

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

**TERRITÓRIO E SAÚDE: Influência do Suporte Familiar na Adesão ao
Tratamento Odontológico em Idoso**

OMAR DE AZEVEDO FERREIRA

Governador Valadares

Março/2017

OMAR DE AZEVEDO FERREIRA

**TERRITÓRIO E SAÚDE: Influência do Suporte Familiar na Adesão ao
Tratamento Odontológico em Idoso**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Gestão Integrada do Território da Universidade
Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção
do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suely Maria Rodrigues

Governador Valadares

Março/2017

A Deus toda honra por esta conquista.

Para minha mãe grande incentivadora.

À Valéria, esposa amada, pelo carinho,
incentivo e dedicação.

À Luísa, paixão da minha vida, que talvez
sem perceber me trouxe luz e sabedoria.

À Camila pelo apoio incondicional mesmo
à distância.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^ª. Dra. Suely Maria Rodrigues, pela paciência e dedicação, por me mostrar os bons caminhos da pesquisa e da interdisciplinaridade.

Aos meus familiares por compartilharem comigo deste sonho.

À bolsista do SAIS Maria Clara Ferreira, você foi essencial para o sucesso deste trabalho.

À toda à equipe do SAIS, pela acolhida e comprometimento.

À Prof^ª. Me. Tandrécia Cristina pelas preciosas contribuições.

À minha cunhada Prof^ª. Dra. Diva Silva pelos diálogos sempre frutíferos e incentivadores.

Aos idosos participantes desta pesquisa, pela sensibilidade em compartilhar histórias de vida.

RESUMO

O envelhecimento populacional pode ser entendido como um fenômeno mundial que acarreta transformações nos âmbitos social, político, econômico e na saúde. Neste cenário a família ocupa cada vez mais uma função protagonista no suporte ao idoso, respeitando os valores e crenças que constitui a personalidade e bagagem emocional desse indivíduo. Contudo, é preciso compreender a família como uma estrutura que se modifica de acordo com os contextos sociais, culturais e históricos. Este estudo objetivou conhecer a influência do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada na zona urbana do município de Governador Valadares. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, que utiliza tanto uma abordagem quantitativa como uma qualitativa. Participaram desse estudo 45 idosos, com 60 anos ou mais, funcionalmente independentes. A coleta dos dados quantitativos foi realizada utilizando um Inventário sócio demográfico e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF). Na obtenção dos dados qualitativos foi realizada uma entrevista semiestruturada com 10 idosos visando identificar sua percepção em relação à Significado de família, Composição familiar e Incentivo da família para adesão ao tratamento odontológico. A análise dos dados quantitativos foi realizada utilizando o software *Sphinx Léxica*, versão 5.1.0.4. A partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin obteve-se apuração dos dados qualitativos. Os dados sócio demográficos demonstraram que 64,4% dos idosos são do sexo feminino, 40% casados e 40% viúvos. Quanto a escolaridade 80% possuíam Ensino Fundamental Incompleto. Em relação a renda 80% informaram viverem com um salário mínimo (R\$: 880,00). Quanto aos indicadores de saúde, 42,2% realizaram pelo menos 4 consultas médicas nos últimos seis meses, a maioria (62,2%) utilizou de 1 a 3 medicamentos diariamente nos últimos seis meses e 73,4% possuem de 1 a 3 doenças diagnosticadas por médicos dos SUS. Considerando a média das três dimensões analisadas no teste IPSF, verificou-se um escore Médio-Alto quanto a percepção dos idosos sobre suporte familiar ou seja os idosos possuem incentivo e liberdade para se expressar e ter autonomia no ambiente familiar. Na análise da percepção emergiram várias categorias, dentre elas família foi considerada *Tudo* e representa cuidado com o componente familiar idoso. A composição familiar foi identificada como nuclear e extensa. Para metade dos idosos a família incentiva a adesão ao tratamento odontológico e a outra metade adere ao tratamento odontológico mesmo com a ausência de incentivo. Pode-se concluir que os idosos dessa pesquisa formam um grupo de indivíduos com maior participação de mulheres, possui pouca escolaridade e baixa renda. Percebem de maneira positiva a importância da família, consideram que o suporte familiar pode influenciar na adesão ao tratamento odontológico.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Suporte familiar. Tratamento odontológico. Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF).

ABSTRACT

Aging can be understood as a world phenomenon that implies social, political, economic and health transformations to society. In this scenario, the family plays an important role to the elderly support respecting the values and beliefs that form the personality and the emotional experiences of these individuals. However, it's necessary to understand family as a structure that modifies itself according to the social, cultural and historical contexts. This study aimed to find out how much family support influences adherence to dental treatment in elderly people that use the Family Health Strategy program (ESF) located in the urban area of Governador Valadares city. It is a descriptive, cross-sectional study, which uses both a qualitative and quantitative approach. Forty-five elderly which are sixty years old or more, independent and users of the Family Health Strategy program (ESF) in the urban area of a city in the east of Minas Gerais, took part in this study. The quantitative data was done by using a socio-demographic inventory with the objective of characterizing the sample, the health indicators and the use of health service; and the Family Support Perception Inventory (IPSF). The qualitative data was done by a half structured interview with 10 elderly aiming to identify their perception about the meaning of family, family composition, and family encouragement to dental treatment. *Sphinx Léxicas* software, version 5.1.0.4. as used to analyze quantitative data and then it was obtained from Bardin Content Analysis technique, the qualitative data. Socio-demographic data has shown that 64,4% of them are female, 40% are married and 40% are widows. In terms of schooling 80% have incomplete elementary education. With respect to income 80% reported living with a minimum wage (R\$ 880,00). About the health indicators, 42,2% have performed at least 4 medical visits in the last 6 months, 62,2% used between 1 and 3 medications in the last 6 months and 73,4% have 1 to 3 diseases diagnosed by SUS doctors. Considering the average of the three dimensions analyzed in the IPSF test, it was found a high-average score regarding to the perception of the elderly about the family support, which means that they have incentive and freedom to express themselves as well as autonomy in the family environment. In the perception analysis several categories emerged from data among them, family was considered “*everything*” and represents the care to the elderly family member. The family composition was identified as nuclear and extensive. To half of them there is encouragement from the family to dental treatment and the other half adheres to it even if there is no motivation. It is noted that elderly from this research group are majority women with low schooling and low income. They realize, in a positive way, the importance of the family and believe that family support may influence their participation to dental treatment.

Keywords: Health of the elderly. Family support. Dental treatment. Family Support Perception Inventory (IPSF).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do seguimento urbano do município de Governador Valadares subdividido em áreas geográficas estratégicas – regiões.....	42
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da proporcionalidade de idosos segundo a região geográfica de moradia, no município estudado.....	43
Tabela 2	Distribuição de frequência das características sócio demográficas de idosos usuários de duas ESF de um município de médio porte. Brasil. 2016 (n=45).....	50
Tabela 3	Distribuição da frequência de consultas, medicamentos e diagnósticos de idosos usuários de duas ESF de um município de médio porte. Brasil. 2016 (n=45).....	54
Tabela 4	Distribuição da média do índice do IPSF entre idosos usuários de duas ESF de um município de médio porte. Brasil. 2016 (n=45).....	56
Tabela 5	Distribuição da média do índice do IPSF entre idosos usuários de duas ESF de um município de médio porte de acordo com Gênero. Brasil. 2016 (n=45).....	58
Tabela 6	Distribuição das Temáticas e Categorias identificadas nos relatos dos idosos.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos tipos de configurações familiares.....	21
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

EFE– Entrevista Familiar Estruturada

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FACE-III– Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

FAD– Family Assessment Device

FAZ– Family Awareness Scale

FG– Familiograma

FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEP– Inventário de Estilos Parentais

IPP– Inventário de Práticas Parentais

IPSF – Inventário de Percepção do Suporte Familiar

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PBI– Parental BondingInstrument

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSPI– Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNI– Política Nacional do Idoso

PSF – Programa de Saúde da Família

QPP– Questionário de Percepção dos Pais

SATEPSI - Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SUDS– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS– Unidade Básica de Saúde

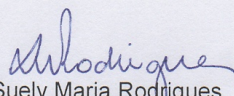
UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

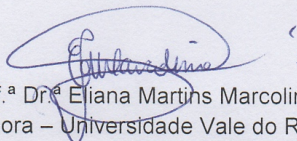
OMAR DE AZEVEDO FERREIRA

“Território e Saúde: influência do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idosos”

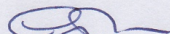
Dissertação aprovada em 27 de março de 2017, pela banca examinadora com a seguinte composição:



