

FAMÍLIA E REDES SOCIAIS DE APOIO PARA O ATENDIMENTO DAS DEMANDAS DE SAÚDE DO IDOSO^a

Family and social networks of support for meeting the demands of health of the elderly

Familia y redes sociales de apoyo para el atendimento de las demandas de salud del anciano.

Fernanda Rochelly do Nascimento Mota¹

Edmara Teixeira Oliveira²

Marília Braga Marques³

Maria Eliana Peixoto Bessa⁴

Bruna Michelle Belém Leite⁵

Maria Josefina da Silva⁶

RESUMO

A proposta foi avaliar as redes sociais de apoio das famílias com idosos segundo o modelo Calgary de avaliação de família (MCAF). Estudo quantitativo do tipo transversal de caráter exploratório e descritivo, desenvolvido juntos às famílias com idosos residentes em bairros periféricos de Fortaleza-CE, de novembro/2008 a janeiro/2009. Dados obtidos de 218 famílias através de entrevista em domicílio ao responsável pelos cuidados da família. Nas redes sociais de apoio, a atuação do enfermeiro foi bastante expressiva (32,1%); em situação de doença, a demanda de apoio de outros foi de 68,3% e a da família em apoio a outros foi de 76,6%. Quanto à ajuda financeira, percebe-se que 58,7% afirmam fazê-la; no entanto, apenas 36,2% pedem esse tipo de ajuda. A estrutura de família com idosos merece atenção na busca por conhecimentos científicos diante do holismo para subsidiar a prática profissional do enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermagem. Família. Idoso.

Abstract

The proposal was to evaluate the social support networks of families with elderly using the Calgary Family Assessment Model. Quantitative cross-sectional study with exploratory and descriptive character, carried out among families with elderly living in the outskirts of Fortaleza, from November/2008 to January/2009. Data obtained from 218 families by interviewing the one responsible for the care of the family in their own home. Concerning the social networks of support, nursing was considered very significant (32.1%). In disease situation, the demand of support from others was 68.3% and the one in which the family most supports others was 76.6%. As for financial aid, 58.7% report doing it; however, only 36.2% ask for such help. The structure of families with elderly deserves attention in the search for scientific knowledge in the face of the holism to support the professional practice of the nurse.

Key words: Nursing. Family. Elderly

Resumen

La propuesta fue evaluar las redes sociales de apoyo de las familias con ancianos, según el modelo de Calgary de evaluación familiar (MCAF). Estudio cuantitativo de corte transversal, exploratorio y descriptivo, desarrollado en conjunto con las familias de los ancianos residentes en la periferia de Fortaleza-CE, Brasil, de noviembre/2008 a enero/2009. Los datos obtenidos de 218 familias a través de entrevistas en casa al responsable por los cuidados de la familia. En las redes sociales de apoyo el papel del enfermero fue muy significativo (32,1%), en situación de enfermedad, la demanda de apoyo de otras personas fue de 68,3% y la que la familia más apoya a los otros fue de 76,6%. En cuanto a la ayuda financiera, se percibe que 58,7% afirman realizar, sin embargo, sólo 36,2% piden este tipo de ayuda. La estructura de familia con ancianos merece atención en la búsqueda por conocimientos científicos delante del holismo para apoyar la práctica profesional del enfermero.

Palabras claves: Enfermería. Familia. Anciano

¹Acadêmica de Enfermagem do 9º semestre da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: rochellymotta@yahoo.com.br,²Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre. Bolsista PIBIC/CNPq. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: mara_ed_oliveira1@yahoo.com.br,³Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Helvécio Nunes de Barros. Picos-PI. Brasil. Email: mariliabm1@yahoo.com.br,⁴Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Mestre em Enfermagem. Bolsista CAPES/PROPAG. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: elianapbessa@gmail.com,⁵ Enfermeira da Medicina Preventiva da UNIMED. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Mestre em Enfermagem. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: brunaufc@hotmail.com,⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE. Brasil. Email:mjosefina@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro ocorre a passos largos. As modificações decorrentes deste fenômeno são multidimensionais e incluem seguridade social, composição da força de trabalho, previdência social e política de aposentadoria, bem como a estruturação dos serviços de saúde e de redes sociais de apoio para o idoso e sua família.¹ Segundo o Estatuto do Idoso, idoso é a pessoa com 60 ou mais anos.²

Por rede social de apoio entende-se o conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber. Possui estrutura e funções diversificadas, de acordo com as necessidades de cada faixa etária³ (Neri, 2001).

