o tratamento espiritual.” – Cravo.

A fé e as experiências religiosas foram apontadas nos discursos como um importante componente da espiritualidade das pessoas, pois para alguns deles a fé religiosa era o que dava sentido às suas vidas:

“Olha, é Deus, a única coisa que me tira da cama, que me faz eu fazer as coisas até eu me recuperar.” – Ipê.

Os planos para o futuro dos familiares, como nascimentos, casamentos e outros ritos de passagem da família, estiveram entre os pedidos de oração, bem como o desejo de ter saúde para viver essas experiências.

Sentimentos bons como paz, tranquilidade, calma, amor e respeito também foram apontados nos discursos, juntamente com pedidos em orações de manter-se em paz e com boa saúde:

“Crer em Deus para eu melhorar.” – Jasmin.

“A força que Deus me dá, eu ter minha saúde.” – Copo-de-leite.

As doenças crônicas podem resultar no prejuízo da autonomia, impactando a participação em atividades religiosas formais como missas e cultos, devido às dificuldades de locomoção.

“Eu ia na igreja, mas agora não tô podendo ir porque eu tô com um pé só [risos].” – Amarilis.

“É eu não poder sair nem *pra* minha igreja, que eu gosto muito de ir na Congregação. Gosto muito de congregar, *pra* gente ouvir a palavra. Eu fico doente porque eu não posso ir mas agora estou um pouco mais conformada.” – Lírio.

No caso dos familiares dos idosos, a religiosidade foi relatada como o que ajudava a lidar com dificuldades decorrentes do envelhecimento de seu familiar, de forma a fortalecê-los e incentivá-los a seguir em frente:

“A igreja. Quando eu tô na igreja é muito importante. É só Deus na vida da gente, [filha]. As paredes não respondem nada na vida da gente e muitas vezes a palavra vem no coração da gente.” – Tucano.

5.2.2.3 Resiliência

a) Felicidade

O envelhecimento trouxe para alguns idosos sentimentos de felicidade, paz e tranquilidade. A resiliência é construída e fortalecida por estes sentimentos e, para essas pessoas, sentir-se em paz e feliz foi relatado como o que os ajudava e dava força para enfrentar as dificuldades do envelhecimento.

“Eu nunca fui tão feliz na minha vida.” – Bromélia.

A religiosidade e a espiritualidade se relacionam com o conceito de resiliência e, neste aspecto, a fé e as crenças religiosas foram responsáveis por promover tranquilidade e felicidade para os idosos:

“É a gente ser sossegada, ter paz, crer Naquele lá em cima. Porque eu graças a Deus, não tenho raiva de nada.” – Cerejeira.

Em alguns dos discursos, a felicidade aparece como um sentimento “apesar” das dificuldades e dos prejuízos experienciados com o envelhecer. Para os idosos, “ser feliz” e sentir-se alegre foi o que deu sentido à vida, ou seja, seguiu a definição deste trabalho de espiritualidade.

“Eu sou alegre e apesar dos pesares eu sou alegre, eu sou divertida. Eu tenho meus momentos, às vezes, eu tenho momentos de não querer conversar, querer ficar quieta, mas faz parte.” – Azaléia.

b) Percepção de saúde

Para os idosos, perceber-se como uma pessoa saudável ajudou a promover sentimentos de otimismo frente às dificuldades advindas do processo de envelhecimento, estando muitas vezes relacionado com as crenças religiosas:

“Eu acho que Deus tem me ajudado muito. Porque quando a gente conversa com quem tem bastante idade fala muito em doença, é dor aqui, é dor lá, não pode fazer as coisas. E eu faço tudo, varro a casa, lavo louça.” – Cerejeira.

Sentir-se bem, com disposição e com saúde, emergiu nos discursos como algo que ajudava os idosos e, em alguns casos, esta condição foi decorrente das crenças em Deus:

“Me perguntam se eu tô boa, eu respondo: ‘eu tô ótima! Graças a Deus’. Mesmo que não *esteje*. Eu vou falar que eu tô ruim?” – Flor-de-maio.

A independência e a autonomia foram relatadas como parte dos recursos de resiliência de alguns idosos. A construção social de que o adoecimento é uma consequência do processo de envelhecimento é verdadeira para muitas pessoas e presente subjetivamente na sociedade, inclusive nos idosos.

Para uma das entrevistadas, sentir-se e aparentar ser mais jovem foi referido como o que a ajudava e fortalecia sua resiliência. Esse pensamento é reforçado pela construção social de força e beleza da juventude:

“Porque eu me sinto assim, firme. O que ajuda é que quando o pessoal fala ‘Quantos anos você tem?’ E eu respondo 83, as pessoas dizem ‘Nossa, não parece, eu te dava 60.’” – Bromélia.

A construção social da juventude associada a produtividade, força e disposição é oposta a da senilidade, que é a crença de que a velhice está ligada ao adoecimento.

Como foi observado pelas colocações dos entrevistados, o envelhecimento e suas repercussões pessoais e familiares são complexas. Para o indivíduo, estas mudanças podem ser cognitivas e físicas, entre outras. A família sofre impacto relacionado à questão da dependência e às condições socioeconômicas, podendo gerar conflitos familiares.

Em contrapartida, a família é o espaço de vínculo, de relações, de confiança e de cuidado, sendo responsável por dar sentido à vida de muitos idosos. A relação entre o sentido da vida, espiritualidade e resiliência é complexa e interfere diretamente na percepção de saúde e na felicidade do indivíduo.

Discussão

6 DISCUSSÃO

Neste estudo foi observado um fenômeno frequente em pesquisas com a população idosa, a feminilização da velhice. No levantamento de idosos cadastrados no território e entre os idosos entrevistados, eram mulheres 65% e 91,3%, respectivamente. Esta proporção vem aumentando de acordo com o Censo populacional: em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população, enquanto em 2000 eram 55,1%, sendo que para cada 100 mulheres idosas, havia 81,6 homens ⁽⁴⁸⁾.

No Brasil, as mulheres possuem uma expectativa de vida de, em média, oito anos superior a dos homens, aumentando a proporção da população feminina em relação a masculina. Além de questões biológicas, culturalmente a mulher tem melhor percepção de saúde, menor tendência a comportamentos deletérios como etilismo e tabagismo e menor propensão a envolver-se em acidentes e demonstrar comportamento violento ⁽⁴⁹⁾.

Neste estudo, a média de idade dos idosos cadastrados no território foi de 68 anos, o que está próxima a idade do brasileiro responsável pelo domicílio - em 2000, apontava-se uma idade média de 69,4 anos ⁽⁴⁸⁾.

O território em que a pesquisa foi realizada é formado em sua maior parte por conjuntos habitacionais construídos com subsídio governamental, onde os domicílios mais antigos possuem em torno de 30 anos ⁽²⁹⁾. Algumas famílias que se estabeleceram no bairro desde sua formação permanecem no local através das gerações. Existiram casos em que os filhos não tiveram condições de constituir suas próprias moradias e continuaram residindo com seus pais, fazendo com que o idoso permanecesse responsável pelo domicílio.

O bairro Teotônio Vilela apresenta áreas de ocupações com baixas condições de saneamento básico e situações de violência e tráfico de drogas frequentes. As gerações mais jovens das famílias costumam residir próximo e constroem casas no mesmo terreno, sem atender aos requisitos de segurança necessários. Em geral, as famílias são jovens, com baixos rendimentos e baixa escolaridade ⁽⁵⁰⁾.

A prevalência de doenças crônicas neste estudo foi de 69,72%. As doenças crônicas não transmissíveis são novas endemias enfrentadas pelas sociedades. Segundo o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por

30% das mortes da população geral, mas no caso da população idosa, a cardiopatia isquêmica chega a ser responsável por 40% das mortes ⁽⁵¹⁾. Nessas condições, uma em cada quatro pessoas terá diabetes no futuro próximo ⁽⁵¹⁾. Esta proporção é presente na população idosa cadastrada no território do estudo, onde se encontrou 22,44% de diabéticos e 51,7% de hipertensos.

Entre os idosos entrevistados, todos relataram diagnóstico de doenças crônicas e mais de 70% possuíam mais de uma patologia instalada. Aparentemente, por tratar-se de uma faixa etária mais avançada, apresentou-se uma prevalência maior de diabetes e hipertensão arterial, em torno de 34,78% e 73%, respectivamente.

Em 1995, havia 135 milhões de pessoas com diabetes no mundo, sendo que 75% residiam em países em desenvolvimento. Em uma projeção, estima-se que em 2025 haverá 300 milhões. O Diabetes Mellitus é a principal causa de anos perdidos ajustados por incapacidade ⁽⁵¹⁾.

