

CONVIVÊNCIA FAMILIAR E INDEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA ENTRE IDOSOS DE UM CENTRO DIA

[Family daily routine and independence in daily life activities among elderly people from an elderly center]

[Convivencia familiar e independencia para actividades de la vida diaria entre ancianos de un "centro día"]

Fabiana Magalhães Navarro*, Sônia Silva Marcon**

RESUMO: O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, pois o aumento da expectativa de vida gera também uma maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e desenvolvimento de incapacidades. O objetivo deste estudo foi investigar o grau de independência para atividades de vida diária e a convivência familiar de idosos. Os dados foram coletados junto a idosos frequentadores de um centro dia na cidade de Maringá/PR, por meio de entrevista semi-estruturada e aplicação das escalas de Katz e Lawton. Os resultados revelaram elevados índices de independência para atividades básicas de vida diária e dependência para atividades instrumentais, como realização de tarefas domésticas e lavar roupas. Conclui-se que frequentar um centro dia constitui um recurso importante para o bem estar dos idosos, especialmente em função do estímulo ao desenvolvimento de atividades funcionais, mas parece não haver interação familiar e momentos de convivência no período que permanecem em casa.

PALAVRAS-CHAVE: Atividades de vida diária; Idosos; Família.

ABSTRACT: Getting old is one of the biggest challenges of public health nowadays, because the raise of life expectation is causing a bigger probability in the development of chronic diseases and disability. The goal of this research was to investigate the level of independence in daily life activities and daily family routine among elderly people. The research was carried out among elderly people who take part in a kind of elderly center in Maringá / Paraná State, Brazil, by means of a semi-structured interview as well as application of Katz's and Lawton's scales. The results showed high indices of independence to basic daily activities, and dependence to instrumental activities, such as household tasks or laundry. It was concluded that it is important for the elders' welfare to attend an Elderly Centre, specially when the stimulus to the development of functional activities is concerned, but it seems there is not any familiar interaction or shared family moments during the period that elderly people stay at home.

KEYWORDS: Daily life activities; Elderly people; Family.

RESUMEN: El envejecimiento poblacional es uno de los mayores desafíos de la salud pública contemporánea, pues el aumento de la expectativa de vida produce también una gran probabilidad de ocurrencia de enfermedades crónicas y desarrollo de incapacidades. El objetivo de este estudio fue investigar el grado de independencia para las actividades de la vida diaria y la convivencia familiar de los ancianos. Los datos fueron colectados junto a los ancianos frequentadores de un "centro día" en la ciudad de Maringá/PR, por medio de una entrevista semi-estructurada y aplicación de las escalas de Kartz y Lawton. Los resultados revelan elevados índices de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y dependencia para las actividades instrumentales, como realización de los trabajos domésticos y lavar ropas. Se concluye que frecuentar un "centro día" constituye un recurso importante para el bien estar de los ancianos, especialmente en función del estímulo al desarrollo de actividades funcionales, pero aparenta no haber interacción familiar y momentos de convivencia en el período que permanecen en casa.

PALABRAS CLAVE: Actividades de la Vida Diaria; Ancianos; Familia.

*Fisioterapeuta Especialista em Gerontologia. Docente do curso de Fisioterapia da Unidade de Ensino Superior Ingá - UNINGÁ.

**Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente dos Mestrados em Enfermagem e Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá - UEM

Autor correspondente:

Fabiana Magalhães Navarro

R. João Gomes Navarro, 132 – 86990-000 – Marialva-PR

E-mail: navarrofabiana@hotmail.com

Recebido em: 06/07/06

Aprovado em: 07/11/06

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo que converte adultos saudáveis em adultos frágeis, com reservas diminuídas em muitos sistemas fisiológicos e uma vulnerabilidade exponencialmente crescente para várias doenças e também para a morte. Por isso, as transformações do perfil demográfico e epidemiológico da população se tornaram um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. No Brasil, o número de idosos (maiores de 60 anos) passou de 3 milhões em 1960, para 14 milhões em 2002. Um aumento de 500% em quarenta anos, e estimativas acreditam em uma população idosa de 32 milhões para 2020 ⁽¹⁾.