Família é um termo polissêmico. São tantos os arranjos familiares atuais que quase impossibilitam uma definição mais precisa. Entendemos família como “um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária. Caracteriza-se pelo compromisso e tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos”.^(4:6)

Outro acontecimento ocorrido na população brasileira com o transcorrer dos anos diz respeito à instituição família, que vem sofrendo modificações na sua estrutura e organização. Tais transformações ocorreram devido à inserção da mulher no mercado de trabalho, à redução progressiva das taxas de fecundidade, ao controle das taxas de natalidade e às mudanças nos âmbitos social, cultural, econômico e político.

As mudanças na estrutura familiar trazem consequências no cuidado do idoso, já que a família é colocada, neste cenário, como a responsável pelo atendimento das demandas sociais e de saúde do idoso.²

A enfermagem assume lugar de destaque, já que possui um papel primordial no cuidado gerontológico, seja no cuidado direto ao idoso ou na capacitação do cuidador familiar, sendo, portanto, um apoio à família no cuidado com o idoso.⁵

A complexificação do cuidado ao idoso, a redução numérica dos componentes da família e as alterações na cultura familiar e social são desfavoráveis ao idoso, requerendo ampliar o espectro de apoio a este. Assim, volta-se para a rede social de apoio. Conhecê-la é um requisito para propiciar o atendimento adequado às necessidades do indivíduo idoso.

Deste modo, questiona-se: qual a relação das famílias dos idosos com as redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de cuidados a eles?

O Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF)⁶ permite a avaliação das famílias nas seguintes categorias: estrutura, desenvolvimento e funcionalidade, permitindo ao enfermeiro um maior conhecimento das famílias que estão sob os seus cuidados. No âmbito dos sistemas mais amplos, observa-se com quem família interage.⁷

Este artigo é parte integrante da pesquisa “A família com idosos: avaliação da estrutura, funcionalidade e

desenvolvimento para atendimento das demandas do idoso” e tem por objetivo avaliar a estrutura familiar interna e externa e os sistemas mais amplos das famílias com idosos segundo o MCAF.⁶

Este estudo visa oferecer subsídios à prática profissional de enfermagem quanto ao atendimento das demandas sociais e de saúde do idoso, bem como de sua família, por meio do conhecimento da estrutura de famílias com idosos, incluindo redes sociais e institucionais de apoio.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal de caráter exploratório e descritivo, desenvolvido junto aos idosos e suas famílias residentes em bairros periféricos da cidade de Fortaleza – Ceará.

O município de Fortaleza está subdividido administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER) responsáveis pela execução dos serviços de saúde, educação, infraestrutura, habitacionais, dentre outros. A pesquisa foi realizada nas áreas das Secretarias Regionais – SER - I; III e V do município de Fortaleza por serem locais de prática do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. O período da coleta de dados foi de novembro de 2008 a janeiro de 2009.

A SER I localiza-se na região noroeste da cidade e caracteriza-se por ser uma área homogênea quanto às condições socio-sanitárias. A SER III localiza-se no lado oeste da cidade e se caracteriza por diferenças significativas nas condições socioeconômicas da população, com bairros notadamente formados por população de baixa renda e outros com moradores de classe média. A SER V localiza-se na região sudoeste da cidade e é formada por uma população cujo perfil sócio sanitário e econômico é homogêneo.

A população de idosos residente na cidade de Fortaleza é de 174.572. (IBGE, 2004), e são distribuídos da seguinte forma: 30656 na SER I, 27.085 na SER III e 22.616 na SER V.

Para determinação da amostra utilizaram-se os seguintes elementos: tamanho da amostra de idosos de Fortaleza (população residente), variação igual a 0,25; erro de estimativa em valor absoluto de 200 e intervalo de confiança de 95% equivalente ao valor de $z = 1,96$. O tamanho da amostra para Fortaleza foi de 780 idosos.