Prof.ª Dr.ª Suely Maria Rodrigues
Orientadora - Universidade Vale do Rio Doce



Prof.ª Dr.ª Eliana Martins Marcolino
Examinadora – Universidade Vale do Rio Doce



Prof. Dr. Carlos Alberto Dias
Examinador – UFVJM

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
1.1 TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS NA FAMÍLIA	17
1.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	22
1.3 CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL	24
1.3.1 Condição de Saúde Bucal do Idoso Brasileiro	27
1.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA	29
1.5 TERRITÓRIO E SAÚDE	33
1.6 SUPORTE FAMILIAR.....	37
2 OBJETIVOS	40
2.1 GERAL.....	40
2.2 ESPECÍFICOS	40
3 METODOLOGIA	41
3.1 ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO	41
3.2 LOCAL E UNIVERSO DE ESTUDO.....	42
3.3 AMOSTRA	43
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/ EXCLUSÃO	44
3.5 ESTUDO PILOTO.....	44
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	45
3.7 COLETA DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	45
3.8 DADOS QUANTITATIVOS.....	46
3.9 DADOS QUALITATIVOS.....	47
3.10 ANÁLISE DOS DADOS	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 DADOS QUANTITATIVOS.....	50

4.1.1 Caracterização da Amostra dos Idosos	50
4.1.2 Indicadores de Saúde	53
4.1.3 Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)	55
4.2 DADOS QUALITATIVOS	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	91
ANEXO 1 – PARECER DE CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	92
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE	94
ANEXO 3 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	96
ANEXO 4 – INVENTÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	98
ANEXO 5 – IPSF – Folha de Resposta	99
ANEXO 6 – ROTEIRO DE ENTREVISTA	101

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação aborda a concepção de território e a relação estabelecida com a vivência de idosos no território familiar e no contexto da saúde, contemplando a linha de pesquisa: Território, Sociedade e Saúde. Possui como base os estudos territoriais, que proporcionam uma abordagem integradora / interdisciplinar sobre território e a territorialidade em suas dimensões simbólica, social e de saúde.

Essa pesquisa é parte do projeto intitulado: “Importância do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idosos”, que possui fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Para sua realização o referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) sob o Parecer CEP 1.369.210. Aborda um tema condizente com a realidade brasileira, considerando que no país ocorre um crescimento populacional de indivíduos com mais de 60 anos. O envelhecimento da população vem acentuando-se cada vez mais. Prevê-se que no ano de 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em população idosa (BRASIL, 2010).

O envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento da proporção de idosos em relação à população total, apresenta-se como uma realidade já consolidada nos países desenvolvidos. A análise da distribuição da população brasileira por grupos de idade e sexo revela, nas últimas décadas, a propensão ao envelhecimento da estrutura etária. Assim, a rápida expansão do número de idosos no Brasil adquire lugar de destaque nas pautas de políticas sociais (BRASIL, 2012).

O aumento da expectativa de vida reflete as mudanças culturais, os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde e a melhoria das condições sociais de vida. Dentre estas, destacam-se a redução da taxa de fecundidade, a diminuição das taxas de mortalidade infantil, adesão a hábitos alimentares mais saudáveis e maior cuidado com o corpo (KUCHEMANN, 2012). Portanto, a tendência é que ocorrerá um acréscimo significativo no número de idosos nos próximos 30 anos, dado que 700 mil novos idosos são incorporados à sociedade brasileira a cada ano (VERAS, 2013).

Outro aspecto a ser observado nesse processo de envelhecimento é o suporte familiar, que se constitui em um fator que pode contribuir para melhorar a qualidade de vida dos

indivíduos idosos. Para Souza, Skubs e Bretãs (2007) o ambiente familiar, constitui-se na mais importante rede de suporte que o idoso possui. Independentemente do arranjo e da estrutura familiar (número de membros, papéis definidos entre os membros) do idoso é fundamental a qualidade do suporte familiar oferecido a esses indivíduos.

Observa-se que algumas famílias e instituições limitam indevidamente a participação dos idosos na tomada de decisões concernentes a questões que envolvem diretamente a sua vida ou a de seus familiares. Para evitar a perpetuação dessa prática, o cuidado da família ao idoso precisa estar consolidado no respeito (FLORES et al., 2010). A família constitui-se, dessa maneira, em uma instituição corresponsável no cuidado à pessoa idosa, visto que o suporte familiar é essencial para uma prestação de cuidados de qualidade ao membro mais velho. Atualmente, constata-se uma alteração dos modelos familiares tradicionais e os idosos encontram-se inseridos em diferentes conformações de famílias (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Diante do exposto, propôs-se realizar o estudo partindo da seguinte questão norteadora: o suporte familiar influencia na adesão ao tratamento odontológico em idoso? O desenvolvimento de estudos com a população idosa deverá apontar elementos que contribuirão com a implementação de ações que visem a melhoria do cuidado no campo da gerontologia, uma vez que consiste em um conhecimento produzido a partir de descrições oriundas da escuta de pessoas que vivem o cotidiano da co-residência com esses sujeitos.

Essa pesquisa pretende contribuir para a ampliação das discussões acerca da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o envelhecimento ativo. Visa sensibilizar e estimular as famílias e, de modo geral, os envolvidos na rede de cuidado ao idoso pautado no respeito aos seus direitos e à sua dignidade, contribuindo para que a população idosa vivencie, de fato, um envelhecimento ativo e saudável.

O texto está dividido a partir da apresentação do tema desta dissertação em cinco capítulos. O primeiro capítulo trata-se da Revisão de Literatura que aborda os assuntos: Transformações históricas na família, o Processo de envelhecimento, Características do envelhecimento no Brasil, Condição de saúde bucal do Idoso Brasileiro, Atenção Primária à Saúde e Promoção da Saúde da Família, Território e Saúde, Suporte Familiar e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF). O levantamento bibliográfico constituiu-se como questão inicial na realização dessa etapa.

O segundo capítulo, enfoca o Objetivo geral e os específicos deste estudo. Os objetivos constituíram na finalidade desse trabalho, ou seja, a meta que se pretendeu atingir com a elaboração da pesquisa.

No terceiro está descrito o Procedimento Metodológico utilizado para realização do estudo. O método é essencial para o entendimento dos elementos envolvidos na execução dessa fase: o cenário (universo), os participantes (amostra), a técnica de coleta de dados, a estratégia de análise e os aspectos éticos observados na pesquisa.

A apresentação dos Resultados e Discussão estão descritos no quarto capítulo. Para melhor visualização são apresentados na primeira parte os dados quantitativos: caracterização da amostra de idosos; indicadores de saúde; resultado do teste Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF). Na segunda parte encontram-se os dados qualitativos que foram analisados a partir da técnica desenvolvida por Laurence Bardin. O quinto capítulo é composto pelas Considerações Finais, apresenta uma síntese desta investigação delineando possíveis respostas às questões propostas nos objetivos deste estudo.

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS NA FAMÍLIA

Para se compreender a acepção de família e como ocorreu sua organização ao longo do tempo, é necessário conhecer sua transformação e evolução, considerando as mudanças sociais, econômicas e culturais que permitiram as mutações da família através da história.

De acordo com Zamberlam (2001, p. 40), “a família, enquanto forma específica de agregação tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento sócio-econômico e pelo impacto da ação do Estado.” A cada época histórica, Idade Medieval, Moderna e Contemporânea, a família agrega características próprias que permitem sua existência no mundo em que está inserida, portanto a família irá existir de acordo com as normas e com a realidade de seu tempo.

O conceito sobre as configurações familiares atuais advém de uma nova estruturação na constituição familiar.

[...] a família mostra-se um agrupamento humano cambiante e sua estrutura e funções estão intrinsecamente vinculadas às mudanças de paradigma sócio-cultural ao longo do processo civilizatório. O sentimento de família engloba, assim, todas as emoções inerentes à pessoa: identidade, pertença, aceitação, rejeição, amor, carinho, raiva, medo, ódio. Um conjunto de interação, organizado de maneira instável, em função de suas necessidades, com uma história e um código próprios, que lhe outorgam singularidade. Estrutura cuja qualidade emergente excede a soma das individualidades que a constituem, para adquirir características que lhe são específicas. Certamente é esta fusão de opostos que torna a família tão complexa e sua compreensão um desafio interminável (ZAMBERLAM, 2001, p. 36).

Para definir família com suas diferentes dinâmicas, papéis multidimensionais e complexos atuais, é necessário compreendê-la como parte integrante de um contexto cultural, histórico e social (DESSEN; RAMOS, 2010). Conceitos comumente associados à definição de família como: consanguinidade, coabitação, relação homoafetiva, vínculo afetivo; por si só não conseguem abranger a definição atual. Esta é considerada um lugar de unidade que cuida dos seus membros, responsável pelo atendimento de suas necessidades básicas e pela formação dos referenciais de vida (SILVA; SILVA, 2009).

A Idade Medieval se caracterizava principalmente pelo domínio da religião em relação a vida humana, assim como as ciências, as artes, a política era governada pela Igreja Católica. O homem estava submetido tanto aos desígnios de Deus quanto aos da natureza. A sociedade naquela época fora fundada sobre o alicerce da religião (ROMAGNOLI, 2006).

As famílias, na Era Medieval, conviviam nas ruas, realizavam festas, compartilhavam a intimidade com todos da aldeia. Não havia distinção determinada entre o que se vivia no âmbito privado ou público. A vida era compartilhada, não havendo isolamento dentro de pequenos grupos e nem diferenças quanto aos laços afetivos. Dessa maneira, a família medieval se caracterizava como instituição pública (BRUSCHINI, 1995).