Os hábitos de vida têm grande influência no adoecimento por doenças crônicas como hipertensão, diabetes, obesidade e dislipidemias, além de possuírem uma série de fatores de risco em comum ⁽⁵²⁾. Em uma situação onde fatores de risco são controlados, 80% das doenças cardiovasculares e diabetes e 40% dos cânceres podem ser reduzidos ⁽⁵¹⁾.

As altas prevalências de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, em especial entre idosos, configuram-se como uma questão de saúde pública, tendo em vista o impacto na qualidade de vida e na morbidade da população, sendo foco de programas continuados de cuidado do Ministério da Saúde e da Estratégia de Saúde da Família.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) atua em todos os níveis de complexidade para o atendimento de pacientes portadores de doenças crônicas e suas incapacidades. A Atenção Primária em Saúde é responsável por ações de prevenção de agravos e de promoção à saúde da população ⁽⁵³⁾.

A ESF têm grande potencial na prevenção de agravos relacionados ao estilo de vida por atuar desde a promoção da saúde até a recuperação e reabilitação de sequelas decorrentes das doenças crônicas. A equipe atua com diversas estratégias de cuidado continuado, realizadas por todos os membros da equipe. No caso da hipertensão e diabetes, o ACS possui um instrumento específico, alimentado continuamente com informações das visitas domiciliares, a ficha B.

Na ficha B são obtidos dados sobre hábitos de vida como dieta, uso de medicações prescritas, prática de atividade física, data da última consulta e as últimas medidas de pressão arterial e glicemia capilar referidas. Os dados levantados eram cadastrados no HIPERDIA, um sistema para gestão clínica destes pacientes, que no momento, está em processo de substituição pelo sistema E-SUS, assim como o SIAB (54).

Apesar de não haver um sistema informatizado para a consolidação destes dados epidemiológicos em atividade neste momento, as equipes de estratégia de saúde da família mantém o monitoramento dos pacientes hipertensos e diabéticos do território adscrito.

As doenças crônicas como hipertensão e diabetes aumentam a demanda de cuidados a serem dispensados pelas equipes de ESF, bem como a presença de idosos, gestantes, crianças menores de um ano, uso de álcool e drogas, violência e baixas condições de saneamento básico, entre outras. Estes dados são obtidos na visita domiciliar do ACS e, através da Escala de Risco Familiar, é possível classificar as famílias de acordo com a necessidade.

A ESF atua diretamente no território através da figura do ACS que empiricamente prioriza os casos que demandam intervenções urgentes e complexas. A aplicação da Escala de Risco Familiar revelou que 81,66% das famílias que possuíam idosos no território não apresentaram risco, 10% receberam escore de risco 1 e apenas 5,0% tinham risco 3. Apesar de não apresentarem pontuação de risco, algumas famílias e mesmo idosos que residiam sozinhos apresentaram características e vivenciavam situações de vulnerabilidade.

A Escala de Risco Familiar oferece uma rápida classificação das famílias, sendo útil para o planejamento estratégico de ações no território. Para que o levantamento seja fiel à realidade, a equipe deve ser orientada para a atualização contínua dos dados e cadastros da área adscrita.

Tratando-se da complexidade que envolve o trabalho com famílias e comunidades, eventualmente existirão situações em que o risco a que a família está exposta não poderá ser categorizado e pontuado através de escalas ou softwares, mas sim com a empatia e o olhar humano, capazes de criar conexões e identificar potenciais de mudança.

A religião mais citada foi a católica, seguida, aproximadamente na mesma proporção, pela evangélica. A filiação religiosa foi relatada por todos os idosos entrevistados mesmo quando não mantinham participação frequente em atividades religiosas formais, sendo que a limitação física foi um dos fatores que interferiram na participação em tais eventos.

O Brasil é um país majoritariamente católico, com 64,6% da população praticante, de acordo com dados do último Censo. Porém, observou-se nos últimos anos um crescimento importante das religiões evangélicas. As novas religiões evangélicas apresentam-se em diversos setores da sociedade como entretenimento, imprensa e, sobretudo, na política. A bancada evangélica tem uma grande atuação em cargos públicos, interferindo em diversos setores do governo atual ⁽⁵⁵⁾.

Com relação à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 3,21. Os dados encontrados são semelhantes ao perfil do idoso brasileiro, que apresenta em média 3,4 anos de estudo ⁽⁴⁸⁾. O rendimento econômico variou entre um e três salários mínimos, superior à renda média do idoso brasileiro que gira em torno de R\$657,00.

Apenas três (13,04%) idosos residiam sozinhos, enquanto a maioria dividia o domicílio com pelo menos mais um familiar. A média de moradores por domicílios foi de 2,65. Em 2000, 17,9% dos domicílios de responsabilidade de idosos eram habitados por apenas um morador ⁽⁴⁸⁾. No Brasil, 64,7% dos idosos responsáveis pelos domicílios residem com ou sem cônjuge e com filhos ou outros familiares. Nas situações em que a mulher idosa é a responsável, é mais comum encontrar o arranjo familiar sem o cônjuge, pois provavelmente as idosas viúvas tornaram-se as responsáveis pelo domicílio ⁽⁴⁸⁾.

A maioria feminina de idosas participantes declarou-se viúva, onde a diferença de aproximadamente oito anos entre a expectativa de vida de homens e mulheres torna este perfil frequente na realidade brasileira. O envelhecimento feminino é permeado por uma série de questões que envolvem a autoestima, a sexualidade e a independência, entre outras ⁽⁵⁶⁾. Durante as entrevistas houve relatos de violência doméstica e agressões físicas e psicológicas sofridas por algumas participantes. Os relatos de violência em geral ficam restritos a transmissão oral dessas mulheres que compartilham histórias de vida com outras mulheres de sua confiança, profissionais, amigas ou familiares.

Os relatos destas mulheres refletem a crença da mulher submissa e propriedade do marido, a qual legitimava situações de violência e era comum na época em que estas mulheres vivenciavam seus casamentos. Ainda hoje nos deparamos com casos de violência contra a mulher e, apesar dos dispositivos legais como a Lei Maria da Penha e a Delegacia da Mulher, a vítima ainda é julgada e culpabilizada pela sociedade e pelos próprios equipamentos que deveriam protegê-la.

O número de filhos variou entre zero e 22, onde se observou que os participantes que eram provenientes da zona rural tiveram um número de filhos expressivamente superior. Os participantes que residiam no município de São Paulo durante a idade adulta tiveram entre dois e quatro filhos. Em cinco famílias ocorreram mortes de filhos na infância, em geral as causas eram desconhecidas, mas para os participantes provenientes do Nordeste do Brasil esse fato era encarado com mais naturalidade devido aos altos índices de mortalidade infantil da época.

Residir nas cidades pode beneficiar os idosos pela proximidade dos filhos, facilidade de serviços e acesso a equipamentos de saúde. Neste estudo, mais 70% dos participantes eram dependentes do SUS, sendo que 69% citaram a Unidade Básica do Teotônio Vilela como o serviço de saúde mais utilizado.

Para a avaliação cognitiva, utilizou-se o Mini-Mental, onde o número de anos de estudo reduz o ponto de corte e, adequando os resultados a escolaridade de cada participante, oito (34,77%) idosos apresentaram pontuação normal para o teste. O número de anos de estudo é um fator que favorece o processo de envelhecimento saudável e interfere no rastreamento diagnóstico, pois se sabe que os instrumentos de avaliação cognitiva são influenciados pela escolaridade dos participantes ⁽³⁹⁾.

O impacto cognitivo esteve presente nos discursos dos idosos – dificuldades com relação a memória e raciocínio foram relatadas diversas vezes. Os resultados encontrados na aplicação do Mini-Mental corroboram com a autoavaliação feita pelos idosos do estudo, pois se observou um número expressivo de resultados com escores de risco de demência.

O Mini-Mental é um instrumento que pode ser utilizado para o rastreamento de demência devido a facilidade de aplicação, porém apresenta limitações como a interferência da escolaridade, entre outros vieses, e não deve ser o único meio de avaliação de pacientes com suspeita ou diagnóstico demência. Como mostra um estudo realizado em Boston, com mais de 23000 pacientes para tratamento de

Doença de Alzheimer, a avaliação não deve ser restrita ao Mini-Mental e outros instrumentos semelhantes, podendo resultar em uma seleção de amostra inadequada em larga escala ⁽⁵⁷⁾.

O uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage demonstrou que seis (26,08%) idosos apresentaram pontuação sugestiva de depressão. A avaliação da função cognitiva deve ser incluída ao se avaliar sintomas depressivos que podem não ser relatados devido à dificuldade de comunicação e compreensão do idoso.

Os sintomas depressivos não devem ser naturalmente atribuídos ao processo de envelhecimento como um desânimo ou cansaço “normais” ⁽⁴²⁾. A depressão é a doença psiquiátrica mais comum em idosos. Em estudo realizado em Passo Fundo/RS com idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família, encontrou-se prevalência de 21,2% de depressão ⁽⁵⁸⁾.

Quanto ao uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, verificamos que entre os seis idosos que apresentaram pontuação sugestiva de depressão, apenas uma referiu este diagnóstico e não o aceitava, realizava automedicação e passava por tratamento psicoterápico.

É importante ressaltar as relações entre a depressão e outras condições crônicas. A depressão pode ser um fator de risco para a instalação de comorbidades e a dependência decorrente das doenças crônicas pode favorecer sintomas depressivos ^(44, 51, 59). Além de características orgânicas, a condição socioeconômica, as relações sociais, a escolaridade e o acesso a bens e serviços podem interferir no diagnóstico e no manejo da depressão que exige tratamento e cuidados multidisciplinares adequados e adaptados a cada paciente.

As mudanças cognitivas como o prejuízo de memória aumentaram a dependência para atividades instrumentais de vida diária, como pagar contas, fazer compras, cuidados com o domicílio, preparo de refeições, entre outras. Com relação às atividades básicas de autocuidado, a maioria dos idosos apresentou-se independente segundo o Índice de Katz.

Ainda que o índice de Katz seja indicado para avaliar a dependência para atividades básicas de auto-cuidado, deve ser adotado considerando outros parâmetros, pois idosos avaliados como independentes pelo instrumento mostraram diminuição de autonomia para atividades instrumentais ou de lazer. Apesar de avaliados como independentes, muitos dos idosos relataram que o que havia mudado

em sua vida após o envelhecimento era ter se tornado dependente. Em pesquisa realizada no Chile, país que também vivencia o processo de envelhecimento de sua população, não se encontrou correlação entre cognição, idade e independência funcional, semelhante aos resultados deste estudo ⁽⁶⁰⁾.

A necessidade de cuidados se apresenta de forma complexa, com diferentes graus e maneiras. Como encontrado nesta população, existiam pessoas que precisavam de ajuda apenas para atividades complexas, como as que eram totalmente dependentes e também as que necessitavam de auxílio para praticamente todas as funções.

O impacto físico é decorrente de patologias que se instalam não somente devido ao envelhecimento, porém, a debilidade física provoca nos idosos sentimentos de insegurança para realizar ações do cotidiano como cuidados domésticos e até mesmo atividades de lazer ⁽⁶¹⁾.

A presença das doenças crônicas agravaram os prejuízos físicos relatados pelos idosos. Durante os discursos produzidos nas entrevistas, alguns participantes relataram hábitos de vida deletérios, como o tabagismo, lamentando suas repercussões em sua condição de saúde atual.

As doenças crônicas não transmissíveis caracterizam-se por sua longa duração e irreversibilidade, entretanto, em alguns momentos, estas patologias podem se comportar como fatores de risco para situações graves e quadros agudos como amputações e eventos cardiovasculares. Alguns quadros de agudização das doenças crônicas foram relatados como os momentos em que se instituiu uma necessidade maior de cuidados para o idoso, que se manteve posteriormente. Estes eventos estiveram presentes nas narrativas dos idosos e dos familiares, incluindo histórias sobre membros da família que já haviam falecido.

Enquanto os dados coletados a partir de questionários e instrumentos permitiram conhecer o perfil das famílias dos idosos do território, a análise dos discursos resultantes das entrevistas permitiu verificar aspectos imensuráveis do cotidiano das famílias deste estudo. As narrativas sobre doenças fizeram parte dos discursos dos participantes e podem ser mais enriquecedoras para o trabalho com famílias do que dados e informações puramente clínicos.

Os idosos e seus familiares narraram situações de doença e os diferentes impactos decorrentes dela em suas vidas e na de suas famílias, relatando

detalhadamente passagens pregressas de suas trajetórias, como a infância, o início da vida conjugal, os anos de trabalho pesado, o nascimento e desenvolvimento dos filhos. A transmissão oral da história de vida através das gerações constitui parte da herança cultural da família. As famílias deste estudo, em geral, eram multigeracionais, favorecendo a transmissão de conhecimentos e histórias do idoso para seus descendentes.

Os familiares entrevistados foram indicados pelo próprio idoso. Neste estudo, 19 (82,6%) familiares entrevistados eram mulheres e 17 (73,91%) eram filhos. A presença expressiva do gênero feminino reforça o papel social atribuído à mulher de provedora de tarefas domésticas e cuidados com os familiares.

A enfermagem, por cuidar do ser humano de forma holística, compreendendo suas relações familiares, pode se beneficiar do uso das narrativas para a sensibilização da equipe na atuação do cuidado centrado na família ⁽⁶²⁾.

Entre os familiares entrevistados houve relatos de diagnósticos de doenças crônicas que em muitos casos resultaram na própria dependência e necessidade de atendimentos de saúde. Já outros participantes, tanto idosos quanto familiares, negaram ter vivenciado mudanças em suas vidas com seu envelhecimento ou do membro da família idoso. Para uma parcela deste grupo, aparentemente a manutenção da autonomia e independência levou a uma experiência de envelhecimento bem-sucedido em que as mudanças ocorreram mais suavemente.

O impacto socioeconômico do envelhecimento foi vivenciado de maneiras distintas. Para alguns idosos, a melhoria da condição financeira promoveu mais autonomia. Em contrapartida, houve casos em que a restrição financeira foi identificada como o que atrapalhava o idoso em seu processo de envelhecimento.

Em mais de uma família, um dos filhos assumiu a maior parte dos cuidados e relatou que outros irmãos ajudavam apenas financeiramente, não se responsabilizando ou compartilhando os cuidados. Para alguns filhos, o desejo de uma condição econômica mais confortável era relatado imaginando que os recursos financeiros possibilitariam melhores cuidados para seus pais, como a contratação de cuidadores e melhor acesso à saúde.

Segundo o Censo demográfico de 2000, a renda dos idosos residentes em zonas rurais representa em torno de 40% da renda de idosos de área urbana. Não se observou melhora significativa em relação ao censo anterior. Esse fato pode justificar

a diminuição de idosos residentes em áreas rurais, que diminuiu de 23,3%, em 1991, para 18,6%, em 2000 ⁽⁴⁸⁾.

Devido ao estudo ter sido realizado em um território com nível socioeconômico baixo, vários participantes relataram histórias de vida de restrições e falta de oportunidades que influenciaram nas condições financeiras, mas também na maneira de encarar a vida e enfrentar as adversidades. As disparidades socioeconômicas entre estados e municípios brasileiros são expressivas, o que torna a população idosa brasileira heterogênea e faz com que cada território revele características singulares de sua comunidade.

No caso de uma das famílias entrevistadas, a necessidade de cuidados com a mãe foi atendida com uma das filhas assumindo a maior parte dos cuidados e recebendo uma quantia de seus irmãos como um “salário” que substituiu os rendimentos provenientes de seu trabalho. Assim como esta participante, outros filhos relataram a necessidade de retirar-se do trabalho formal para assumir os cuidados de seus familiares idosos. Para alguns dos filhos, deixar seus empregos repercutiu em impacto tanto financeiro quanto emocional. O trabalho, além do aspecto econômico, é responsável por organizar a rotina do indivíduo e promove sentimentos de contribuição com a sociedade e realização ^(63, 64).

Uma das participantes, com a saúde debilitada por suas patologias crônicas, relatou que o envelhecimento de sua mãe foi bom, pois por ter saído de seu trabalho, sentiria-se sozinha se não tivesse a companhia de sua mãe.

Os vínculos que são estabelecidos ao longo da vida conferem significado aos cuidados oferecidos aos idosos por seus dependentes e podem facilitar a adaptação a essa nova rotina, pois na maior parte dos casos, os cuidados com o idoso são assumidos por um familiar. O apoio recebido da família e amigos foi o fator de ajuda mais prevalente nos discursos dos idosos deste estudo. A família que tem interações mais calorosas e próximas tem melhor comunicação e favorece sentimentos de pertencimento, com potencial de fortalecer o idoso ao longo de seu processo de envelhecimento ⁽⁶¹⁾.