Estabelecer novas metas para o sistema de saúde e dar prioridades na atenção ao idoso e suporte ao cuidado familiar representam o novo direcionamento para o sistema de saúde pública ⁽²⁾, pois já não basta prolongar a vida, é necessário manter a capacidade funcional do indivíduo, para que este permaneça autônomo e independente.

Isto por sua vez acarretará o uso cada vez maior do sistema de saúde, como um suporte para manutenção da qualidade de vida. Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o cuidado de si mesmo, a carga sobre a família e o sistema de saúde pode ser muito grande ⁽³⁾.

O conceito de incapacidade funcional é bastante complexo e tem sido identificado pela presença de dificuldades no desempenho de algumas atividades cotidianas ou até mesmo, pela impossibilidade de desempenhá-las ⁽³⁾ e são resultantes da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição na participação social ⁽⁴⁾.

Existem três tipos de dependência: a estruturada, que está ligada ao valor do ser humano; a física, que seria a incapacidade funcional para desempenhar suas próprias atividades de vida diária e a comportamental, induzida pelo meio de convivência ⁽⁵⁾. O grau de dependência funcional do idoso guarda relação com as condições socioeconômicas e capacidade de autocuidado, juntamente com a saúde física e mental. Tais fatores refletem na qualidade de vida do idoso, já que esta pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores no qual vive, e em relação às suas expectativas, preocupações e objetivos de vida ⁽⁶⁾. Vários fatores interferem na qualidade de vida, não são só os níveis de independência, mas a saúde física, estado psicológico, relacionamento social, características ambientais e espiritualidade ⁽⁷⁾.

Estas condições conduzem o processo de envelhecimento à uma velocidade súbita, gerando uma demanda potencial por serviços de saúde, com maior número de consultas, maior tempo de internação, que desencadeia a exigência de melhores assistências nos cuidados prestados e principalmente nas orientações de

cuidados pelos profissionais da saúde ⁽⁸⁾.

Como o idoso, em geral, perde a potencialidade para suas atividades, principalmente a ocupação diária, muitos são desconsiderados por seus familiares e colocados em instituições asilares. Existe uma visão negativa a respeito destes lugares, como ambientes frios, escuros, monótonos, sem vida e estímulos. É certo que a institucionalização deveria ser a última alternativa a ser considerada para o idoso, visto que normalmente ocorre um aumento do isolamento, inatividade física e julgamentos sociais deletérios, principalmente relacionados à família ⁽⁹⁾.

Como existem evidências claras a respeito do comprometimento da qualidade de vida e capacidade funcional do idoso ingressado em uma unidade asilar, surgiram os "Centros de convivência ou centros dia", em que o idoso ao invés de morar na instituição e ficar totalmente dependente dela, passa o dia neste centro, convivendo com outros idosos e ao final da tarde retorna para sua residência. Esta se tornou uma alternativa para aqueles cuidadores que passam o dia trabalhando e não podem pagar alguém para ficar com o idoso.

Na Inglaterra a frequência de institucionalizações é diminuída por meio dos atendimentos em "hospitais-dia" ou "centros dia", que oferecem uma assistência multidisciplinar à saúde, oferecendo recursos a esta população principalmente nas áreas de reabilitação, servindo em grande parte para "aliviar" o trabalho extra dos familiares e cuidadores ⁽¹⁰⁾.

Geralmente nestes locais existe um estímulo grande de atividades durante todo o dia, procurando manter o idoso ativo e em vivência social, visando a manutenção de sua capacidade funcional.

Como já referido acima, a capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente vem emergindo como um componente fundamental na avaliação da saúde desta população. Ela vem caracterizar as habilidades necessárias para se manter uma vida independente e autônoma e está dividida em duas categorias: Atividades da Vida Diária (AVD's) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's) ⁽³⁾.

As atividades básicas de vida diária, refletem apenas a capacidade ou não para o auto-cuidado básico. Já as atividades instrumentais de vida diária refletem o nível da capacidade de utilização dos recursos disponíveis no meio ambiental habitual para a execução de tarefas rotineiras do dia-a-dia. Quando usados juntos estes instrumentos, permitem a identificação do grau de disfunção e do estado funcional atual, e, por conseguinte melhor definição do planejamento de recursos de suporte, bem como acompanhamento evolutivo do grau de disfunção ⁽³⁾.