Ariès (1981), em sua análise iconográfica da história da família, destaca que as trocas afetivas e comunicações sociais da família antiga ocorriam por intermédio de vizinhos, amigos, crianças, idosos, mulheres e homens que conviviam diariamente, tanto no interior da casa, que se destinava ao descanso de uma família, quanto nas ruas e praças de uma vila.

A rua era o lugar onde se praticavam os ofícios, a vida profissional, as conversas, os espetáculos e os jogos. Fora da vida privada, por muito tempo ignorada pelos artistas, tudo se passava na rua. [...] Essa rua medieval, não se opunha a intimidade da vida privada; era um prolongamento dessa vida privada, o cenário familiar do trabalho e das relações sociais. [...] Talvez essa vida privada se passasse tanto ou mais na rua do que em casa. (ARIÈS, 1981, p. 133).

Com o surgimento da burguesia a família perde sua característica de instituição pública. As funções antes desempenhadas pela sociedade se voltam agora para o interior da família. A família burguesa se transforma então em espaço privado e os espaços públicos ficam restritos ao “[...] triângulo pai, mãe e filhos e por uma completa combinação de autoridade e amor parental” (BRUSCHINI, 1995, p. 51).

A família burguesa passa a ser definida com base religiosa, ou seja, com resquícios da influência da igreja e por suas características inabaláveis de sociedade patriarcal, monogâmica, heterossexual e nuclear. Essas características da família burguesa perpetuarão e solidificarão as formas de convivência e de formação das famílias da Era Moderna. Esta, por sua vez, surge no final do século XVIII e meados do século XIX e é fundada no amor romântico, sanciona os desejos sexuais através do casamento, valoriza a divisão do trabalho entre os cônjuges.

O modelo de família na Era Moderna foi o da família nuclear, derivada da família burguesa, sendo esta composta pelo marido/pai, pela esposa/mãe e pelos filhos legítimos do

casal. Segundo Bruschini (1995), a família moderna se constituirá a partir de laços afetivos cada vez mais sólidos e do cuidado com seus membros. Ela dará ao homem o status de chefe de família, colocando a função de ser pai num lugar privilegiado no contexto social. “O pai de família torna-se uma figura moral que inspira respeito a toda sociedade” (BRUSCHINI, 1995, p.52).

[...] família no século XIX se encontra assim fortalecida na sua legitimidade e no seu poder por toda a sociedade, que nela vê um mecanismo regulador fundamental, célula pretensamente estável e equilibrada, responsável pela mediação do público com o privado, geradora da ordem social, assegurando o funcionamento econômico, a formação de mão-de-obra, a transmissão de patrimônio, avançando em direção ao progresso (ROMAGNOLI 2006, p.23).

As transformações ocorridas na formação da família na Modernidade afetaram diretamente as relações de conjugalidade do homem moderno. Nos anos trinta, o amor conjugal passa ter maior peso nas decisões matrimoniais através da influência massiva da Igreja Católica (ZAMBERLAM, 2001). Na década de cinquenta, a família torna-se reduzida quanto ao número de filhos, os cônjuges procuram a satisfação tanto pessoal, no interior do núcleo familiar, quanto profissional, assim como qualidade de vida e longevidade passaram a ser prioridade nesse período.

Nos anos de 1960, as uniões entre homens e mulheres ocorreram a partir de um sentimento de realização pessoal. A estabilidade do casamento é associada às satisfações amorosas e sexuais de cada membro do casal. As alianças entre homens e mulheres são fundadas num compromisso de um com o outro, independentemente dos rituais religiosos e legais. A vida conjugal é pautada no compromisso do envelhecimento juntos, compartilhando experiências dessa fase. Na sociedade contemporânea, essas configurações de famílias cujas formas de composição se diferem do modelo de família nuclear são denominadas de novas configurações familiares. A expressão é utilizada principalmente para destacar a coexistência de diferentes modos de famílias no contexto social, desmistificando, assim, a ideia de que qualquer forma de família que não possui o formato nuclear é determinadamente desestruturada, ou seja expectativa de um envelhecimento assistido pela família foi sendo alterado (AZEVEDO, 2008).

No século XXI, a família tem se baseado em torno da afetividade, interligando os sujeitos, desprezando, dessa maneira, o liame da consanguinidade/parentalidade, sendo necessário apenas que a relação seja pautada pelo amor, amizade e companheirismo (COSTA,

2012). Considera-se essa a principal característica familiar, capaz de passar os elementos necessários ao desenvolvimento integral do sujeito no âmbito social, afetivo, emocional e biológico (GABARDO; JUNGES; SELLI, 2009).

A definição de família criada por Petzold (1996, p.39), nomeada de definição ecopsicológica, sustenta que família “é um grupo social especial, caracterizado por relações íntimas e intergeracionais entre seus membros”. A partir desta definição pode-se trabalhar com as inúmeras configurações familiares, que começam a aparecer na sociedade.

Visando demonstrar diversas configurações de família presentes na atualidade, utilizou-se o estudo de Caniço et al. (2011), que as classificam de acordo com a estrutura e dinâmica global. Este trabalho apresenta as famílias em diversas configurações, contudo para melhor compreensão foi selecionado apenas alguns tipos que se encaixariam melhor dentro do modelo de estudo.

Quadro 1: Caracterização dos tipos de configurações familiares

Tipo	Caracterização	Exemplo
Nuclear ou Simples	Uma só união entre adultos e um só nível de descendência.	Pai, mãe, filho(s).
Alargada ou extensa	Co-habitam descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitor(es) e/ou filho(s).	Avós morando com netos, tios, primos, cunhados.
Reconstruída, combinada ou recombinação	Nova união conjugal, com existência ou não de descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois membros.	Homem divorciado casado com outra mulher separada que possui um filho da outra relação.
Homoafetiva	União conjugal entre duas pessoas do mesmo sexo, independente do restante da estrutura.	Dois homens casados ou duas mulheres morando juntas.
Monoparental	Progenitor que co-habita com o(s) seu(s) descendentes, não tendo relação conjugal de co-habitação permanente.	Viúva com filhos ou homem separado com filhos.
Dança a dois	Dois pessoas com relações ou não de consanguinidade e inexistência de relação conjugal.	Dois irmãs, dois primos, avó e neto.
De co-habitação	Homem e/ou mulher que vivem na mesma habitação, com inexistência de laços familiares ou relação conjugal.	Universitários, imigrantes.
Consanguínea	Existe uma relação conjugal consanguínea, independente do restante da estrutura.	Casal de primos.
Acordeão	Um dos cônjuges se ausenta por períodos prolongados ou frequentes.	Família com um migrante para o exterior ou de militares em missão.
Múltipla ou dois em um	Um elemento integra duas ou mais famílias, constituindo agregados diferentes, eventualmente com descendentes em ambos.	Homem com duas esposas que moram em casas diferentes.

Fonte: Caniço et al., 2011.

Na sociedade pós-moderna existe uma multiplicidade de normas que orientam os sujeitos em função de suas experiências de vida. Por isso, pode-se dizer que cada pessoa está e estará ao longo de sua existência inserida em vários modelos de família (a de seus ancestrais, a de sua infância, a de sua adolescência, a de sua vida adulta e de sua velhice), assumindo em cada fase características peculiares. Em cada tipo é mantida a função primordial, que é a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando seu desenvolvimento (SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004).

No mundo contemporâneo, as famílias pós-nucleares vêm responder às exigências sociais, permitindo assim a continuidade da vida em família. Dessa forma, é possível afirmar que a família, nos dias de hoje, permanece, mas transformada.

1. 2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido não apenas por perdas, mas também por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e, como tal, sofre a influências tanto da família, quanto da sociedade de uma maneira geral, interferindo na maneira de compreender o seu processo de envelhecimento/velhice e/ou o dos seus familiares (HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007).

No dizer de Beauvoir (1990), o envelhecimento "tem, sobretudo uma dimensão existencial e como todas as situações humanas, modifica a relação do homem com o tempo, com o mundo e com a sua própria história revestindo-se não só de características bio-psíquicas, como também, sociais e culturais".

Envelhecer não é um processo homogêneo. Cada indivíduo vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais a eles relacionados como saúde, educação e condições econômicas. O envelhecimento não deve ser considerado sob uma ótica curativa, mas sim preventiva, onde a saúde pode ser definida como aptidão que o indivíduo possui para manter um estilo de vida desejável. A busca de uma velhice bem-sucedida depende do equilíbrio entre as perdas e ganhos do indivíduo, permitindo enfrentar as limitações do processo de envelhecimento (LIMA; MURAI, 2005).

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, aumento do risco de contrair diversas doenças e declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Além disso, a idade avançada frequentemente envolve mudanças significativas além das perdas biológicas. Essas mudanças incluem alterações nos papéis e posições sociais. Nos aspectos culturais interferem na maneira de desejar o envelhecimento e conseqüentemente, na atitude do indivíduo idoso no ambiente que vive. A possibilidade de conseguir envelhecer de maneira bem-sucedida depende, dentre outros fatores, da história de vida e da forma como cada sujeito entende o processo de envelhecimento e a velhice (COUTINHO, 2012).