O desejo de deixar um legado para suas próximas gerações e a relação com a espiritualidade constituem o amplo conceito da geratividade. Acreditar e dedicar-se a algo para ser deixado no mundo para a humanidade e seus descendentes é um dos temas centrais da velhice ⁽²⁵⁾.

A geratividade é parte da Teoria do Ciclo de Vida de Erikson, que propõe uma teoria de desenvolvimento humano multidirecional, multidimensional e dinâmico, sendo espaço de ganhos e perdas. Durante o ciclo de vida, o ser humano é desafiado a criar novas conexões com o mundo e consigo mesmo ⁽⁶⁵⁾. O envolvimento do idoso em relações sociais e com o meio ambiente é motivado pela geratividade. Fazer parte da vida dos filhos e dos netos ou ensinar e transmitir algo favorecem este envolvimento vital. O contexto psicossocial pode auxiliar na superação das adversidades de cada estágio do desenvolvimento ⁽⁶⁶⁾.

Participar de atividades prazerosas e criativas como cursos, artesanato ou mesmo o cuidado com outras pessoas - além da preocupação com relação a filhos, netos e gerações posteriores -, promove nos idosos a oportunidade de manter conexões humanas e vínculos de amizade, fazendo com que se sintam vivos ⁽⁶⁶⁾.

A interpretação da família como um sistema embasa os resultados encontrados onde as mudanças ocorridas com um de seus membros, como, por exemplo, o envelhecimento, repercutem na vida de todos os familiares. Quanto mais estreita a relação entre os membros, maior é o impacto compartilhado dessas mudanças. Em situações do idoso não possuir condições de continuar morando sozinho em seu domicílio, o sistema familiar alterou sua configuração de forma que idosos foram morar com seus filhos ou filhos passaram a residir com seus pais.

A ESF eventualmente pode intervir nesta reorganização da família, principalmente o ACS que, em suas visitas, pode identificar situações de agravos e de risco, pois idosos podem com frequência esquecer a chama do fogão aceso, portas abertas, perda de dinheiro, entre outras ocorrências, e comunicar a família e a equipe de saúde para encontrar novas formas de gerenciar a dinâmica familiar.

Para alguns familiares do estudo, o cuidado dedicado a seu familiar idoso foi vivenciado como uma mudança positiva decorrente do envelhecimento que permitia maior proximidade e estreitamento dos laços entre os membros da família, reafirmando a confiança e a lealdade estabelecidas.

O vínculo especificamente do casamento foi relatado como uma importante ajuda tanto no discurso dos idosos quanto de seus familiares. Em uma das famílias, o marido era responsável por continuamente motivar sua esposa a cuidar de sua mãe em processo avançado de Alzheimer. Em outras situações, o idoso em si foi beneficiado pelo casamento.

O apoio social é fundamental para aumentar o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida, favorecendo o processo de ajustamento psicológico. Este processo de ajustamento é dinâmico, influenciado por elementos como a segurança econômica, o nível educacional, o casamento e as relações de apoio ⁽²⁵⁾.

Contrariando a ideia do envelhecimento que demanda e necessita de ajuda, houveram familiares que relataram ser ajudados por seus idosos no cuidado com seus filhos, no âmbito financeiro e atividades domésticas. Mesmo idosos dependentes para alguma atividade de autocuidado relataram ajudar seus familiares.

Infelizmente, a família também se configurou como espaço de conflitos motivados por diversas razões. O etilismo e abuso de substâncias foram motivos de vários conflitos familiares. Em sete famílias foram relatados conflitos durante a construção no genograma, sendo que em três delas a motivação era o etilismo. O vício e a dependência de álcool e outras drogas são questões complexas que interferem na dinâmica da família e fragilizam os elos entre seus membros ⁽⁶⁷⁾.

A responsabilização pelos cuidados do familiar dependente foi outro fator que ocasionou conflitos em diversas famílias, pois normalmente essas necessidades não são compartilhadas. Em vários núcleos familiares foi identificada negligência entre seus membros, visto que mais ninguém os ajudava nas demandas de cuidado, o que é identificado como violência contra o idoso.

No caso dos idosos entrevistados, todos negaram sofrer violência atualmente. Entretanto, a violência contra o idoso é uma realidade em nossa sociedade. A violência deve ser reconhecida além de ações físicas que podem provocar lesões, traumas e até levar a morte. O idoso é vulnerável a abusos psicológicos e emocionais, onde a omissão às necessidades humanas se consitiu como uma forma cruel de violência ⁽⁶⁸⁾. A omissão e negligência são formas comuns de violência contra a pessoa idosa. A Estratégia de Saúde da Família, em suas visitas domiciliares sistemáticas, se configura como uma oportunidade de observar situações sutis de violência, negligência e maus-tratos, muitas vezes “escondidas” em consultas ambulatoriais.

Apesar dos eventuais atritos que ocorrem no âmbito familiar, as relações familiares e as conexões humanas têm papel central no significado atribuído a existência, onde a família se configura como o primeiro referencial de socialização do indivíduo. A família é a resposta mais recorrente da pergunta “o que dá sentido à

vida?”. Além da família em si, as expectativas e sonhos que os idosos projetam para sua família também conferem significados importantes.

A capacidade da família de movimentar-se e fortalecer-se no enfrentamento de adversidades pode ser definida como resiliência familiar. Esta perspectiva consiste no potencial do fortalecimento tanto individual quanto da família ao longo de processos como o próprio envelhecimento em si ⁽⁶¹⁾. Como a família irá reagir a eventos imprevisíveis e transições normais da vida dependerá de seu funcionamento familiar, suas conexões e seus sistemas de crenças, incluindo a espiritualidade. Comunidades, famílias e indivíduos que compartilham sua fé podem ser unidos pela religiosidade e pela espiritualidade, favorecendo habilidades de oferecer suporte uns aos outros ⁽⁶¹⁾.

A ausência de sentido na vida pode ser encarada como um sintoma depressivo em que o indivíduo sente-se perdido ou desesperado. Chamou a atenção que idosos apresentaram pontuação sugestiva de depressão na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavaga, pois não tinham claro para si o que dava sentido às suas vidas.

Sintomas depressivos e de ansiedade são comuns na população idosa, porém não devem ser atribuídos ao envelhecimento, repercutindo em vários aspectos da vida do idoso, incluindo seu autocuidado ⁽⁶⁹⁾.

As crenças e valores individuais são importantes para dar significado à vida e às relações e compreendem os componentes espirituais e religiosos, como relatados por alguns dos idosos. O indivíduo encontra sentido para viver quando tem crenças que lhe dão propósito. Apesar dos obstáculos, a pessoa tem motivação para continuar vivendo, sendo este um componente essencial para o bem-estar. Ter um propósito significa ter metas, planos e senso de direção ⁽²⁵⁾.

A figura da divindade aparece como “a pessoa” que os ajudava a vivenciar as dificuldades decorrentes do envelhecimento. A maneira como a fé e a espiritualidade interferem na saúde não são totalmente esclarecidas devido a própria complexidade e imaterialidade do tema, porém, já são comprovados os benefícios da oração e da prece, bem como de sentir-se grato pela vida em si ⁽¹⁰⁾. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos com 104 pessoas residentes em diferentes estados encontrou relações estreitas entre a prece e a saúde mental, com diminuição de ansiedade, por exemplo. O ato de rezar aumentou as habilidades de superação e ajudou a encontrar propósito na vida ⁽⁷⁰⁾.

Apesar de não estar clara a relação entre espiritualidade e resiliência, os conceitos se sobrepõem em diversos momentos. Imersos na complexidade que permeia estes temas, um dos entendimentos possíveis é que ter um sentido da vida é um dos componentes que fortalecem a resiliência individual e familiar. A espiritualidade e as crenças religiosas promoveram nos idosos deste estudo sentimentos de paz e tranquilidade, o que favoreceu e ajudou a enfrentar as dificuldades decorrentes do processo de envelhecimento. Estas pessoas possuíam uma perspectiva positiva da própria velhice e da própria vida, que eram influenciadas pela fé e espiritualidade.

A força interna e a resiliência, influenciadas pela espiritualidade, contribuem para uma perspectiva mais positiva e otimista da vida, favorecendo o enfrentamento das dificuldades. Quanto mais desenvolvidas estas questões no indivíduo, melhor será a perspectiva construída acerca da própria velhice ⁽²⁵⁾.