Neste sentido, partimos da análise destas duas categorias, com o objetivo de investigar o grau de independência para as atividades de vida diária em idosos que frequentam diariamente um centro dia. Também constituiu objetivo investigar como é a relação familiar destes idosos.

2 METODOLOGIA

Estudo do tipo exploratório descritivo de natureza qualitativa, desenvolvido com idosos de um centro de convivência na cidade de Maringá. A cidade de Maringá, localizada na região noroeste do Paraná, tem uma população total de 318.952 habitantes, sendo 8% com mais de 60 anos, segundo o resultado da amostra do censo demográfico de 2000 ⁽¹¹⁾. No município existem três instituições de longa permanência que disponibilizam 154 vagas e dois centros dia com 33 vagas.

O centro de convivência João Paulo II é uma entidade assistencial ligada à Igreja Católica e registrada no conselho regional de assistência social do município. Existe a contribuição do município com alguns profissionais e os demais recursos provem da ajuda de pessoas voluntárias, visto que os idosos permanentes não arcam com nenhuma despesa. As famílias que tem renda mensal superior a dois salários mínimos, ajudam com o combustível do automóvel que faz o traslado dos idosos.

Atualmente o local comporta 15 idosos, que para serem admitidos, passam por uma triagem realizada pela enfermeira responsável e diretora geral. Esta triagem consiste de uma visita à moradia do idoso na qual são analisados a carência financeira, familiar, espaço físico residente e qualidade/condições de vida do idoso. Sendo selecionados aqueles mais independentes fisicamente, devido ao reduzido número de profissionais e funcionários para auxiliar individualmente os idosos.

Os dados foram coletados durante o mês de Abril de 2006, por meio de entrevista semi-estruturada, realizada individualmente e em local reservado dentro da própria instituição. O instrumento utilizado para coleta dos dados foi elaborado pelos autores a partir dos objetivos do estudo. Trata-se de um instrumento constituído de três partes: a) dados de identificação, b) escalas de avaliação da independência para atividades básicas e instrumentais de vida diária e c) dados sobre as relações familiares.

Dos 15 idosos que frequentam o centro de convivência, quatorze participaram da pesquisa, pois um permaneceu internado em uma instituição hospitalar durante todo o período de coleta de dados.

As atividades de vida diária foram avaliadas através do emprego de duas escalas. Para as atividades básicas, utilizou-se a escala de Katz ⁽¹²⁾, que investiga questões como o banho, vestir-se, higiene pessoal, transferências, continência e alimentação. O escore total é o somatório das questões "sim", na qual seis e cinco pontos representam independência para AVD's, quatro e três pontos são dependência parcial e dois e um pontos caracterizam máxima dependência.

Para a avaliação das atividades instrumentais utilizou-se a escala de Lawton ⁽¹²⁾ que investiga a capacidade para realizar o preparo das refeições, tarefas domésticas, lavar roupa, manuseio da medicação, capacidade de uso do

telefone, manuseio do dinheiro, compras e uso dos meios de transporte, cada um destes fatores são classificados de 1 a 3, na qual 1 representa dependência para tal função, 2 representa que o idoso precisa de ajuda e 3 representa total independência para a função. A pontuação máxima é 27 pontos, e o escore tem significado apenas individualmente, como caráter comparativo para evolução do quadro geral. Por isso, os itens foram analisados individualmente entre os integrantes da pesquisa.

Foram respeitados todos os preceitos éticos disciplinados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº 086/2006). A solicitação de participação no estudo foi feita verbalmente e nesta ocasião foram esclarecidos os objetivos do estudo, o tipo de participação desejada, a livre opção ou não em participar do estudo, a garantia de anonimato das informações. Todos os idosos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias.

Os entrevistados foram enumerados de um a 14 (E1 a E14) e analisaram-se os dados fazendo um cruzamento entre as respostas das questões abertas e os resultados das escalas de avaliação.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1 CARACTERÍSTICAS DOS IDOSOS

Mais da metade (57,1%) dos idosos eram do sexo masculino e viúvos e uma parcela considerável (28,6%), tinham mais de 80 anos. A média de idade geral foi de 73,3 anos, mas as mulheres apresentaram médias mais elevadas do que os homens (75,3 / 71,2 anos). Estes dados diferem do que foi identificado no censo de 2000, o que se justifica, porque naquele foram considerados os idosos responsáveis por domicílios, enquanto que neste estudo, constatamos que a maioria dos idosos não possui mais sua própria residência e por esta razão moram com filhos (8 - 57%), irmãos (3 - 21%) sobrinhos ou netos. Nenhum dos idosos mora sozinho, apenas um vivia em uma família do tipo nuclear (ele e a esposa) e os demais vivem em família expandida. Quanto ao número de pessoas que moram na mesma casa, constatou-se que cinco idosos moram com mais uma pessoa, sete moram com mais duas a quatro pessoas e dois idosos com mais seis pessoas.