A seleção da amostra por bairro utilizou o tamanho da amostra de bairros de Fortaleza igual a 114 bairros, variância a partir da média da população por bairros, erro de estimativa em valor relativo de 3,5% e intervalo de confiança de 95% equivalente ao valor de $z = 1,96$, com um total de 62 bairros sendo 7 da SER I; 8 da SER III e 8 da SER V. Destes, foram selecionados aleatoriamente 3 da SER I, cuja amostra foi de 56 idosos; 3 da SER III com amostra de 45 idosos e 4 da SER V com uma amostra de 117 idosos. O total da amostra foi de 218 famílias com idosos, correspondendo ao número de

entrevistados. Os sujeitos da pesquisa foram as pessoas que exercem o cuidados necessários para a cotidiano da família, o que denominamos gerentes de saúde da família, entrevistados sem a presença do idoso residente.

Os critérios de inclusão para compor a amostra foram: famílias com idosos, residir nos bairros da coleta de dados e aceitar participar da pesquisa.

A coleta de dados deu-se por bairros selecionados, sendo selecionadas as famílias com idosos localizadas mais próximo das unidades de saúde até completarem o número previsto. Assim assegurou-se relativa segurança para os entrevistadores, uma vez que muitas das áreas visitadas eram de alto risco social.

Foi aplicado um instrumento que continha questões objetivas acerca da estrutura, função e desenvolvimento da família, elaborado a partir do MCAF.⁶ Este foi complementado com o registro de campo de forma a contribuir com informações adicionais para a análise dos dados.

Os dados foram coletados pelos bolsistas de iniciação científica e voluntários do “Projeto Ações Integradas em Saúde do Idoso”, vinculado ao Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas de Saúde, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e com recursos do Programa de Reorientação da formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE do Curso de Enfermagem/UFC.

Os dados foram organizados no *software* SPSS versão 18.0, e foram realizados cálculos de estatística descritiva: frequência e cruzamento de variáveis, em seguida analisados com base na literatura existente acerca das temáticas: família, idosos, estrutura familiar, demandas de idosos, serviços de saúde, entre outras.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará conforme recomendação da Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério de Saúde cujo protocolo de aprovação foi o de número 113/08. Todos os participantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Objetivando contextualizar as famílias do estudo, expomos a seguir o perfil sociodemográfico, mesmo que de forma sintética. Assim se configurou o perfil das famílias com idoso.

O total de membros que compunham as 218 famílias pesquisadas era de 992 pessoas, dentre as quais 563 (56,8%) eram do sexo feminino e 429 (43,2%) eram do sexo masculino.

Os familiares eram de faixas etárias diversificadas, predominando a faixa etária de adultos (20-59 anos) com 46,4% do total. Dentro da faixa etária idosa (317 pessoas), 44,8% tinham idade entre 60 e 69 anos; 31,9%, entre 70 e 79 anos; e 23,3%, 80 anos ou mais. Entre os acima de 80 anos, 69,8% eram do sexo feminino.

Com relação ao estado civil, 32% eram casados; 6,1%, separados/divorciados; 50,1%, solteiros; destes, 45,3% tinham idade inferior a 20 anos, 17,2% entre 21 e 39 anos; 8,4% entre 40 e 59 anos. Vinte e nove por cento dos idosos estavam nesta categoria. Onze por cento eram viúvos e acima de 60 anos, e apenas 12,9% dos que se enquadraram nesta categoria eram homens.

Quanto à escolaridade dos membros da família, encontramos que: 18,1% eram analfabetos ou sabiam assinar o nome; 44,9% cursaram o ensino fundamental; 27,5%, o ensino médio e apenas 5,9%, o ensino superior.

Com relação ao grau de parentesco com o idoso: 10% eram cônjuges; 32,2%, filhos; 23,1%, netos; 8,4%, pais.

Quanto à ocupação, observa-se que 42,5% não trabalhavam; 24,4% tinham um emprego formal e 24,5% eram aposentados. Com relação à renda familiar: 42,7% não possuíam renda; 36,5% possuíam renda de até um salário mínimo; 14,3% renda de um a dois salários mínimos.