No imaginário social, o envelhecer está associado com o fim de uma etapa, é sinônimo de sofrimento, solidão, doença e morte. Dificilmente neste imaginário observa-se prazer de viver essa fase da vida. O negativismo em torno do processo de envelhecimento foi construído historicamente e nos diferentes grupos sociais, de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças e valores (HECK; LANGDON, 2002; SCOTT, 2002).

O indivíduo pode envelhecer de forma natural, convivendo bem com as limitações impostas pela idade, mantendo-se ativo até na fase mais tardia da vida, atributo cientificamente denominado de senescência; porém, quando o envelhecimento se apresenta de forma patológica, no qual o efeito negativo das doenças provoca incapacidade progressiva para uma vida saudável e ativa, esse é denominado de senilidade (GARCIA; SAINTRAIN, 2009).

A autopercepção de saúde, apesar de ser uma avaliação subjetiva, tem mostrado resultados semelhantes aos de avaliações objetivas de condições de saúde, tem sido muito utilizada em pesquisas que visam estabelecer o estado de saúde do indivíduo, especialmente do idoso (ALVES, 2004; DACHS; SANTOS, 2006). Além de ser uma informação facilmente obtida, pois depende apenas da opinião do idoso sobre sua própria saúde, mostra-se associada a maior probabilidade de ocorrência de óbito quando considerada como sendo má (COUTINHO, 2012).

No idoso principalmente, a autopercepção de saúde é produto de um amplo espectro de fatores determinantes, incluindo a idade, o sexo, o suporte familiar, o estado conjugal, as oportunidades de educação e emprego, a renda, a capacidade funcional, as condições crônicas de saúde, o estilo de vida, dentre outros (BARON-EPEL; KAPLAN, 2001). A autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional. Além disso, é um indicador de mortalidade: as pessoas que relatam possuírem frágil apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas de morte em comparação com aquelas que relatam possuir uma saúde excelente (COUTINHO, 2012).

Os idosos são um grupo de indivíduos que naturalmente, em decorrência de diversas alterações que ocorrem durante o processo de envelhecimento susceptíveis a adquirirem enfermidades crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade. Esses agravos podem ocasionar certa dificuldade na aceitação dessa condição de cronicidade, como também do próprio envelhecer (GARCIA et al., 2005; MENEZES; LOPES; AZEVEDO, 2009).

O aspecto psicológico deve ser trabalhado com o idoso, pois a solidão é fator de risco para a autopercepção negativa da saúde. A solidão pode ser considerada como resultado das mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, como: a redução do núcleo familiar, a participação efetiva da mulher no mercado de trabalho e a quebra dos vínculos matrimoniais, pois muitas vezes existe, de fato, o abandono da família e conseqüentemente a solidão, o que acarretará o estado depressivo (LESSA, 1998; GARBIN et. al.,2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) vem realizando atividade na busca de proporcionar o envelhecimento ativo com toda população mundial, ou seja, desenvolver um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, pressupõe independência como principal marcador de saúde. Envelhecimento não é sinônimo de doença. Contudo saúde no idoso não significa estar sem doença. Saúde no idoso significa independência física, psicológica, social e espiritual.

Sabe-se que esse viver mais, é importante na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Autonomia, participação, cuidado, auto satisfação, possibilidade de atuar em variados contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são, hoje, conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos (VERAS, 2007).

1.3 CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos, existindo uma legislação específica do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996). É esta legislação que regulamenta a Política Nacional do Idoso, prevê a formação do Conselho Nacional do Idoso e contempla o direito à saúde e à assistência social (BRASIL, 1998).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1983), classifica a população idosa de acordo com o desenvolvimento do país, no qual o indivíduo está inserido. Em países desenvolvidos,

são aqueles indivíduos com idade de 65 anos ou mais, e em países em desenvolvimento, indivíduos com 60 anos ou mais.

Com base na autonomia de vida, a OMS (1983) classificou os pacientes idosos em 3 grupos: funcionalmente independente (vivem sem necessitar de ajuda); parcialmente dependentes (indivíduos incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada); totalmente dependente (estão impossibilitadas de viver com independência e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente).

Estes conceitos são úteis ao contexto do envelhecimento, pois estão ligados ao grau de independência com que os idosos desempenham as funções no dia-a-dia dentro de seu contexto sócio econômico e cultural. Do ponto de vista prático, estas funções podem ser medidas através do desempenho das atividades diárias, como por exemplo, a capacidade de cuidado pessoal (higiene), preparo das refeições, manutenção básica da casa. A operacionalização deste conceito é difícil, mas seus resultados são mais detalhados do que os obtidos apenas com utilização do conceito de envelhecimento cronológico (WHO, 2002).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2010), verifica-se um crescimento na participação relativa da população com 60 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) os brasileiros com 60 anos ou mais, ou seja, idosos, somavam 26.279.000 em 2013, o equivalente a 13% da população. Porém, apesar do aumento da população idosa, nas diferentes camadas, segmentos ou classes sociais, a maioria dos idosos vivem a velhice de forma diversificada, como se a finitude da vida reproduzisse e ampliasse as desigualdades sociais.

Observa-se no Brasil uma exclusão social do idoso, que apresenta baixo poder aquisitivo em função das aposentadorias irrisórias, da dificuldade de acesso a bens culturais e de saúde, e das perdas de papéis sociais. O discurso da improdutividade ainda é comum na atualidade, organizando-se como um estereótipo que acaba por estigmatizar e até excluir o idoso de seu meio familiar e social (SILVA, 2006).

O Relatório Síntese dos Indicadores Sociais (BRASIL, 2012), demonstra que o perfil da população idosa no Brasil possui mais mulheres do que homens, ou seja, 55,8% são mulheres

e 44,2% são homens. Em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens. A maioria reside na área urbana (83,9%), grande parte dessa população está concentrada na região sudeste (46,6%), sendo o estado do Rio Grande do Sul com o maior número desses idosos. Em relação a renda domiciliar per capita, 43,2% dos idosos vivem com até um salário mínimo. Uma pequena porcentagem (29%) possuía renda domiciliar per capita entre um e dois salários mínimos e, 22,9% de dois salários mínimos. Quanto a escolaridade os dados indicam que nesse grupo 30,7% dos idosos possuem menos de um ano de estudo. Evidenciou ainda que, os homens possuem em média 4,8 anos de estudo enquanto as mulheres 4,6 anos. A pesquisa verificou que 30,6% dos idosos moravam com filhos. A proporção de idosos que vivam sozinhos sem filhos, cônjuges ou outros parentes representa 15,1% com predominância desse dado entre as mulheres.

O processo de envelhecimento rápido gera expectativa de demanda de serviços de saúde e coloca os profissionais desta área frente a um desafio e uma oportunidade. O desafio, refere-se a enorme tarefa de levar atenção de saúde a este contingente populacional em rápido crescimento e a oportunidade refere-se a possibilidade de planejar durante os próximos 20 anos, em que esta população dobrará em números, ações que possam responder as demandas deste grupo etário. Programas próprios para os idosos, formação profissional e a criação de espaços específicos de atenção ao idoso e de estudos e pesquisas sobre o envelhecimento e sua repercussão na saúde são exemplos de ações que responderiam a esta demanda (PRADO; SAYD, 2007).

Ressalta-se que, em 2000, 24,1% das famílias brasileiras tinham pelo menos uma pessoa com 60 anos ou mais de idade coabitando a mesma casa, reforçando seu importante papel de apoio informal na sociedade (SOUZA; SKUBS; BRETÃS, 2007). Nessa perspectiva, o suporte familiar é caracterizado pelas variáveis psicológicas presentes nas relações familiares, que têm papel fundamental no desenvolvimento de seus membros, influenciando a forma como são vivenciados e reproduzidos comportamentos, afetividade e valores sociais. O suporte familiar é considerado ótimo quando houver na família altos níveis de carinho e permissão para autonomia e independência (BAPTISTA, 2005).

A maior vulnerabilidade de processos patológicos pode ocasionar a diminuição da capacidade funcional do idoso, o que na maioria das vezes implica em uma necessidade de cuidado diferenciado para com o mesmo (SILVA et al., 2006). Nesse sentido, é imprescindível

à qualidade do cuidado revelar o papel da família do idoso, uma vez que ela está presente no dia a dia do mesmo, tendo que lidar com o processo de envelhecimento e com os problemas que o idoso pode desenvolver. Essa dinâmica vem ocasionando mudanças na própria estrutura familiar, na qual a intergeracionalidade surge como uma das características do processo de envelhecimento não só individual, mas coletivo, em que seus membros envelhecem juntos, se reorganizando para fazer face às demandas do envelhecimento.