Experiências transcendentais se relacionam com a saúde física e mental, aliviando sintomas de depressão e ansiedade, influenciando no bem-estar subjetivo. Esta relação pode ser mediada pela resiliência psicológica ⁽⁷¹⁾.

O envelhecimento é um período do desenvolvimento repleto de oportunidades de crescimento e desafios. A resiliência não deve ser reduzida apenas ao enfrentamento das adversidades, pois também compreende a superação e a transformação positiva aprendidas nestes eventos ⁽⁷²⁾. Uma pesquisa com foco nos componentes espirituais da resiliência, realizada na Universidade de Duke, com idosos com mais de 80 anos, sugeriu que essas mulheres acessavam o suporte social, o ambiente e as conexões espirituais para lidar com as dificuldades do envelhecimento. A espiritualidade serviu-lhes como estrutura para lidar com eventos dolorosos e favoreceu sentimentos de paz como resultado do processo de resiliência ⁽⁷²⁾.

A resiliência pode ser conceituada como um processo de recuperação, sustentação e crescimento. Essencialmente, encontrar sentido na vida e sentir-se conectado com Deus é um dos caminhos para a resiliência ⁽⁷²⁾. Os idosos utilizam a fé em Deus e a ajuda da família e amigos como estratégias de enfrentamento. Pessoas que desenvolvem sua espiritualidade aparentemente reagem melhor aos problemas e eventos inesperados.

A subjetividade deve ser valorizada no envelhecimento, pois trabalhar sentimentos, sonhos e planos faz parte do processo de autoconhecimento. As experiências de vida e os aprendizados adquirem significados, possibilitando uma vida mais feliz e realizada ⁽⁷³⁾. Para alguns participantes, a religiosidade ajudou a aceitar com mais facilidade problemas de saúde que surgiram com o tempo, bem como as limitações decorrentes das condições crônicas.

Em contrapartida, perceber-se saudável e forte surgiu nos discursos como algo que ajudava os idosos deste estudo. Os próprios idosos possuíam construções a respeito do adoecimento como parte do processo de envelhecimento e identificavam-se como uma pessoa saudável ou com autonomia “apesar” da idade.

O envelhecimento é um processo dinâmico que exige atenção a uma série de recursos físicos, psicológicos, familiares, espirituais e sociais. Compreender a pessoa em meio a sua família e sua comunidade é fundamental para promover o envelhecimento bem-sucedido e saudável.

Como enfermeira atuante na ESF, observo diariamente como a maneira que os idosos se relacionam com suas famílias interfere na vida do mesmo e na dinâmica familiar, alterada pelo envelhecimento, influenciando o sentido e significado que o idoso atribui a vida, a saúde e seus cuidados.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante toda a vida somos repetidamente movimentados por forças e eventos inesperados. O desejo de controlar o que há ao redor existe em todos, mas este anseio é inatingível. Em todas as fases do desenvolvimento humano surgem desafios que exigem novas habilidades e aprendizados. O processo de envelhecimento, como fase vital, é repleto dessas situações, porém, o ser humano tem acesso à sabedoria acumulada durante a vida como recurso, como foi demonstrado por alguns dos participantes deste estudo.

Dar-se conta das incertezas e da vulnerabilidade que nos cerca pode desencadear sentimentos de ansiedade e desespero. Uma das características peculiares da velhice é que, neste período, não há mais tempo para a ilusão de vida eterna – a finitude se mostra mais próxima, exigindo resignificações e reavaliações.

Alguns dos eventos inesperados relatados pelos participantes não necessariamente foram avaliados como ruins para as famílias deste estudo, porém, podem repercutir em diversos aspectos da vida. Na velhice, algumas necessidades não podem ser adiadas, ou seja, pode haver demandas que não são passíveis de serem proteladas, podendo acelerar este processo de resignificação com a família, com o mundo e com si mesmo.

O movimento é dinâmico, retira o indivíduo de sua zona de conforto, produz crises que exigem reavaliações e reorganizações constantes, até que seja encontrado o equilíbrio na nova realidade. O equilíbrio, por sua vez, também é um processo ativo e dinâmico. Para encontra-lo e mantê-lo, independente da motivação, é necessário construir a resiliência. A linha que separa o movimento e o equilíbrio é tênue e flexível, nos levando a aprender e reaprender a se (re)equilibrar quantas vezes forem necessárias.

O balanço entre o equilíbrio e o movimento pode ser visto com uma dança: podemos dançar sozinhos ou acompanhados, ritmos que variam da música clássica ao samba, num palco ou em nossa casa, em qualquer lugar. A resiliência se apresenta da mesma forma: pode ser individual ou familiar, pode vir rápida ou lentamente após uma adversidade e o lugar onde estamos e a conexão sentida com o mundo e as pessoas ao nosso redor influenciarão como estas experiências serão vividas. Para os

idosos deste estudo, a resiliência emergiu emaranhada aos conteúdos de família e espiritualidade.

Não se pode parar o movimento e não é possível permanecer sempre em equilíbrio. O encontro entre esses dois momentos se repetirão infinitas vezes durante a vida e a cada experiência acessamos novos recursos.

As mudanças físicas e cognitivas podem estar associadas a processos de adoecimento ocorridos na velhice, como observado na vida de vários idosos deste estudo, porém não são consequências obrigatórias do envelhecimento. O processo de envelhecimento bem-sucedido, em que a pessoa se adapta a novas condições de saúde e eventuais limitações, é possível.

Todos que não tiverem suas vidas abreviadas precocemente irão envelhecer e quanto mais preservadas estiverem a autonomia e a independência, mais sutis serão as mudanças decorrentes do envelhecimento. Deve-se buscar a senescência, um envelhecer sadio e ativo, onde o idoso é o protagonista de sua própria vida.

A família exerce diferentes papéis neste contexto, tanto para os idosos quanto para os familiares. Pode ser o espaço de cuidado, vínculo, carinho e afeto, mas eventualmente torna-se palco de conflitos, estresse e sobrecarga. A confiança e os vínculos estabelecidos entre seus membros confere significado a vida e se tornam recursos sociais mútuos e duradouros, permitindo que a família supere crises e desafios.

Na maior parte das famílias, os cuidados com o familiar idoso são assumidos por outros membros da família. O aumento da expectativa de vida e a diminuição da natalidade fazem com que a população de idosos aumente e o número de potenciais cuidadores diminua.

Os sistemas de crenças e valores de uma família influenciarão a maneira como seus membros reagirão a situações de adversidades como doenças graves ou quadros crônicos prolongados. A resiliência é forjada na dificuldade que impacta a família e desencadeia os ajustes necessários à rotina quando o idoso apresenta necessidades de cuidados tão multidimensionais. Para os familiares deste estudo, foram relatadas mudanças em diversos âmbitos.

O impacto para os familiares cuidadores pode ser social, emocional, financeiro, profissional, espiritual, entre outros. Repercussões negativas como o estresse e a sobrecarga do cuidador e conflitos familiares também podem estar presentes neste

cenário. Os prejuízos para o cuidador podem ser decorrentes do aumento de demandas, do tempo abreviado para lazer e trabalho, medo e preocupação em deixar o idoso sozinho e culpa pelos sentimentos ambíguos de desejo de cuidar e cansaço advindo das tarefas contínuas de atenção.

As relações de cuidado permeiam a história da família, que começa com os pais cuidando dos filhos a partir de seu nascimento, que na velhice serão cuidados por seus descendentes. Os laços criados tornam as pessoas insubstituíveis na família, seus espaços se tornam sagrados. As narrativas da família eternizam estes momentos e modificam o modo de seus membros se verem e se reconhecerem.

Os conflitos familiares ocorrem por questões diversas que envolvem relações, rompimentos, questões econômicas, rivalidades, vícios, etc. É comum que a responsabilização pelos cuidados seja assumida por um dos familiares, com pouco ou nenhum compartilhamento, como observado diversas vezes neste estudo.

Apesar dos conflitos e dificuldades enfrentados, a família é o que dá sentido a vida de muitas pessoas. Os vínculos e as conexões experimentados na família, em geral, serão compartilhados durante toda a vida. As histórias das famílias, em especial, as narrativas de superação e persistência forjam a herança cultural da família e fizeram parte dos discursos de diversos participantes.

As expectativas para o futuro dos familiares a deixar um legado e conhecimentos para os descendentes fazem parte do significado atribuído ao envelhecimento por alguns idosos. A ideia da existência não ter sido em vão através da transmissão de seus valores é algo que pode tranquilizar o idoso em relação à finitude. A sensação de pertencimento e de apoio é componente da espiritualidade e promove sentimentos de paz, felicidade e favorece uma perspectiva mais otimista da vida.