Em relação ao número de membros, observou-se que 57,9% eram de famílias constituídas por até 5 membros. Destaca-se o fato de que, do total de 218 famílias da amostra estudada, teve-se o número total de 317 idosos, indicando que muitas famílias tinham entre seus membros mais de uma pessoa idosa.

Estrutura externa das famílias

Avaliou-se aqui a rede de relacionamentos que a família tem e que pode ser compreendida como a rede de apoio familiar e sistemas mais amplos.

Quando a família precisa de ajuda em suas necessidades, obteve-se que em 50% há atendimento por parte dos filhos, estes também considerados os membros não residentes mais próximos. Cabe observar que o filho é o primeiro citado em todas as faixas de renda familiar. A segunda maior participação foi a dos parentes (17,4%). Treze por cento das famílias referiram não ter nenhuma ajuda externa. Quando observamos a relação entre ajuda para as necessidades da família e renda, as faixas de até dois salários foram as que tiveram maiores demandas (78,0%).

Quanto aos tipos de ajuda de que as famílias necessitam, verificou-se que 68,3% das famílias referiram pedir ajuda em caso de doença; 52,8% para a prestação de algum tipo de cuidado; 37,6% das famílias pedem ajuda para afazeres domésticos; e 36,2% pedem ajuda financeira. Há correlação significativa entre renda e necessidade de ajuda em todas as modalidades.

Na reciprocidade da rede de solidariedade na qual as famílias estavam inseridas, estas relataram que os tipos de ajuda prestavam a outras pessoas, externas ao ambiente familiar: 76,6% das famílias referiram casos de doença; 67,9% ajudavam outras pessoas para prestar cuidado; 38,5% ajudavam em afazeres domésticos; e 58,7% ajudavam financeiramente outras famílias. Neste caso, a correlação não se apresenta significativa em nenhuma das modalidades de ajuda demandadas.

Com relação ao sistema formal ou rede de apoio institucional da família quanto aos serviços de saúde, avaliou-se quais profissionais se relacionam com a família e quais as demandas da família para os serviços de saúde.

Verificou-se que 71,1% das famílias tinham envolvimento com o agente de saúde; em 32,1% das famílias foi citado o enfermeiro como envolvido de alguma forma; 45% referiram algum envolvimento com o médico; 23,4% tinham envolvimento com o auxiliar de enfermagem. Apenas 5,5% das famílias afirmaram não haver nenhum profissional de saúde envolvido. Ao se estabelecer a correlação com a variável renda, somente o envolvimento do enfermeiro e do médico com a família foram significantes.

Ainda em relação à rede institucional de apoio familiar, analisaram-se os tipos de ajuda que a família recebe dos serviços de saúde. Verificou-se que 67% demandam ajuda para marcação de consulta; 56,4% realizam consulta agendada; 41,7% têm facilitação para encaminhamentos e 62,4%, para receber medicamentos, todas estas ligadas ao trabalho do agente de saúde. Trinta por cento recebem cuidados no domicílio e 55% recebem orientações, ambos com a participação do enfermeiro e médico. Cinco por cento das famílias afirmam não fazer uso de nenhum serviço de saúde.

DISCUSSÃO

Estrutura interna: o perfil das famílias com idosos

Quando se observa a estrutura das famílias entrevistadas, tem-se que o número de membros que compõem as 218 famílias entrevistadas é de 992 pessoas, com a média de residentes de 4,5 pessoas por família, o que, na perspectiva do cuidado ao idoso, lhe é desfavorável se se levar em conta a disponibilidade para o cuidado.

Em relação à faixa etária, a maioria dos membros componentes das famílias da amostra encontra-se em idade adulta (46,4%). Desta forma, supõe-se a presença dos filhos no convívio familiar com os pais idosos. Tal evento, de filhos adultos, provavelmente com seus próprios filhos, corresidindo com os pais idosos, deve-se ao retorno daqueles pelo desemprego ou mudanças destes para a casa dos filhos, por fatores como solidão, insegurança social, dependência ou para prestar ajuda no cuidado com a terceira geração. A presença de crianças e adolescentes (21,3%) estabelece importante relação intergeracional: a de avós e netos em convivência direta no mesmo espaço familiar. Estes são arranjos que, se de um lado pode deixar à margem as demandas dos idosos pela premência de outras mais urgentes, por outro lado confere a sensação de proteção e cuidado. Estes motivos levaram os idosos a procurarem uma ILPI, conforme estudo realizado em Fortaleza.⁸