Segundo Pereira (2004, p.32), “a família vem sendo redescoberta como um importante agente privado de proteção social. Em vista disso, quase todas as agendas governamentais preveem, de uma forma ou de outra, medidas de apoio familiar”. Prova disso pode ser percebida nas próprias políticas sociais e leis brasileiras que já trazem em seus textos a responsabilização da família pelo provimento de bem-estar dos idosos. O texto constitucional preceitua no artigo 230, por exemplo, que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir seu direito à vida. No primeiro inciso, o artigo estabelece que os programas de cuidados dos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

Em contrapartida observa-se uma alteração nesta dinâmica familiar, pois para muitas famílias o idoso ao mesmo que recebe suporte familiar, ele se torna ao mesmo tempo membro que irá compor a renda da família.

1.3.1 Condição de Saúde Bucal do Idoso Brasileiro

A saúde bucal é, conforme a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986), parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, merecendo atenção especial sobretudo na população idosa. A expressão saúde bucal engloba um conjunto de condições biológicas e psicológicas, que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigar, deglutir e falar. Apresenta também dimensão estética, que interfere na auto estima e no relacionamento social sem inibição ou constrangimento. A impossibilidade do exercício de uma ou mais dessas funções acarreta quadro de incapacidade bucal transitória ou permanente, cujo grau, abrangência e evolução serão variáveis de indivíduo para indivíduo, segundo o tempo, as

características clínicas, as possibilidades terapêuticas e a inserção social de cada um (NARVAI; ANTUNES, 2003).

Uma avaliação das condições de saúde bucal de 194 indivíduos idosos (91 institucionalizados e 103 não-institucionalizados), no município de Araraquara, estado de São Paulo, no ano de 1998, foi desenvolvida por Silva e Valsecki Jr (2000). Os resultados mostraram um grande número de edentados (72% dos institucionalizados e 60% dos não-institucionalizados), grande frequência de bolsas periodontais (57 e 75%) e de próteses inadequadas (80% das próteses em pessoas institucionalizadas e 61% em pessoas não-institucionalizadas).

A perda parcial ou total dos elementos dentais retrata um processo irreversível e cumulativo. É um dos principais problemas encontrados na população idosa brasileira, devido ao grande número de idosos atingidos e às consequências que este fato pode ter na vida, em relação à saúde. A perda dos elementos dentais pode ser influenciada por fatores como a motivação, cooperação do indivíduo, sua habilidade para realizar uma higiene adequada, acesso à informação e a um serviço de boa qualidade (MOREIRA et al., 2006).

O idoso brasileiro possui diversos problemas bucais provavelmente em virtude da ausência de programas públicos específicos para a faixa etária, na redução da renda que impede o acesso a serviços privados. A situação também reflete a herança de uma prática odontológica iatrogênica-mutiladora e de valores culturais e comportamentais, tanto dos pacientes quanto dos profissionais (CAMPOSTRINI; FERREIRA; ROCHA, 2007). A condição bucal não permite apenas um registro quantitativo, mas possui também uma história vivida. A condição bucal desfavorável reforça o estigma do portador e amplifica sua exclusão (SILVA; SAINTRAIN, 2006).

Segundo Neri et al. (2005), a saúde bucal percebida pelo idoso se constitui em um indicador de qualidade de vida, ou seja, uma avaliação subjetiva que o indivíduo faz sobre a saúde física e mental a partir de uma perspectiva temporal e comparativa. Múltiplas variáveis estão presentes na percepção de saúde bucal do idoso, variáveis demográficas como: idade, raça, gênero unem-se a renda, nível de escolaridade, ocupação, e aspectos psicológicos.

A Odontologia vem buscando por meio dos avanços tecnológicos, recursos que devolvam ao paciente a estética bucal. A aparência estética dos dentes apresenta uma grande

importância no convívio social diário, no ambiente de trabalho e para a saúde psicológica das pessoas (LOPES, 2000).

Assim, a saúde subjetiva passa a ser, portanto, importante não só no diagnóstico e tratamento das necessidades dos idosos, mas, também, contribui para se elaborar planos educacionais, sociais e preventivos. Para se avaliar a qualidade da saúde bucal do idoso pode-se utilizar exames clínicos, radiografias, além disso, avaliações subjetivas de bem-estar podem ser utilizadas, por meio de auto relatos dos pacientes. No levantamento epidemiológico apresentado pelo Ministério da Saúde sobre a saúde bucal do brasileiro (BRASIL, 2010), constatou-se que entre os idosos de 65 a 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,5% em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8%, com a maioria correspondendo ao componente “extraído”.

No que diz respeito às condições periodontais, ou seja, um conjunto de condições inflamatórias, de caráter crônico, e de origem bacteriana, que começa afetando o tecido gengival e pode levar, com o tempo, à perda dos tecidos de suporte dos dentes, avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), constatou-se que 1,8% dos idosos apresentam essa condição. Por sua vez, a presença de cálculo e sangramento nos idosos, têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes (BRASIL, 2010).

Com relação ao edentulismo, avaliado pela necessidade de prótese dentária, em idosos de 65 a 74 anos, 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares (BRASIL,2010).

1.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde (APS), tomou rumos significativos a partir dos movimentos mundiais na busca da melhoria da saúde das populações. Um marco importante desse processo foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu na cidade de Alma-Ata, situada na antiga União Soviética, em setembro de 1978. Nesta foram discutidas as primeiras referências aos cuidados primários de saúde, apresentando como meta o tema

“Saúde para todos no ano 2000” e, conseqüentemente, salientando a importância à atenção primária à saúde (MENDES, 2004).

A Declaração de Alma-Ata apresenta dez elementos primordiais para a melhoria da saúde das populações, principalmente no que se refere à atenção básica. Dentre os quais, destaca-se a importância dos cuidados primários à saúde em alcançar universalmente os indivíduos e as famílias, tendo como foco primordial a saúde das comunidades. Para que isso seja efetivado, a aproximação das famílias deve ser a primeira instância a ser priorizada, ou seja, o contato com as pessoas, conhecendo o lugar de (con) vivência e trabalho dos sujeitos, para que sejam norteadas ações reais de cuidados essenciais à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Porém, Zanchi e Zugno (2010) afirmam que as propostas de Alma-Ata tiveram dificuldades de implantação, tendo em vista os problemas econômicos dos países emergentes. As propostas são comprovadas a partir da constatação de que a saúde contribui efetivamente para a qualidade de vida da população, da mesma forma que os diversos componentes sociais prejudicam a saúde das pessoas. Entretanto, mudanças sociopolíticas e econômicas que o mundo tem sofrido aumentaram as disparidades sociais.

Outro evento marcante foi a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em novembro de 1986, realizada na cidade de Ottawa, no Canadá. Esta traçou novas orientações, que contribuíram com a melhoria da saúde de todos até o ano de 2000 e anos subsequentes, ou seja, teve bases nas discussões e progressos alcançados pela Declaração de Alma-Ata, além de documentos da Organização Mundial de Saúde sobre a Saúde para Todos. Porém, seu maior objetivo foi o destaque para a saúde nos países industrializados, focando a importância dos padrões socioeconômicos, políticos e culturais sobre as condições de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986; FORTES, 2002; COSTA; CARBONE, 2009). A conferência de Ottawa pode ser considerada uma resposta às expectativas por uma nova saúde pública, e somou no direcionamento de vários outros movimentos de saúde que vinham acontecendo no mundo.

Tendo em vista os diversos padrões culturais dos indivíduos e/ou comunidades, merecem destaque, no âmbito da saúde coletiva, os direcionamentos governamentais para a construção das políticas públicas saudáveis. Destarte, vem à tona outro foco da Carta de Ottawa: para a promoção da saúde as ações transcendem os cuidados de saúde e passam a estar na

agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, apontando a importância de suas responsabilidades no desenvolvimento da política de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

No Brasil, o direito à saúde foi consolidado pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo número 196, que apresenta a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo garantida por políticas sociais e econômicas que visam a universalidade ao acesso e ao atendimento igualitário de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação, nascendo, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Um marco importante foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília no ano de 1986. Prevaleram na Conferência as ideias da Reforma Sanitária, com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e findou sinalizando para a construção de um Sistema Único de Saúde (ARCHANJO; ARCHANJO; SILVA, 2007).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) mostra alguns pontos dentro do tema Saúde como direito, influenciando mais tarde a construção do SUS, como:

1 Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, os resultados das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico em determinada sociedade, em um dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 Direito a saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p. 4).

Tomando como base os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde, iniciaram-se dois processos: um no executivo, relativo à implantação de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e outro no Congresso Nacional, a elaboração da Constituição de 1988, que incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretivas, reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da Reforma Sanitária. Nesta, a saúde é considerada um resultado das políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, tendo suas ações providas por um Sistema Único de Saúde, cujos princípios

são a integralidade, equidade e universalidade, ao mesmo tempo em que o art. 199 mantém a liberdade da iniciativa privada (ZANCHI; ZUNGO, 2010).

Tais mudanças constitucionais abarcam melhorias para o direcionamento das políticas públicas de saúde, bem como o desenvolvimento social do direito à saúde. No âmbito das políticas públicas de saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se a principal precursora de trabalho para a promoção da saúde, uma vez que se torna a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, favorecendo a reorientação do processo de trabalho e aprofundando suas ações nos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica de saúde. Uma das fundamentações básicas dessas diretrizes está no processo de coordenação de ações integrativas, programáticas e demanda espontânea, objetivando a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, e manejo das diversas tecnologias de cuidado em prol da autonomia dos usuários e coletividades (BRASIL, 2012a).