Podemos considerar que em termos familiares nossos resultados foram melhores do que os Thober et al. ⁽¹³⁾ onde apenas 25% dos idosos eram cuidados por seus filhos. Existe uma série de fatores que levam um familiar a assumir o cuidado de um idoso, como a obrigação moral, questões religiosas, culturais, a designação ou outras experiências ⁽¹⁴⁾.

Dentre as doenças presentes mais comuns estão a hipertensão arterial atingindo 57% dos idosos, seguida

da diabetes (35,7%), depressão (28,6%) e osteoporose (21,4%). Porém, para fazer frente a estes problemas, a maioria dos idosos contam apenas com a assistência oferecida pelo serviço público de saúde, pois apenas (42,8%) deles possui algum plano de saúde.

A quase totalidade dos idosos (92,8%) possui renda própria oriunda de aposentadoria, porém, nenhum deles administra seu próprio dinheiro. Quando questionados sobre o manuseio da sua aposentadoria, todos se declararam incapazes de administrá-la.

“Eu tenho aposentadoria filha, mas quem pega o dinheiro é minha filha, eu nem vejo ele, ela paga meus remédios...” (E1, 82 anos).

A independência financeira é um dos fatores essenciais para autonomia do idoso, influenciando de forma positiva sua qualidade de vida. Isto é corroborado quando se constata que 71% dos idosos que freqüentavam o “baile” no Senac do município de Maringá(PR), afirmaram ter total liberdade para gerenciar seus recursos financeiros ⁽¹⁵⁾.

3.2 INDEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

A aplicação da Escala de Atividades Básicas de Vida Diária – Escala de Katz (banho, vestir-se, higiene pessoal, continência e alimentação) revelou que a totalidade dos idosos apresentou escore compatível com independência. Estes resultados eram esperados, pois esta independência constitui um dos aspectos avaliados na

triagem de admissão do idoso no centro de convivência. Normalmente, exige-se que o idoso seja capaz de cuidar de sua própria higiene, se locomover, cuidar de suas coisas pessoais, participar de atividades lúdicas e ocupacionais e não ter comprometimento mental ou cognitivo, pois não existe um atendimento individualizado, e nem pessoas em quantidade suficiente que se permita auxiliar todos os idosos em suas atividades.

Em relação à escala de Lawton, referente às Atividades Instrumentais de Vida Diária, observamos que proporcionalmente, os homens são mais dependentes, do que as mulheres. Nos dois sexos, foram observados maiores índices de dependência na faixa etária de 71 a 80 anos, porém enquanto foram observados maiores índices de independência e necessidade de ajuda em homens da faixa etária de 60 a 70 anos, nas mulheres, isto foi observado acima dos 80 anos. Estes dados nos levam a repensar a afirmação de que quanto mais avançada a idade, maior o risco de adoecimento e dependência funcional ⁽¹⁰⁾, visto que neste estudo, não foi nos mais idosos que se observou maiores índices de dependências funcionais.

De modo geral, verificamos por esta escala, maiores índices de dependência nas atividades, quando comparamos a escala de Katz (Quadro 1). Pois, no preparo de refeições, apenas 43% se classificaram como totalmente independente para preparar seu prato de comida, referindo medo de se atrapalhar. Isto faz com que muitos preferem ser servidos, para não passarem por nenhuma situação de constrangimento.

A maioria dos idosos (78,5% e 86%), necessita de ajuda ou são incapazes de realizar tarefas domésticas e lavar roupas,

Quadro 1 – Distribuição dos idosos segundo o grau de dependência de acordo com os resultados da aplicação da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton).