A espiritualidade e a transcendência são componentes fundamentais do processo de resiliência. A espiritualidade confere sentido à vida, significa a existência. O ser humano necessita de afeto e de trocas para se relacionar e viver em sociedade. Essas relações podem acontecer com a família, com grupos sociais, através da conexão com o universo ou com a crença em um ser superior.

Em geral, o sentido que as pessoas atribuem às suas vidas está relacionado às relações construídas com outras pessoas e sua conexão com o mundo.

Compreendendo a espiritualidade como o que dá sentido a vida e a resiliência como a força advinda da superação das adversidades, conclui-se que não há como vivenciar a resiliência se não houver um significado ou um motivo para viver.

A enfermagem, desde a sua origem, tem o objetivo de oferecer cuidados de forma holística ao ser humano. A família, a comunidade e as relações que o indivíduo estabelece ao longo da vida interferem no modo de viver e encarar as adversidades. Compreender o idoso inserido neste contexto potencializa os vínculos estabelecidos entre os pacientes e a equipe de enfermagem, favorecendo a adesão a tratamentos e a promoção de hábitos saudáveis.

“O velho e o moço” – Los Hermanos

"Deixo tudo assim
Não me importo em ver a idade em mim
Ouço o que convém
Eu gosto é do gasto

Sei do incômodo e ela tem razão
Quando vem dizer, que eu preciso sim
De todo o cuidado
E se eu fosse o primeiro a voltar
Pra mudar o que eu fiz
Quem então agora eu seria?

Ah, tanto faz
Que o que não foi não é
Eu sei que ainda vou voltar
Mas eu, quem será?

Deixo tudo assim
Não me acanho em ver
Vaidade em mim
Eu digo o que condiz
Eu gosto é do estrago

Sei do escândalo
E eles têm razão
Quando vêm dizer
Que eu não sei medir
Nem tempo e nem medo

E se eu for
O primeiro a prever
E poder desistir
Do que for dar errado?

Ahhh
Ora, se não sou eu
Quem mais vai decidir
O que é bom pra mim?
Dispensar a previsão
Ah, se o que eu sou
É também o que eu escolhi ser
Aceito a condição

Vou levando assim
Que o acaso é amigo
Do meu coração

Quando fala comigo
Quando eu sei ouvir.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MALUF, A. C. R. F. **Novas modalidades de família na pós-modernidade** [tese]. São Paulo: Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2010.
2. CANO, M. A. R., FERRIANI, M. G. C. **A organização social da vida familiar através dos tempos**. Acta Paul. Enf. 2000; 13(3):25-34.
3. SOUZA, J. A. V. S., FREITAS, M. C., QUEIROZ, T. A. **Violência contra os idosos: análise documental**. Rev Bras Enferm. 2007; 60(3): 268-272. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300004 [acesso em 16 de fevereiro de 2014].
4. MENDES, M. R. S. S. B., GUSMÃO, J. L., FARO, A. C. M., LEITE, R. C. B. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração**. Acta Paul. Enferm. 2005; 18(4):422-426.
5. BRAZ, E. **Entre o visível e o invisível: as representações sociais no cotidiano do cuidador de idosos dependentes** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2008.
6. MORAES, E. N. "EaD Fiocruz. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso". In: BORGES, A. P. A., COIMBRA, A. M. C. (org). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Coordenação de Educação a Distância; Rio de Janeiro, EAD Ensp 2008.
7. TRENTINI, M., SILVA, S. H., VALLE, M. L., HAMMERSHIMDT, K. S. A. **Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas**. RevLatAm Enfermagem. 2005; 13(1):38-45.
8. CIOSAK, S. I., BRAZ, E., COSTA, M. F. B. N. A., NAKANO, N. G. R., RODRIGUES, J., ALENCAR, R. A., ROCHA, A. C. A. L. **Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45(2): 1763-1768. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800022 [acesso em 16 de fevereiro de 2014].
9. KOENIG, H. G., COHEN, H. J. **Spirituality across the lifespan**. South Med J. 2006;10(99):1157-1158.
10. ROCHA, A. C. A. L. **Espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2011.
11. ROCHA, A. C. A. L., CIOSAK, S. I. **Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento**. Rev Escola de Enferm USP. 2014; 48(Esp2):92-98.

12. WRIGHT, L. M., LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2008.
13. MAZZA, M. M. P. R. **O cuidado em família sob o olhar do idoso** [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2008.
14. SPORTELO, E. F. **Caracterização das formas de vida e trabalho dos cuidadores familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**. São Paulo, 2001. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.
15. FURHMANN, A. C., BIERHALS, C. C. B. K., SANTOS, N. O., PASKULIN, L. M. G. **Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar**. Rev. Gaúcha Enferm. 2015;36(1):14-20.
16. UESUGUI, H. M., FAGUNDES, D. S., PINHO, D. L. M. **Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores**. Acta Paul Enferm. 2011; 24(5):689-694.
17. GOLDDTEIN, L. L., SOMMERHALDER, C. “Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice”. In: FREITAS et co. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
18. WALSH, F. **Fortalecendo a Resiliência Familiar**. São Paulo: Roca, 2005.
19. FREITAS, A. C. P. **Espiritualidade e sentido da vida na velhice tardia** [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2010.
20. ZENEVICS, L. T., MORIGUCHI, Y., MADUREIRA, V. S. F. **O vivenciar da espiritualidade nas alegrias e tristezas experienciadas no processo de envelhecimento e atitudes tomadas frente a elas**. RBCEH. 2012;9(1):98-108.
21. NORONHA, M. G. R. C., CARDOSO, P. S., MORAES, T. N. P., CENTA, M. L. **Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família?** CienSaude Colet. 2009;14(2): 497-506.
22. CECCONELLO, A. M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco** [tese]. Rio Grande do Sul: Instituto de Psicologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
23. YUNES, M. A. M. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família**. Psicol Estud. 2003; Num.Esp(8):75-84.
24. SILVA, L. C. C., FARIAS, L. M. B., OLIVEIRA, T. S., RABELO, D. F. **Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico**. Revista Kairós Gerontologia. 2012;15(3):119-140.

25. RESENDE, M. C., NERI, A. L. **Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física**. Psicologia em Estudo. 2009;14(4):767-776.
26. SILVA, A. F. **Indicativos de resiliência na trajetória de famílias de crianças com necessidades especiais** [dissertação]. Itajaí: Centro de Ciências da Saúde. Universidade do Vale do Itajaí; 2006.
27. MINAYO, M. S. C. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec, 2004.
28. ANGELO, M., BOUSSO, R. S., ROSSATO, L. M., DAMIÃO, E. B. C., SILVEIRA, A. O., CASTILHO, A. M. C. M., ROCHA, M. C. P. **Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem**. Rev Esc Enfem USP. 2009
29. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – **Subprefeitura Vila Prudente** [Internet]. São Paulo. [atualizado em 2016; citado em 03 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/vilaprudente/noticias/?p=34854>.
30. CONJUNTO HABITACIONAL TEOTÔNIO VILELA – **Sapopemba – São Paulo/SP**. Publicado em 16/03/2014. [citado 2016 jun. 7]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Ulv2Mw9lqPM>.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. [Homepage na Internet]. Brasília [citado 2012 mai. 5]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>.
32. SEGRE, M., FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde**. Rev. Saúde Pública. 1997;31(5):538-42.
33. SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. **Manual de atenção à pessoa idosa**. São Paulo. 2015.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília. 2000.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **E-SUS Atenção Básica**. [Homepage da Internet]. Brasília [citado em 2016 abr. 19]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>.
36. COELHO, F. L. G., SAVASSI, L. C. M. **Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização de visitas domiciliares**. Rev. Bras. Med. Fam. e Comunidade. 2004;(2):19-26.