No Brasil, em 1994, foi promulgada a lei nº 8.842 que trata da Política Nacional do Idoso (PNI). Essa política objetiva assegurar os direitos sociais do idoso, criando 21 condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Para o alcance desse objetivo foram definidas algumas diretrizes de atuação, como: Atendimento ao idoso por intermédio de suas próprias famílias (em detrimento ao atendimento asilar, exceto quando absolutamente necessário). Capacitação de recursos humanos na área de geriatria e gerontologia. Educação da sociedade quanto ao caráter biopsicossocial do envelhecimento e priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados (VARGAS, 2011).

Após a publicação da Política Nacional do Idoso (PNI), o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). O objetivo dessa política é implementar ações para o envelhecimento saudável, o que significa dizer, preservar a capacidade funcional, a autonomia e manter o nível de qualidade de vida (VARGAS, 2011). Assim, as diretrizes contidas na política são: 1. Promoção do envelhecimento saudável. 2. Manutenção da capacidade funcional. 3. Assistência às necessidades de saúde do idoso. 4. Reabilitação da capacidade funcional comprometida. 5. Capacitação de recursos humanos. 6. Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. 7. Estudos e pesquisas sobre envelhecimento.

1.5 TERRITÓRIO E SAÚDE

Segundo Barcelos (2006), os Sistemas de Saúde se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. As diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8080) têm uma forte relação com a ideia de território. Por seguir os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde.

O SUS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), organiza a gestão dos serviços de saúde, considerando-se uma delimitação espacial previamente determinada. Este espaço político-administrativo comporta uma dinâmica interação entre uma população específica, que vive um determinado tempo e espaço, com suas particularidades. Cada território é composto por problemas de saúde específicos e conhecer sua dinâmica é fundamental para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

“O propósito fundamental desse processo de territorialização é permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de intervenções sobre grupos prioritizados e, conseqüentemente, em um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida” (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998, p. 20).

A análise do território possibilita identificar alguns fatores que interferem na acessibilidade da população ao serviço de saúde, em especial quando se trata do suporte familiar necessário para a adesão do idoso ao tratamento odontológico.

O termo território origina-se do latim *territorium*, que deriva de terra e que nos tratados de agrimensura aparece com o significado de ‘pedaço de terra apropriada’. Em uma acepção mais antiga pode significar uma porção delimitada da superfície terrestre (GONDIM; MONKEM, 2003). Nasce com dupla conotação, material e simbólica, dado que etimologicamente aparece muito próximo de terra-*territorium* quanto de terreo-territor (terror, aterrorizar). Tem relação com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do

medo, do terror – em especial para aqueles que, subjugados à dominação, tornam-se aliados da terra ou são impedidos de entrar no ‘*territorium*’.

Segundo Raffestin (1981), o território se forma quando um indivíduo se apropria de um espaço concreta ou abstratamente (por exemplo, pela representação). Nesta perspectiva, o território é um espaço onde se projeta um trabalho e, conseqüentemente, é marcado por relações de poder. O espaço comportará múltiplos territórios, como regiões administrativas e econômicas, que quase nunca ocupam a mesma dimensão. Assim também ocorre com a organização dos serviços de saúde, educação e assistência, que respondem a uma lógica própria de dimensão e organização territorial.

O conceito de território deve abarcar mais que o território do Estado-Nação, o território é político e cultural, mas não um território ideologizado com um poder centralizador como o Estado-Nação, mas um território autônomo, onde as pessoas têm a liberdade de manifestar suas escolhas e potencialidades, gerando um espaço socialmente equitativo (SOUZA, 2001).

O território, para Milton Santos, não é organizado somente pelo Estado, como também, não está restrito à dimensão política do espaço, ou seja, não é apenas um espaço delimitado pelas relações de poder. Há também o uso e apropriação do território por outros agentes. O território engloba as relações de poder, assim como, as relações econômicas e simbólicas (SANTOS, 1990).

O território é simultaneamente material e social, composto por uma dialética, como o espaço geográfico. O território-forma é o espaço material e o território usado é o espaço material mais o espaço social. O território usado é constituído pelo território forma – espaço geográfico do Estado – e seu uso, apropriação, produção, ordenamento e organização pelos diversos agentes que o compõem: as firmas, as instituições – incluindo o próprio estado e as pessoas. Território é um lugar com vida e identidade, e esse território pode ter um, vários, ou nenhum lugar; uma vez que, o território possui uma ligação de poder e delimitação; já o lugar possui uma ligação com a cultura e um contexto de identidade (SANTOS, 1990).

O processo de territorialização pode ser entendido como um movimento historicamente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais. Dessa forma, caracteriza-se como um dos produtos sócio espaciais das contradições sociais sob a tríade economia, política e cultura (EPC), que determina as diferentes territorialidades no tempo e no

espaço - as desterritorialidades e as reterritorialidades. Por isso, a perda ou a constituição dos territórios nasce no interior da própria territorialização e do próprio território. Ou seja, os territórios encontram-se em permanente movimento de construção, desconstrução e reconstrução (GONDIM; MONKEN, 2003).

A territorialização é considerada um processo de habitar um território. O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos - não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais - mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade (CECCIM, 2005).

Na perspectiva relacional é considerado que as relações sócias históricas ocorrem no espaço em um determinado tempo, sendo o território fruto de uma relação complexa entre os processos sociais e o espaço material. Essa perspectiva nos possibilita entender o território como movimento, fluidez, interconexão, dando origem a processos como TDR (territorialização, desterritorialização e reterritorialização). A territorialização seria fruto de uma estratégia para tomar posse de um espaço geográfico, a desterritorialização seria o abandono espontâneo ou forçado da territorialização e a reterritorialização constitui-se na construção de uma nova territorialização, que não necessariamente ocorre na mesma localidade (HAESBAERT, 2004).

A partir dessas considerações é possível entender a perspectiva da multiterritorialidade, conceito defendido por Haesbaert (2004), que em linhas gerais pode ser concebida como um processo de reterritorialização constante, seja de uma área (território-zona) ou de uma série de áreas (território-rede) que o ser humano e as sociedades vivenciam contínua e simultaneamente. O território possui diferentes combinações: simbólico e funcional, mesmo quando é simbólico onde predomina multiplicidade e processos de apropriação se faz presente o território funcional, ou seja, onde há relações de poder, desigualdade, dominação e vice e versa. Nessa perspectiva aborda quatro vertentes utilizadas na Geografia: política, cultural, econômica e naturalista.

Para Saquet (2006), território é multidimensional onde as relações sociais se materializam e se reproduzem, em movimentos desiguais, contraditórios e conflituosos, portanto o processo de produção do território é construído pelo movimento histórico no qual o território é apropriado e erigido socialmente como resultado e condição do processo de territorialização.

Território é natureza e sociedade: não há separação: é economia, política e cultura; edificação e relações sociais; des-continuidades; conexão e redes; domínio e subordinação; degradação e proteção ambiental, etc. Em outras palavras, o território significa heterogeneidade e *traços comuns*, apropriação e dominação historicamente condicionadas; é produto e condição histórica e trans-escalar; com múltiplas variáveis, determinações, relações e unidade. É espaço de moradia, de produção de serviços, de mobilidade, de desorganização, de arte, de sonhos, enfim, de vida (objetiva subjetivamente). O território é processual e relacional, (i)material, com diversidade e unidade, concomitantemente (SAQUET, 2006, p.83).

O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (GONDIM; MONKEN, 2003).

Segundo Pereira (2015), a ideia de território caminharia de uma concepção política para cultural, apontando a necessidade de uma nova proposta teórico-metodológica para a operacionalização de conceitos territoriais. O território se torna um lugar onde a população estabelece as relações sociais, vivencia seus problemas de saúde e interage com os profissionais das Estratégias de saúde da família.

Para compressão de territorialidade, Haesbaert (2004) considera fundamental que se busque superar a dicotomia material/ideal que envolve cada uma das matrizes do conceito de território anteriormente referidas, encarando o território de forma integrada, envolvendo, ao mesmo tempo, a dimensão espacial material das relações sociais e o conjunto de representações sobre o espaço. Existem duas possibilidades para a definição de território nos dias atuais: admitir vários tipos de territórios que coexistiriam no mundo contemporâneo, dependendo dos fundamentos ligados ao controle e/ou apropriação do espaço, isto é, territórios políticos, econômicos e culturais, cada um deles com uma dinâmica própria, ou trabalhar com a ideia de uma nova forma de construirmos o território, se não de forma “total”, pelo menos de forma integrada. "As questões de controle, ordenamento e gestão do espaço, onde se inserem as questões ambientais, têm sido cada vez mais centrais para alimentar estes debates. Elas nos ajudam a repensar o conceito de território.