Relações intergeracionais são caracterizadas pela desigualdade de *status* das pessoas que intervêm, devido aos seus diferentes papéis sociais.⁹ De acordo com alguns relatos

das pessoas entrevistadas nas famílias, os avós muitas vezes assumiam a responsabilidade de cuidar dos netos para que os pais destes pudessem trabalhar. Além disso, a convivência entre idosos e netos em idade infantil costuma ser harmônica. Aqueles demonstram grande flexibilidade e permissividade em relação às ações dos netos. Isso talvez se deva ao fato de que, na sociedade contemporânea, o papel dos avós não é bem determinado.¹⁰

Um aspecto que merece ser destacado é como se dá, na perspectiva da equidade intergeracional, esta convivência, isto é, como a família regula os direitos e responsabilidades de cada geração de modo a não haver consumo dos recursos e oportunidades que cabem a outras gerações contemporâneas e futuras.¹¹

Dentro da faixa etária idosa, destacamos os de idade igual ou superior a 80 anos (23,3%). Esse dado é relevante, pois apesar de o idoso que está nessa faixa etária não ter, necessariamente, alguma dependência, sabe-se que estes possuem o maior risco de apresentar fragilidades que podem levar à diminuição da qualidade de vida.¹²

Destaca-se a necessidade de formação profissional nas diversas áreas do conhecimento científico que forneçam subsídios para atender eficazmente às necessidades específicas dessa população, bem como qualificar o cuidador familiar no cuidado ao idoso.

Dados da pesquisa revelam que a grande maioria de parentes que moram com os idosos são filhos (32,3%). O convívio dos idosos com filhos ou parentes tem sido destacado como uma situação saudável e positiva para o seu bem-estar. No Brasil, 45% dos idosos viviam com seus filhos na condição de chefe do domicílio, já na região Nordeste este número sobe para 50%.¹³

Na população do estudo o principal motivo do retorno à casa dos pais foi a instabilidade econômica, muitas vezes advinda do desemprego. Os filhos viram-se obrigados a recorrer aos pais, que, já idosos, acolhem novamente os filhos em suas casas. Também nas classes sociais mais baixas, o benefício garantido pela constituição federal de 1988 ao idoso - LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social (Lei 8742 de 1993) - provocou um retorno à casa dos pais e o uso destes recursos em prol de outras demandas que não a do beneficiário direto.

A contribuição de cada membro da família no orçamento é de suma importância para a sua própria reprodução e nível de bem-estar. Os idosos colaboram em 63% dos domicílios na região Nordeste, representando mais da metade do total da renda domiciliar, sendo esta o maior responsável pelo orçamento monetário familiar.¹³

No que tange à variável escolaridade, há grande número de pessoas analfabetas ou que sabem assinar o nome. Dentre estas, 75,5% têm idade igual ou superior a 60 anos. Tal fato deve-se principalmente às dificuldades no acesso a escolas em décadas passadas e a pouca valorização

da educação formal. O menino aprendia a roçar e a menina a cuidar da casa para quando casar.¹⁴

Observa-se que, quanto à variável renda familiar, 42,7% das famílias declararam não ter renda, 36,5% têm renda de até um salário mínimo e apenas 2,2% possuem renda de mais de quatro salários mínimos. Corroborando as estimativas nacionais que relata o idoso assumir o papel de chefe da família e a renda familiar era de apenas um salário mínimo, oriundo geralmente do benefício da LOAS.¹³

Estrutura externa das famílias e as redes sociais de apoio

Em relação à caracterização da estrutura externa das famílias da amostra, ou seja, família extensa e sistemas mais amplos, buscou-se avaliar a rede de apoio familiar quanto aos membros mais próximos da família, quem mais ajuda em caso de necessidade, tipos de ajuda de que a família necessita, tipos de ajuda que a família presta a outros (a família como rede de apoio), e, em relação ao sistema formal ou rede de apoio institucional da família quanto aos serviços de saúde, avaliou-se quais profissionais têm envolvimento com a família e quais as demandas da família para os serviços de saúde.