37. BUCKI, S. M. D., NITRINI, R., CARAMELLI, P., BERTOLUCCI, P. H. F., OKAMOTO, I. H. **Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil**. Arq. Neuropsiquiatr. 2003;61(3-B):777-781.
38. ALMEIDA, O. P. **Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil**. Arq. Neuropsiquiatr. 1998;56(3-B):605-612.
39. LOURENÇO, R. A., VERAS, R. P. **Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais**. 2006;40(4):712-719.
40. DUARTE, Y. A. O., ANDRADE, C. L., LEBRAO, M. L. **O index de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos**. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):317-325.
41. EID, N. T., KAIRALLA, M. C., CAMPORA, F. **Avaliação do grau de dependência para atividades básicas de vida diária de idosos**. Rev. Bras. Clin. Med. 2012;10(1):19-23.
42. FERRARI, J. F., DALACORTE, R. R. **Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados**. Scientia Medica. 2007;17(1):3-8.
43. PARADELA, E. M. P., LOURENÇO, R. A., VERAS, R. P. **Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral**. Rev. Saúde Pública. 2005;39(6):918-923.
44. OLIVEIRA, D. A. A. P., GOMES, L., OLIVEIRA, R. F. **Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência**. Rev. Saúde Pública. 2006;40(6):734-736.
45. SOUZA, F. N., COSTA, A. P., MOREIRA, A. **Questionamento no Processo de Análise de Dados Qualitativos com apoio do software WebQDA**. EDUSER: revista de educação; 2011. 3(1): 19-30.
46. SOUZA, F. N., COSTA, A. P., MOREIRA, A. **Análise de Dados Qualitativos Suportada pelo Software WebQDA**. Atas da VII Conferência Internacional de TIC na Educação: Perspetivas de Inovação. 2011:49-56. (ISBN: 978-972-98456-9-7).
47. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
48. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio**. [Homepage da Internet]. Brasília [citado em 2016 mai. 24]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>.

49. CAMARGOS, M. C. S., RODRIGUES, R. N., MACHADO, C. J. **Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros**. Cien. e Saúde Coletiva. 2009;14(5):1903-1909.
50. SÃO PAULO (CIDADE). Prefeitura do Município de São Paulo. **Mapa da vulnerabilidade social- setores censitários de São Paulo, 2004**. [Homepage da Internet]. São Paulo [citado em 2016 mai. 21]. Disponível em: http://www9.prefeitura.sp.gov.br/sempla/mm/mapas/indice5_1.pdf.
51. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
52. BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
53. BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília, 2005. OPAS/OMS.
54. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **HIPERDIA**. [Homepage da Internet]. Brasília [citado em 2016 mai. 26]. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>.
55. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**.
56. SALGADO, C. D. S. **Mulher idosa: a feminização da velhice**. Estud. Interdiscil. Envelhec. 2002;4:7-19.
57. CHAPMAN, K. R., BING-CANAR, H., ALOSCO, M. L., STEINBERG, E. G., MARTIN, B., CHAISSON, C., KOWALL, N., TRIPODIS, Y., STERN, R. A. **Mini Mental State Examination and Logical Memory scores for entry into Alzheimer's disease trials**. Alzheimer's Research & Therapy. 2016; 8(9):11p. DOI: 10.1186/s13195-016-0176-z.
58. BORGES, D. T., DALMOLIN, B. M. **Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS**. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2012; 7(23):75-82.
59. CARREIRA, L., BOTELHO, M. R., MATOS, P. C. B., TORRES, M. M., SALCI, M. A. **Prevalência de depressão em idosos institucionalizados**. Rev. Enferm. UERJ. 2011; 19(2):268-273.
60. SILVA, C. A. M., ORELLANA, P. A. R., NASSR, G. N. M. **Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar**. Fisioter. Pesq. 2015;22(1):76-83.

61. MARTIN, A. S., DISTELBERG, B., PALMER, B. W. **Jeste DV. Development of a new multidimensional individual and interpersonal resilience measure for older adults.** Aging and Mental Health. 2014. DOI: 10.1080/13607863.2014.909383.
62. AMADOR, D. D., MARQUES, F. R. B., DUARTE, A. M., BALBINO, F. S., BALIEIRO, M. M. F. G., MANDETTA, M. A. **Uso da narrativa como estratégia de sensibilização para o modelo de cuidado centrado na família.** Rev. Gaucha Enferm. 2015;36(1):98-103.
63. MELO, A. N., LIMA, A. A. B. **Concessão de crédito consignado aos aposentados do regime geral de previdência social: análise da repercussão econômica.** Arquivo Jurídico. 2015;2(2):103-115.
64. SOUZA, W. S., SIQUEIRA, M. M. M., MARTINS, M. C. F. **Análise da interdependência do capital psicológico, percepções de suporte e bem-estar no trabalho.** 2015;17(2):151-184.
65. ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo.** Artmed, 2000.
66. LIMA, P. M. R., COELHO, V. L. D. **A arte de envelhecer: um estudo exploratório sobre a história de vida e envelhecimento.** Psicologia Ciência e Profissão. 2011; 31(1):4-19.
67. FILHA, M. O. F., SÁ, A. N. P., ROCHA, I. A., SILVA, V. C. L., SOUTO, C. M. R. M., DIAS, M. D. **Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária.** Rev. Rene. 2012;13(1):26-35.
68. MINAYO, M. C. S., MULLER, N. P. (Org.). **Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar.** Brasília. 2014. 90p
69. SILVA, R. M., OLIVEIRA, D. W. D., BISCARO, P. C. B., ORTI, N. P., SÁ-PINTO, A. C., RAMOS-JORGE, M. L. **Inquérito epidemiológico em população idosa (parte II): saúde bucal, ansiedade, depressão, estresse e uso de medicamentos.** Sci Med. 2016;26(1):ID21980.
70. ESPERANDIO, M. R. G., LADD, K. L. **Oração e saúde: questões para a Teologia e para a Psicologia da Religião.** Horizonte. 2013;11(30):627-656.
71. HANFSTINGL, B. **Ego and spiritual transcendence: relevance to psychological resilience and the role of age. Evidence-base complementary and alternative medicine.** 2013.
72. MANNING, L. K. **Enduring as lived experience: exploring the essence of spiritual resilience for women in late life.** J Relig Health. 2014; 53(2):352-362.

73. MARQUES, A. **Educação, espiritualidade e envelhecimento: introdução a gerontagogia holonômica**. Koan: Revista de Educação e Complexidade. 2014;2:84-95.
74. PANZINI, R. G., ROCHA, N. S., BANDEIRA, D. R., FLECK, M. P. A. **Qualidade de vida e espiritualidade**. Rev. Psiqu. Clin. 2007;34(1):105-155.
75. NERI, A. L. "Saúde e envelhecimento: prevenção e promoção: as necessidades afetivas dos idosos". In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009: 103-110.
76. CARVALHO, F. T., MORAIS, N. A., KOLLER, S. H., PICCININI, C. A. **Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS**. Cad. Saúde Pública. 2007; 29(9): 2023-2033.
77. TARANU, O. **Estudo da relação entre resiliência e espiritualidade numa amostra portuguesa** [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa; 2011.
78. SOUZA, R. F. **Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem**. Rev. Bras. Enferm. 2007;60(3):263-267.
79. RODRIGUES, L. S., SOARES, G. A. **Velho, idoso e Terceira idade na sociedade contemporânea**. Revista agora, Vitória. 2006;4:1-29.
80. DUEÑAS, E., MARTÍNES, M. A., MORALES, B., MUÑOZ, C., VIÁFARA, A. S., HERRERA, J. A. **Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales**. Colombia Médica. 2006;37(sup1):31-38.
81. MORETTI, A. C., ALMEIDA, V., WESTPHAL, M. F., BÓGUS, C. M. **Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde**. Saude Soc. 2009; 18(2):346-354.
82. JACOB-FILHO, W. **Atividade física e envelhecimento saudável**. Rev. Bras. Educ. Fis. Esp. 2006; 20(sup5):73-77.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Modelo Calgary de Avaliação de Famílias

Genograma:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

Idade:

Sexo:

Nº de moradores da casa:

Condição de moradia:

Fonte de renda:

Renda mensal:

Serviço de saúde mais utilizado:

Doenças prévias:

Questões norteadoras

Para o Idoso:

- O que mudou em sua vida com o envelhecimento?
- O que atrapalha?
- O que ajuda?
- Quem ajuda?
- O que dá sentido à sua vida?

Para o familiar:

- O que mudou em sua vida com o envelhecimento do seu familiar?
- O que atrapalha?
- O que ajuda?
- Quem ajuda?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **“Equilíbrio e movimento: família, resiliência e espiritualidade no envelhecimento”**, de responsabilidade da pesquisadora Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha, sendo orientada pela Profa. Dra. Suely Itsuko Ciosak, da Escola de Enfermagem da USP.

Este estudo realizado com idosos e seus familiares, atendidos na UBS Teotônio Vilela, tem como objetivo de compreender as relações familiares do idoso e como as famílias lidam com eventuais dificuldades decorrentes do envelhecimento. Este projeto apresenta pequena possibilidade de riscos ou prejuízos à sua saúde, havendo qualquer desconforto na participação serão dados os devidos encaminhamentos para a Equipe de Saúde da Família. Lembramos que sua participação é voluntária e a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá deixar de participar desta pesquisa. A sua recusa não irá afetar o seu tratamento na Unidade.