A necessidade de se considerar duas características básicas do território: seu caráter político no jogo entre os “macro-poderes” políticos institucionalizados e os “micropoderes”, muitas vezes mais simbólicos, produzidos e vividos no cotidiano das populações, em segundo lugar, seu caráter integrador. O Estado em seu papel gestor-redistributivo e os indivíduos e

grupos sociais em sua vivência concreta como os “ambientes” capazes de reconhecer e de tratar o espaço social em todas as suas múltiplas dimensões" (GONDIM; MONKEN, 2003).

1.6 SUPORTE FAMILIAR

Suporte social consiste em uma rede de pessoas com as quais um indivíduo pode confiar e contar, de onde provém cuidado, laços de afeto, apoio instrumental e valores, exercendo influência em seus comportamentos na construção de sua personalidade. Este é considerado uma importante fonte de proteção contra os fatores estressores da vida, sendo necessário à saúde física e emocional (DESSEN; BRAZ, 2000). Uma das principais fontes de suporte social é a família, sendo este tipo denominado suporte familiar. O suporte social seria uma condição ampla e o familiar mais específico, contudo ambos são essenciais a manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes (NUNES; CALAIS, 2011).

O construto suporte familiar pode ser considerado multidimensional e de difícil operacionalização, pois não se encontra na literatura uma conceituação padrão para este termo. Além disso, abrange as complexas questões referentes às relações que se estabelecem entre os membros de uma família (BAPTISTA; SOUZA; ALVES, 2008). Entende-se por suporte familiar a capacidade que tem a família de oferecer a seus membros apoio emocional (informação, autonomia, empatia, afetividade, aceitação, liberdade, constância, cuidado e diálogo) e a maneira como estes se relacionam.

Dentre as funções do suporte familiar destaca-se o fornecimento de recursos para satisfazer as necessidades psicológicas e fisiológicas básicas e funcionar como um dos principais amortecedores de impactos sociais e estressores na vida de seus integrantes (INOUYE et al., 2010). O efeito principal fundamenta-se à medida que é percebido pelo sujeito receptor, de forma que este se sinta valorizado, reconhecido, cuidado, protegido, compreendido e fazendo parte de um grupo. É esta percepção satisfatória que vai permitir ao indivíduo enfrentar as adversidades, trazendo consequências positivas ao seu bem-estar e auto-estima (ALONSO et al., 2010).

O conceito de suporte familiar deve ser distinguido do de estrutura familiar, sendo o primeiro relacionado às características psicológicas, tipo de relação desenvolvido entre os integrantes do grupo. O segundo compreende as características físicas, dentre elas, o número de pessoas pertencentes a uma família, sua disposição e composição. Não há uma correlação direta entre estrutura e suporte familiar, uma vez que diferentes estruturas têm a capacidade de fornecer suporte adequado, dependendo somente do tipo de relação desenvolvido entre seus membros (MOMBELLI et al., 2011).

Várias pesquisas têm sido desenvolvidas com o intuito de estudar a importância e os efeitos da percepção do suporte familiar na vida do indivíduo, de forma que há pouca dúvida quanto à importância do suporte para a saúde física e emocional do sujeito. A satisfatória percepção do suporte familiar se relaciona positivamente com saúde mental de pais e crianças no período de nascimento de filhos (VIEIRA; VIEIRA; PRADO, 2011); menor sintomatologia depressiva (BAPTISTA; CARNEIRO; SISTO, 2010); proteção para a prevalência de transtornos mentais comuns (RODRIGUES; ALMEIDA; RAMOS, 2011); efeito protetor sobre o desenvolvimento saudável da criança (MOMBELLI et al., 2011); menor prevalência de depressão puerperal (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005) e menor estresse materno (OLIVEIRA; DESSEN, 2012).

O suporte familiar só tem efeito se percebido por quem o recebe. Percepção se refere ao conhecimento dotado de sentido ou às interpretações e valores atribuídos às coisas do mundo. O percebido é sempre uma experiência constituída de sentido, ou seja, tem significado na história de vida, faz parte das vivências individuais. É a relação do sujeito com o mundo exterior, desta forma depende da personalidade, dos afetos e desejos de cada indivíduo. A percepção também depende da vida social, sua interpretação está ligada ao modo como faz sentido para a cultura na qual o sujeito está inserido (CHAUI, 2000).

Olson, Russel e Sprenkle (1983) e Olson (1986) destacam que é importante questionar os indivíduos, não apenas sobre o funcionamento familiar, mas seu nível de satisfação com seu sistema atual. Esta satisfação envolve descrições sobre como a família é percebida e idealizada. A relação entre a percepção e a idealização é vista como uma avaliação da satisfação familiar. Quanto mais próximas estiverem percepção e idealização, mais adequado será o funcionamento familiar.

De acordo com Baptista (2009) os estudos tratam das influências de diversas variáveis relacionadas ao suporte familiar, a saber: eventos da vida, experiências e percepções, personalidade dos pais, ajustamento social, interações do dia a dia, personalidade da criança e ajustamento, influência da escola e pares e estado de saúde. Acrescenta que o processo de percepção, captado por meio de avaliações subjetivas da família deve ser visto com cautela, tendo em vista que existem variáveis cognitivas e erros de interpretação que podem enviesar a percepção que se tem da família, principalmente nas fases da infância e adolescência.

Para Campos (2004) a percepção do suporte familiar como satisfatório demonstra que o indivíduo se sente amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado e ainda, que participa de uma rede de recursos e informações. Diante dessa percepção, o indivíduo encontra forças para enfrentar situações adversas, o que traz consequências positivas para seu bem estar, como redução do estresse, aumento da autoestima e do bem-estar psicológico.

Assim sendo, esta pesquisa partiu da seguinte questão: o suporte familiar influencia na adesão ao tratamento odontológico em idosos?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer a influência do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada na zona urbana do município de Governador Valadares.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população estudada em relação ao perfil sócio demográfico, indicadores de saúde e utilização de serviços de saúde.
- Investigar a composição familiar dos idosos participantes do estudo.
- Conhecer a percepção de idosos usuários da ESF sobre o suporte familiar.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa constitui-se em um recorte do projeto de pesquisa intitulado: “Importância do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idoso”. Este é um projeto registrado na Assessoria de Pesquisa e Pós-graduação (SDS 0479/16-3) da Univale, contemplado com duas bolsas de Iniciação Científica cota institucional BIC/FAPEMIG. As bolsas foram concedidas a um aluno do curso de odontologia e outra a um aluno do curso de psicologia.

3.1 ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO

Foi adotada nesta investigação tanto uma abordagem quantitativa quanto uma qualitativa. Estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos, reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

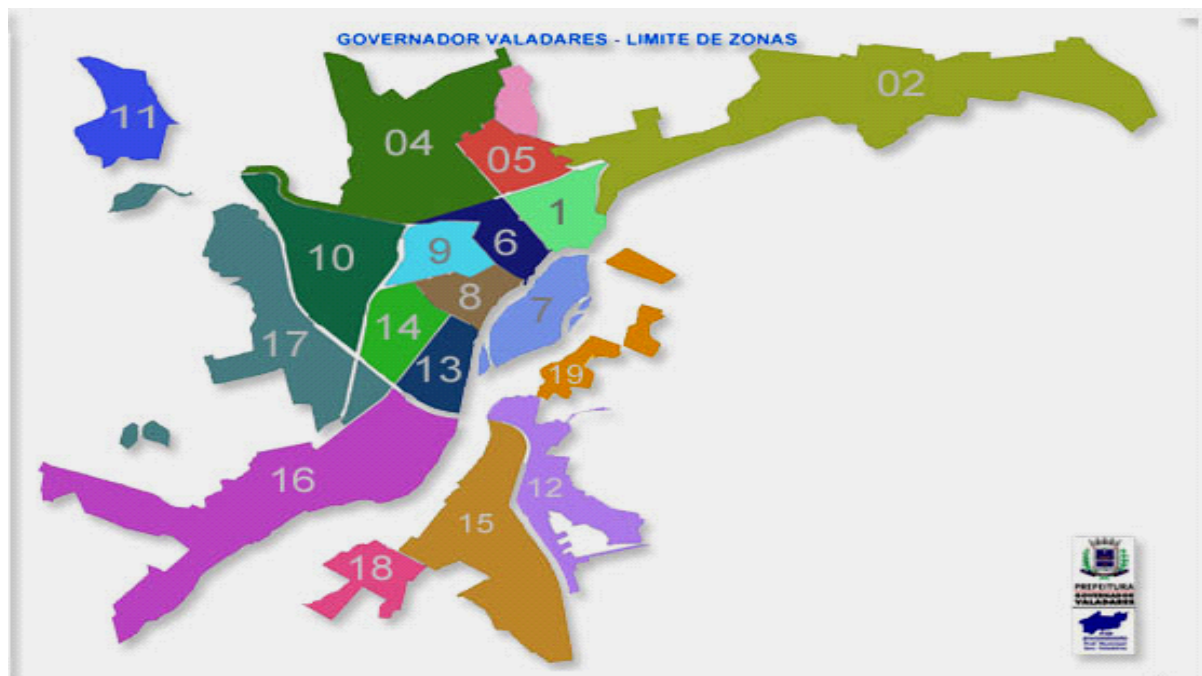
A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada; são procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis. A combinação das duas abordagens pode produzir resultados de melhor qualidade, sem esforços excessivos adicionais e pode ser um meio eficiente de aumentar a compreensão do seu objeto de estudo (MINAYO, 2004).