A rede de apoio mostra-se nas suas relações e interações inseridas no sistema social complexo, e as relações de cuidado se fazem presentes nesta rede de apoio às pessoas idosas e suas famílias.¹⁵ Sua análise deve centrar-se nos aspectos de qualidade das relações estabelecidas na rede e, na capacidade dessas relações (o ser-estar junto), desempenhar importantes funções no sentido de prevenir ou resolver problemas na vida cotidiana.¹

A estrutura externa da família participa em maior grau nas situações de doença, o que requer maior apoio por parte desta, possivelmente por ser encarada como uma situação que foge ao controle familiar, e, portanto, requer mobilização de pessoas externas para sua resolução.

Verificamos que a grande maioria (50%) são os filhos ou membros mais próximos da família, ou seja, aqueles que mantêm maior contato com os demais membros, ajudando sempre que necessário, embora não residindo no mesmo domicílio. Esta relação de ajuda mútua, sem espera de retribuição monetária ou outro parâmetro de medição abstrata de valor é o que se denomina reciprocidade social.¹¹ Esta funciona "(...) por três ações, momentos e regras distintas: dom-aceitação-devolução".^{11:229} Isso é o que os pais esperam dos filhos. Isso é o que os filhos se sentem na obrigação de fazer.

Analisando as famílias entrevistadas quanto à sua disponibilidade como rede de apoio, isto é, ao tipo de ajuda fornecida por elas mesmas, destacamos que a situação de doença, além de ser a que mais demanda apoio de outros para a família (68,3%), é também a situação em que a família mais apoia a outros (76,6%). Quanto à ajuda financeira, percebe-se que 58,7% das famílias afirmam prestar esse tipo de ajuda; no entanto, apenas 36,2% delas pedem esse tipo de ajuda.

A rede institucional de apoio — os serviços de saúde — foi analisada para conhecer quais profissionais de saúde tinham algum envolvimento com as famílias. Embora todas as famílias visitadas fossem da área coberta pela Estratégia de Saúde da Família, apenas 71,1% referiram ser acompanhadas por agentes de saúde, mesmo que na ocasião de algumas visitas as entrevistadas foram acompanhadas pelos próprios agentes devido ao grande risco social, as famílias fizeram esta avaliação. Cabe destacar os tipos de ajuda demandadas ao agente de saúde: marcação de consulta, entrega de medicamentos, facilitação para atendimento na unidade e agendamento de visita domiciliar dos profissionais. Por vezes, mesmo que uma pessoa da família possa se deslocar até a unidade, há uma cultura de esperar pelo agente. Por outro lado ele se sente valorizado pelo poder para dar respostas imediatas às demandas das famílias.

Assim, explicita-se a necessidade de uma ressignificação da educação em saúde como ferramenta de trabalho para os profissionais da área e o reforço de sua importância singular na prática cotidiana, com vistas a uma eficaz promoção da saúde da população. Dessa forma, a educação em saúde passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e de aprofundamento nas intervenções na vida cotidiana das famílias e da sociedade.¹⁵

A atuação do profissional enfermeiro é bastante expressiva (32,1%), e se comparada com o envolvimento do profissional médico (45%), pode ser considerada satisfatória, uma vez que a imagem culturalmente construída ao longo dos anos do médico como detentor de alta resolubilidade dos problemas de saúde, provavelmente em decorrência da prescrição medicamentosa, muitas vezes prejudica a percepção do usuário dos serviços de saúde acerca da importância da atuação de outros profissionais da área, aí incluído o de Enfermagem. Estes profissionais atuam mais diretamente nas famílias mais carentes, conforme pudemos observar nas correlações estabelecidas. Dentre as famílias que mantém relacionamento com o enfermeiro, 75,7% encontram-se na faixa de renda de até 1 salário mínimo. O médico é referido por 72,4% das famílias visitadas que estão na mesma condição econômica.