Será solicitado que o(a) Senhor(a) responda a algumas questões. Após este preenchimento, a pesquisadora fará uma breve entrevista que será gravada. As gravações serão transcritas e posteriormente descartadas. Todas as informações obtidas neste estudo, serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em publicações científicas .

Se você tiver alguma dúvida ou denúncia ética sobre esta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP, telefone (11)3061-7548, e-mail: edipesq@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, telefone (11)33972464, e-mail: smscep@gmail.com. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha, telefone (11) 982421840, e-mail: acalrocha@gmail.com.

Este documento possui 2 (duas) vias, uma delas ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a pesquisadora, de acordo com a Resolução 466/2012.

Eu, _____, declaro ter sido informado e aceito participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 1 – FICHA A (FRENTE)

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				UF <input type="text"/>	
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA							
ENDEREÇO			NÚMERO <input type="text"/>		BAIRRO		CEP <input type="text"/>
MUNICÍPIO <input type="text"/>	SEGMENTO <input type="text"/>	ÁREA <input type="text"/>	MICROÁREA <input type="text"/>	FAMÍLIA <input type="text"/>	DATA <input type="text"/>		

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
NOME							

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUENTE A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
NOME							

ANEXO 2 – FICHA A (VERSO)

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO	
TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede geral	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES	
Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde
Nome do Plano de Saúde	
EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	
PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar	

ANEXO 3 – ESCALA DE RISCO FAMILIAR

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência Mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação Morador/Cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

ANEXO 4 – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL – “MINI-MENTAL”

1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
1. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça a pessoa idosa para repetir as palavras depois de dizê-las repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições).	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr.(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Solete a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Peque o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça a pessoa idosa para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça a pessoa idosa para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

ANEXO 5 – ÍNDEX DE KATZ

Independente significa sem supervisão, orientação ou ajuda de uma outra pessoa, com as exceções indicadas abaixo. Baseia-se no estado atual e não na capacidade de realizá-las.

A.	Independente em todas as funções
B.	Independente em todas as funções, exceto em uma delas.
C.	Independente em todas as funções, exceto na higiene e em mais outra.
D.	Independente em todas as funções, exceto na higiene, no vestuário e em mais outra.
E.	Independente em todas as funções, exceto na higiene, no vestuário, no uso do vaso sanitário e em mais outra.
F.	Independente em todas as funções, exceto na higiene, no vestuário, no uso do vaso sanitário, na mobilização e em mais outra.
G.	Dependente nas seis funções.
OUTRAS.	Dependente em pelo menos, duas funções, mas não classificável como C, D, E ou F .

HIGIENE

- ☐ Não recebe ajuda
- ☐ Recebe ajuda na lavagem de apenas parte do corpo (ex.dorso ou pernas).
- ☐ Recebe ajuda na lavagem de mais de uma parte do corpo, ou ajuda para entrar ou sair do banheiro.

VESTUÁRIO

- ☐ Pega a roupa e veste-se completamente sem ajuda
- ☐ Sem ajuda, exceto para amarrar os cordões dos sapatos.
- ☐ Recebe ajuda para pegar a roupa, ou para se vestir, ou permanece parcialmente vestido.

USO DO VASO SANITÁRIO

- ☐ Utiliza o vaso sanitário, limpa-se e veste-se sem ajuda (pode usar bengala, andador ou cadeira de rodas). Pode usar bacia ou urinol durante a noite, despejando-o pela manhã.
- ☐ Recebe ajuda para ir ao banheiro, limpar-se, vestir-se, ou no uso noturno do urinol.
- ☐ Não vai ao vaso sanitário.

MOBILIZAÇÃO

- ☐ Entra e sai da cama. Senta-se e levanta-se sem ajuda (pode usar bengala ou andador).
- ☐ Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda.
- ☐ Não levanta da cama.

CONTINÊNCIA

- ☐ Controlam completamente ambos os esfíncteres.
- ☐ Incontinência ocasional.
- ☐ Necessita de supervisão. Usa sonda vesical ou é incontinente.

ALIMENTAÇÃO

- ☐ Sem ajuda
- ☐ Ajuda apenas para cortar a carne ou passar a manteiga no pão
- ☐ Recebe ajuda para se alimentar parcial ou completamente, com sondas ou líquidos endovenosos.

RESULTADO

- ☐ Independente (Independente para 6 atividades)
- ☐ Dependente parcial (Dependente de 1 a 5 atividades)
- ☐ Dependente total (Dependente para as 6 atividades)

Enfermeiro: _____ COREN _____

Assinatura _____ CARIMBO _____

ANEXO 6 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

- 1- Satisfeito(a) com a vida? (não)
2. Interrompeu muitas vezes suas atividades? (sim)
3. Acha sua vida vazia? (sim)
4. Aborrece-se com frequência? (sim)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não)
6. Teme que algo ruim lhe aconteça? (sim)
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? (não)
8. Sente-se desamparado(a) com frequência? (sim)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim)
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? (sim)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? (não)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não)
14. Acha que sua situação tem solução? (não)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim)

Quando a resposta:

for diferente do exemplo entre parênteses = 0

for igual ao exemplo entre parênteses = 1

Total > 5 = SUSPEIÇÃO DE DEPRESSÃO

ANEXO 7 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EQUILÍBRIO E MOVIMENTO NO ENVELHECIMENTO: FAMÍLIA, RESILIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE

Pesquisador: Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40025014.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.075.022

Data da Relatoria: 09/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se emenda para inclusão de instituição coparticipante.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as relações familiares do idoso e como as famílias vivenciam e reagem às dificuldades decorrentes do envelhecimento.

- Compreender a resiliência familiar e a espiritualidade na reorganização da família e nas relações familiares;
- Conhecer a condição socioeconômica do idoso e sua família;
- Conhecer a composição das famílias e as relações do idoso;
- Identificar fontes de apoio utilizadas pela família;
- Identificar estratégias de enfrentamento utilizadas pela família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador descreve os riscos e benefícios na pesquisa.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.075.022

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa previamente aprovada por este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 22 de Maio de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO 8 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EQUILÍBRIO E MOVIMENTO NO ENVELHECIMENTO: FAMÍLIA, RESILIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE

Pesquisador: Ana Carolina Albiero Leandro da Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40025014.0.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.089.019

Data da Relatoria: 11/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo descritivo, realizado sob os pressupostos da pesquisa qualitativa.

A população do estudo será composta pelos idosos e seus familiares atendidos por uma equipe de saúde da família do município de São Paulo.

Os critérios de inclusão para os idosos participantes serão: possuir alguma condição de saúde, crônica ou aguda, que resulte em prejuízo da independência e autonomia, possuir mais de 60 anos, estar apto a comunicar-se e estar de acordo a participar da pesquisa; independente do sexo e condição de saúde. Os familiares deverão pertencer a famílias com pelo menos um membro participante da pesquisa, possuir mais de 18 anos, estar apto a comunicar-se verbalmente e estar de acordo com a participação na pesquisa.

Os idosos e seus familiares serão selecionados aleatoriamente. A amostra será definida pelo critério de saturação.

Pretende-se realizar a coleta através de entrevistas utilizando-se de um questionário com questões semi-estruturadas para coleta de dados socioeconômicos e aplicação de um questionário orientado pelo Modelo Calgary de Avaliação da Família. Os dados relevantes sobre a composição familiar serão descritos em genogramas e ecomapas. As entrevistas serão transcritas e os discursos serão submetidos à leitura exaustiva, posteriormente serão analisados de acordo com a

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.089.019

técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender as relações familiares do idoso e como as famílias vivenciam e reagem às dificuldades decorrentes do envelhecimento.

Objetivo Secundário:

Compreender a resiliência familiar e a espiritualidade na reorganização da família e nas relações familiares; conhecer a condição socioeconômica do idoso e sua família; conhecer a composição das famílias e as relações do idoso; identificar fontes de apoio utilizadas pela família; identificar estratégias de enfrentamento utilizadas pela família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Vale ressaltar o risco de desconforto na participação.

Benefícios: Os benefícios serão a maior compreensão da dinâmica familiar e do envelhecimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia descrita é adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, foi apresentada autorização para realização da pesquisa.

TCLE, Cronograma, Orçamento, fonte financiadora estão adequadas, os custos estarão a cargo do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.089.019

autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 01 de Junho de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com