	HOMENS N = 8			MULHERES N = 6			TOTAL N = 14		
	Indep	Ajuda	Depen	Indep	Ajuda	Depen	Indep	Ajuda	Depen
Preparo das refeições	37,5%	25%	37,5%	50%	33,3%	16,7%	43%	28,5%	28,5%
Tarefas domésticas	12,5%	50%	37,5%	33,3%	50%	16,7%	21,5%	50%	28,5%
Lavar roupa	12,5%	37,5%	50%	16,7%	66,6%	16,7%	14%	50%	36%
Manuseio da medicação	12,5%	62,5%	25%	33,3%	33,3%	33,3%	21,5%	50%	28,5%
Uso do telefone	0%	75%	25%	16,7%	66,6%	16,7%	7%	71,5%	21,5%
Manuseio do dinheiro	0%	37,5%	62,5%	0%	33,3%	66,6%	0%	36%	64%
Compras	37,5%	12,5%	50%	0%	66,6%	33,3%	21,5%	36%	42,5%
Uso de meios de transportes	0%	87,5%	12,5%	0%	66,6%	33,3%	0%	78,5%	21,5%

respectivamente. Neste aspecto precisa-se levar em consideração o decréscimo funcional que o processo de envelhecimento provoca e o acometimento por patologias que incapacitam estes idosos de estarem envolvidos com trabalhos mais pesados ⁽¹⁰⁾.

O mesmo ocorre em relação ao uso do telefone, em que a maior parte se sente seguro apenas para atender ao telefone, sendo que apenas 7% se percebem capazes de efetuar ligações.

Observou-se que nenhum dos entrevistados é capaz de utilizar os meios de transporte independentemente e que a maioria (78,5%) requer ajuda por diferentes razões.

“ Não ando de ônibus sozinha não, tenho medo de cair na escada ou dentro do ônibus, já cai uma vez...” (E3, 80 anos).

“ Eu não pego ônibus sozinha porque tenho medo de me perder, já não vejo direito...” (E5, 81 anos).

“ Ai filha, não ando de ônibus sozinha porque não tenho mais firmeza nas pernas, tenho medo de cair e me machucar...” (E12, 65 anos)

Tais razões corroboram o fato de que as mudanças que ocorrem no indivíduo ao ingressar na velhice, promovem maiores incapacidades, alterando suas funções, reações e condições de lidar com o ambiente externo. As quedas se tornam frequentes, caracterizando uma consequência inevitável da velhice e podem se tornar o marcador de um importante declínio da funcionalidade e independência ^(16,17).

Os resultados deste estudo demonstraram que 42,5% consideraram-se incapazes de realizar compras, devido à dificuldade de locomoção e controle do dinheiro e 36% necessitaram de ajuda para tal função, reforçam o que foi encontrado entre idosos de uma comunidade de Goiânia, onde se identificou que as três atividades instrumentais de vida diária mais complexa foram o manuseio do dinheiro, uso dos meios de transporte e trabalhos domésticos ⁽¹⁸⁾.

Como observamos no Quadro 1, encontramos um grande número de dependência e necessidade de ajuda, nas AIVD's, que são atividades mais complexas, o que nos permite comprovar a existência da perda gradual das funções, partindo daquelas mais minuciosas e que envolvem coordenação e raciocínio, para as de ações mais globais, como o banho e vestir-se. Esta situação pode prejudicar a vida social do idoso, pois o mesmo necessitará de maior ajuda de seus familiares ou cuidadores, mobilizando maior tempo, energia e recursos financeiros para suprir as dificuldades instaladas.

3.3 INTERAÇÃO SOCIAL

Ao se investigar de quem foi à decisão de frequentar o centro dia, constatou-se que na maioria dos casos (86%) foi do cuidador, sendo apontado como motivo, a não

permanência de alguém na residência durante o dia. Nos outros dois casos, foi por encaminhamento da Unidade Básica de Saúde que o idoso frequenta.

A ocorrência desta mudança no estilo de vida e relações diárias não trouxe decepções ao idoso, por outro lado, todos eles quando questionados, se mostraram satisfeitos com a situação.

“ Eu tô bem aqui, muito feliz...as pessoas são boas e amigas...” (E4, 78 anos).

“ Tá bom aqui, tô feliz...as pessoas são boas, é como uma família...não tem nada de ruim aqui, é tudo bom...” (E9, 81 anos).