Com relação à participação do profissional no contexto de famílias de baixa renda, estas podem ser favoráveis ao desenvolvimento e à defesa das redes de apoio que contribuam para a promoção da saúde e de outras demandas das famílias.¹⁶ ⁷ Nosso estudo evidencia o envolvimento dos profissionais junto a estas famílias.

CONCLUSÕES

A estrutura interna da família se apresenta diversificada, com vários estágios de desenvolvimento convivendo em um mesmo contexto familiar. Assim, tem-se

crianças e adolescentes convivendo com o idoso, o que compromete as demandas em funções mais emergenciais dos demais grupos.

Os dados sociodemográficos demonstram um conjunto familiar empobrecido com baixa escolaridade e um alto grau de desemprego, o que se pode inferir o comprometimento da renda pessoal do idoso na partilha do atendimento às necessidades familiares. As mulheres são a maioria, inclusive na faixa etária de idoso. A viuvez é predominante neste gênero, diferentemente dos homens idosos, que permanecem casados. Este dado é um dificultador do cuidado à idosa, pois ela passa a depender de filhos e outros parentes para seu cuidado.

No tocante à estrutura externa, sua rede de apoio é prioritariamente composta pelos filhos. Estes dão apoio no cuidado financeiro e em outras demandas.

Quanto aos serviços comunitários, o agente de saúde é quem está mais presente no cotidiano do cuidado à família, mas observa-se um percentual considerável de referência ao enfermeiro e médico da estratégia de saúde da família.

Apesar desta constatação, a rede institucional necessita tornar-se mais sensível em relação à atenção ao idoso. Para isso, é necessário o desenvolvimento de tecnologias de intervenções multiprofissionais para potencializar as forças da família como um todo, incluindo-a como aliada nesse processo.

A avaliação da estrutura de famílias com idosos reveste-se de importância fundamental no atendimento às demandas dessa população em franco processo de crescimento em nosso país. Também possibilita um olhar não só com o viés das questões de saúde, mas sociológicas, políticas e culturais, relevantes para uma intervenção efetiva junto à família com idoso.

REFERÊNCIAS

1. Schuirrmacher F. A revolução dos idosos: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2005.
2. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do idoso. Brasília (DF); 2003.
3. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas (SP): Alínea; 2001, p. 110.
4. Henson SMH. Enfermagem de cuidados de saúde à família: uma introdução. In: Henson SMH. Enfermagem de cuidados de saúde à família teoria, prática e investigação. Lisboa (PT): Lusociencia; 2005. p. 3-37
5. Morais GLA. Competência e habilidade do enfermeiro no cuidado ao cuidador de idosos dependentes. [dissertação]. Fortaleza(CE): Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2006.

6. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo (SP): Roca; 2002.
7. Christoffel MM, Pacheco STA, Reis CSC. Modelo Calgary de avaliação da família de recém-nascidos: estratégia pedagógica para alunos de enfermagem. Esc Anna Nery. 2008; 12(1): 160-65.
8. Bessa MEP, Silva MJ. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. Texto&Contexto Enferm. 2008; 17(2): 258-65.
9. Moragas RM. Gerontologia social envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo (SP): Paulinas; 2007.
10. Lobo C. Parentalidade social, fratrias e relações intergeracionais nas recomposições familiares. Sociologia, Problemas e Práticas 2009; (59): 45-74.
11. Donati P. Família no século XXI: abordagem relacional. São Paulo (SP): Paulinas; 2008.
12. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age Ageing 2006; 35: 526-29.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília (DF); 2008.
14. Silva MJ. Autonomia e saúde mental: o desafio para uma velhice bem sucedida. [tese]. Fortaleza (CE): Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2001.
15. Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV, et al. Educação em saúde: no contexto da promoção humana. Fortaleza (CE): Demócrito Rocha; 2003.
16. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.
17. Bury M. Health and illness. Cambridge (USA): Polity Press; 2005.

NOTA

*Trabalho de iniciação científica do "Projeto Ações integradas em saúde do idoso", vinculado ao Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas de Saúde, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Apoio Financeiro: PIBIC/UFC; PIBIC/FUNCAP e com recursos do Programa de Reorientação da formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE do Curso de Enfermagem/UFC.

Recebido em 05/03/2010
Reapresentado em 13/08/2010
Aprovado em 08/09/2010