“ Estou bem e feliz vindo aqui... as pessoas que cuidam da gente são carinhosas... não tem nada de ruim... gosto de fazer fuxico, jogar bingo, brincar...” (E5, 81 anos).

“ Aqui tá muito bom, em casa eu ficava sozinho com meu cachorro, aqui eu rezo, ajudo os outros e cuido da horta...” (E12, 65 anos).

Percebe-se que os idosos valorizam a possibilidade de não ficarem sozinhos, poderem conversar, realizar atividades manuais e sociais como jogar bingo, entre outras. Com a realização de atividades o dia todo, quebra-se a monotonia por meio do incentivo às atividades funcionais, o que faz o idoso se sentir mais importante e útil. Quando o idoso se sente útil, ele continua motivado e mantém sua auto-estima ⁽¹⁴⁾. Além disso, tem sido identificado que os idosos valorizam convívio social como forma de atender a necessidade de companhia, de relacionamento com pessoas de uma mesma idade, de ocupação e até mesmo para a solução de problemas físicos e mentais ⁽¹⁹⁾.

Muitas vezes as condições de vida dos idosos são agravadas pela solidão. A falta de companhia ao idoso, nos dias atuais, está diretamente relacionada às transformações que tem ocorrido no interior familiar, visto que até mesmo as mulheres, que antes permaneciam em casa a maior parte do tempo, agora tem seu trabalho independente. Isto por sua vez, afeta a auto-estima do idoso, que depende da atenção, afeto, simpatia, amor e reconhecimento social. Soma-se a isto o fato de que o lazer para o idoso, devido às adversidades encontradas no âmbito social, como a carência de recursos financeiros, dificuldades de acesso ao cinema e outros bens culturais, e ainda irregularidades no trânsito, restringem cada vez mais os idosos ao seu espaço familiar, pois dependem de outros para realizar atividades básicas de lazer ⁽⁸⁾. Assim, é de entender-se a satisfação destes idosos no centro dia, pois não ficam sozinhos, interagem com outros e recebem a atenção que necessitam ⁽¹⁹⁾.

Contudo, o fato de frequentar o centro dia não consegue satisfazer todas as necessidades dos idosos em termos de afeto, o que poderia estar sendo atendido em seus

contatos com os familiares, no entanto, foi observado que isto não acontece para a maioria dos idosos, alguns sequer participam de uma refeição em família.

“Eu chego em casa, tomo banho e já vou pro meu quartinho dormir...” (E13, 65 anos)

Nestes casos, a última refeição que fazem é a oferecida no período da tarde, no centro de convivência. Isto é preocupante do ponto de vista da saúde (física e mental). O número de refeições diárias também constitui indícios de qualidade de vida, uma vez que nesta fase da vida ocorrem alterações significativas no metabolismo⁽¹⁴⁾. Em nossos entrevistados, 36% realizavam apenas três refeições diárias (café da manhã, almoço e café da tarde), sendo todas estas refeições realizadas no centro de convivência.

Observou-se falta de interação familiar, caracterizada pela ausência de diálogo

“Eu chego em casa, como, tomo banho e vou dormir bem cedo...não tem nada pra fazer...” (E2, 74 anos; E3, 80 anos; E8, 67 anos).

“Eu assisto a novela, janto, tomo banho e vou dormir...não converso com ninguém...” (E6, 79 anos; E11, 69 anos).

Fato este que leva o idoso inclusive a somatizar alguns sintomas, como observado a seguir, visto que as dores só aparecem quando ela chega em casa.

“Chego e vou pra cama, dormir...tenho muitas dores quando chego em casa...” (E10, 74 anos).

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso⁽²⁰⁾, o ideal é a permanência do idoso em seu meio familiar, por maior tempo possível. Mas sabemos que para cuidar de um idoso fragilizado são necessários recursos, infra-estrutura e cuidador disponível para assistir a todas as atividades de vida diária. Mas, a família é fundamental no processo de prestação de cuidados ao idoso e deve ser compreendida quando os cuidados excedem as suas capacidades e disponibilidades⁽²¹⁾.

Pesquisas apontam que os idosos assumem a boa relação familiar como determinante para uma boa qualidade de vida e que problemas familiares prejudicariam sua vida no momento⁽²²⁾. Estes dados nos levam a destacar a importância do relacionamento familiar para a pessoa idosa, visto suas fragilidades físicas e emocionais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo a necessidade de estudos que abordem a capacidade funcional do idoso, bem como sua independência para atividades de vida diária e sua

convivência familiar, realizamos este estudo com indivíduos frequentadores de um centro de convivência. Concluímos que frequentar um centro dia constitui um recurso importante para o bem-estar dos idosos, especialmente em função das atividades que podem ser realizadas e que estimulam a independência para atividades da vida diária. Sendo que, a perda das atividades instrumentais de vida diária acontece anteriormente e de forma mais acentuada que as atividades básicas de vida diária, envolvendo tarefas mais globais e que exigem menos estímulo cognitivo.

Existe um grau de satisfação muito grande entre os idosos que passam o dia neste centro de convivência, devido às atividades que realizam, a interação com os colegas e o carinho das pessoas responsáveis, se tornando uma importante opção de investimento do sistema de saúde, visto que se os idosos se sentem bem e satisfeitos, muitas doenças podem ser prevenidas ou melhor controladas, desafogando assim o acesso constante aos sistemas de saúde.

Outro aspecto a ser considerado é que, independente do estágio de vida em que a pessoa se encontra, a família deve ser a primeira unidade de assistência ao indivíduo e que uma boa interação familiar constitui condição importante para a manutenção da qualidade de vida de todos os seus membros.

Isto porque, entre os idosos em estudo, verificamos que a interação familiar está prejudicada e que, em alguns casos, sequer pode ser falado que ela existe. Vários idosos revelaram que os poucos momentos de convivência não são explorados, e que isto constitui fonte de insatisfação e tristeza em seu retorno para casa.

Este fato por si só evidencia a necessidade de um trabalho multidisciplinar junto às famílias destes idosos, no sentido de sensibilizá-las quanto a importância da inserção do idoso na vida familiar. Aos profissionais também é atribuída a função de estar junto destas famílias para estimular e encontrar meios de promover a inserção do idoso no convívio da família de maneira harmoniosa e sem, necessariamente, significar sobrecarga para os outros membros e para a família como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde Pública e Envelhecimento. *Cad Saúde Públ* 2003; 19(3):700-1
2. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Públ* 2003;19(3):861-6.
3. Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Públ* 2003; 37(1):40-8.
4. Farias N, Buchalla CMA. Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2):187-93.
5. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar

- dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Públ* 2003; 37(3):364-71.
6. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saúde Públ* 2005; 39(4):655-62.
7. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. *Rev Latino-am Enf* 2003; 11(4):532-8.
8. Lenardt MH, Michaltuch DO, Kuznier TP, Santos VL. O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar. *Rev Cogitare Enferm* 2005 jan/abr; 10(1):16-25.
9. Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléu-Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996.
10. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-am Enf* 2004, 12(3):518-24.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo Demográfico 2000. Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios do Brasil 2000. Tabela 1- População residente, total e de 60 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade, segundo as grandes regiões e unidades de federação – 1991/2000. Brasília (DF); 2000. Disponível em: http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/perfildoidoso/tabela1_6.shtm. Acesso em 01/05/06.
12. Freitas EV. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
13. Thober E, Creutzberg M, Viegas K. Nível de dependência dos idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(4): 438-43.
14. Alvarez AM. *Tendo que cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar*. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
15. Marcon SS, Carreira L, Waidman MAP, Andrade OG. O cotidiano do idoso e suas relações familiares revelando indícios de qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm* 1999; 1(1):213-32.
16. Bodache L. Instabilidade e quedas no idoso. *Rev Bras Med* 1994; 51(3):226-35.
17. Studensk S. Quedas. In: Calkins E, Ford AP. *Geriatria prática*. 2 ed Rio de Janeiro: Revinter; 1997.
18. Costa EC, Nakatani YK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(1):43-8.
19. Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enferm USP* 1997; 31(2):316-38.
20. Ministério de Previdência e Assistência Social (BR). Decreto Lei nº 1948, de 4 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso. Brasília (DF): MPAS; 1997.
21. Caldas CP. *A saúde do idoso: a arte do cuidar*. Rio de Janeiro: UERJ; 1998.
22. Xavier FMF, Feraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH.
- Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatria* 2003; 25(1):31-9.