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e interrelação em um determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

3.2 LOCAL E UNIVERSO DE ESTUDO

Governador Valadares, município onde a pesquisa foi realizada possui 263.689 habitantes (BRASIL, 2010), sendo 28.301 idosos, representando 8,3% da população. Neste há 52 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 42 possuem equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e destas, 36 realizam atendimento odontológico ambulatorial por meio da Equipe de Saúde Bucal (ESB). Estando a zona urbana dividida em 19 regiões, 02 regiões não contam com UBS, sendo os indivíduos residentes nestes locais encaminhados para uma unidade de saúde mais próxima. O número total de idosos cadastrados nas ESF é de 17.830 idosos (BRASIL, 2010).

Figura 1: Mapa do seguimento urbano do município de Governador Valadares subdividido em áreas geográficas estratégicas



FONTE: Prefeitura Municipal de Governador Valadares, 2006.

Região 01: Centro – Esplanada – São Tarcísio

Região 02: São Pedro – Universitário – Santos Dumont – Chácaras Braúnas – Sítio das Flores – Sir- Vila Mariquita

Região 03: Santa Helena – Santa Efigênia

Região 04: Maria Eugénia – Esperança – M. do Vale – Grã-Duquesa

Região 05: Carapina – Nossa Senhora das Graças

Região 06: Centro – Vila Mariana

Região 07: Ilha dos Araújos

Região 08: Lourdes – Santa Terezinha

Região 09: Acampamento – São Geraldo – Vila Mariana

Região 10: Altinópolis – Mãe de Deus – Sto. Antonio – Vista Alegre

Região 11: Jardim do Trevo – Santa Paula

Região 12: Vila Isa – Vila Park Ibituruna – Vila Park São João

Região 13: São Paulo – Santa Terezinha

Região 14: Lourdes – Vila Bretãs

Região 15: Azteca – Jardim Atalaia - Jardim Vera Cruz – Jardim Ipê – São Raimundo – Vila Isa

Região 16: JK – Santa Rita

Região 17: Bela Vista – Jardim Perola – Distrito Industrial – Kennedy – Nova Vila Bretas – Palmeiras -Planalto – São José - Turmalina – Vila Ozanan

Região 18: Vila dos Montes – Vila do Sol

Região 19: Elvamar – Shangrilá – Vilage da Serra

3.3 AMOSTRA

Nesta dissertação é apresentado um recorte dos dados pertencentes à pesquisa “Importância do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idosos”, fomentada pela FAPEMIG que encontra-se em andamento.

A amostra da pesquisa indicada, foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Governador Valadares. Para definição do tamanho total da amostra foi realizado um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção (LEVY; LEMESHOW, 1991). O nível de confiança considerado foi de 95%, erro de 5% e o padrão considerado de 50%. O resultado do cálculo, após a correção para n final, feita com base no total de idosos cadastrados no ESF local, apontou uma amostra de 380 idosos, incluído o percentual de 10% referentes à possíveis perdas.

A partir do total de idosos cadastrados em cada Estratégia de Saúde da Família, obteve-se a proporcionalidade da amostra, por região. Este procedimento foi feito considerando-se que cada ESF representa uma região geográfica do município. Desse modo, a chance de participação dos idosos, de todas as localidades, ficou garantida (Tabela1). De acordo com Marconi e Lakatos (2002), cada elemento da população passa a ter a mesma oportunidade em ser selecionado, dando à amostra o caráter de representatividade.

Tabela 1- Distribuição da proporcionalidade de idosos segundo a região geográfica de moradia, no município estudado.

Região	%	n final	Região	%	n final
1	2,5	10	11	4,3	16
2	9,2	35	12	4,3	16
3	4,9	18	13	4,3	16
4	3,1	13	14	3,1	13
5	11,0	41	15	6,7	25
8	2,5	10	16	6,1	23
9	3,1	12	17	20,2	77
10	10,4	39	18	4,3	16

Fonte: Pesquisa de campo

Para compor a amostra utilizada nessa dissertação, foi realizado um sorteio aleatório entre as 18 regiões (tabela 1), participantes do estudo principal, sem repetição, ou seja, a ESF selecionada só poderia participar uma única vez, sendo sorteadas as regiões 1 e 2.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/ EXCLUSÃO

Foram incluídos na amostra indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, fisicamente independentes e com função cognitiva preservada para responder ao inventário sócio demográfico utilizado na pesquisa. Estas condições foram avaliadas a partir dos prontuários arquivados nas ESF e com auxílio dos profissionais de saúde que atuam nas mesmas (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde). A presença de doenças crônicas não foi considerada, uma vez que idosos podem adaptar-se as mesmas e ter uma vida autônoma e independente.

Foram excluídos indivíduos fisicamente dependentes ou totalmente dependentes, bem como aqueles que se recusaram a participar.

3.5 ESTUDO PILOTO

Visando verificar o modo de abordagem das questões e tempo gasto com as perguntas dos instrumentos de coleta de dados (Inventário sócio demográfico, Inventário de Percepção do Suporte Familiar IPSF e a entrevista) foi realizado um estudo piloto com 09 idosos em tratamento na Clínica Odontogeriatrica do Curso de Odontologia de uma Instituição de Ensino Superior, observando os critérios de inclusão e exclusão. Porém os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal.

Marconi e Lakatos (2007), atribuem a importância na realização do estudo piloto à possibilidade que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, posteriormente encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce e aprovada sob o número: 1.369.210 (ANEXO 1). Todos os participantes no momento da coleta de informações assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 2).

3.7 COLETA DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Para a efetivação da coleta dos dados, foi realizada, inicialmente, uma reunião com a Secretária Municipal de Saúde detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Na oportunidade, foi solicitada autorização (ANEXO 3) para realização da pesquisa nas Estratégias de Saúde da Família.

Após autorização, foi realizada uma reunião com a equipe de ESFs sorteadas para a apresentação do estudo, explicando os objetivos da pesquisa. Inicialmente o pesquisador reuniu-se com o responsável pela Unidade, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Nessa reunião foi proposta uma agenda para a realização da coleta. As datas e horários foram definidos de acordo com a conveniência dos idosos e profissionais levando em consideração que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde. Objetivando um adequado clima para realização das coletas, procurou-se um local que permitisse, sobretudo, reduzir a interferência de terceiros.

Na data estabelecida, o pesquisador se reuniu com os idosos presentes para o atendimento na ESF, explicando os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais seriam submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. Reforçou que a pesquisa possui caráter voluntário e que os todos participantes

necessitavam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esclareceu ainda sobre o direito de não aceitar, sem prejuízo para seu atendimento.

A coleta de dados foi realizada em julho de 2016, diariamente de segunda à sexta-feira, no período da manhã, com os idosos que procuraram a ESF para qualquer tipo de atendimento e que obedeceram aos critérios de inclusão.

3.8 DADOS QUANTITATIVOS

A coleta de dados quantitativos foi realizada utilizando dois instrumentos:

1. Inventário sócio demográfico (ANEXO 4) utilizado para caracterização da amostra, identificar os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas são: idade, sexo, situação conjugal, renda mensal individual e familiar, escolaridade, vivência familiar, número de consultas médicas realizadas na ESF (nos últimos 6 meses), número de doenças referidas (nos últimos 6 meses), número de medicamentos utilizados diariamente (nos últimos 6 meses).

2. Inventário de Percepção do Suporte Familiar é um instrumento com abordagem quantitativa que tem como objetivo identificar a percepção que o indivíduo possui do suporte familiar (ANEXO 5). Este suporte pode ser proveniente tanto de sua família nuclear quanto da família extensa. Demonstra boas qualidades psicométricas e já possui evidências de validade de construto. Foi aprovado pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), do Conselho Federal de Psicologia do Brasil (CFP, 2009).

O IPSF é composto por 42 questões, sendo todas fechadas, respondidas em uma escala de três pontos, modelo Likert de sentido e pontuação crescente: 0 = "Quase Nunca ou Nunca", 1 = "Às vezes" e 2 = "Quase Sempre ou Sempre". Contudo, o item Adaptação deve ser pontuado inversamente para que possa ser calculado com valência igual aos itens das outras duas dimensões. Contempla três fatores:

1. Afetivo/Consistente – Têm 21 itens relacionados à expressão da afetividade entre os membros familiares, interesse, proximidade, acolhimento, comunicação, interação, respeito,

empatia, clareza nas regras intra-familiares, consistência dos comportamentos, verbalizações e habilidades na resolução de problemas.

2. Adaptação – Contêm 13 itens que incluem sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, não pertencimento, vergonha, irritação, relações agressivas, percepção de que os familiares competem entre si.

3. Autonomia Familiar – Possui 08 itens que abrangem confiança, liberdade e privacidade entre os membros.

Pode ser utilizado em indivíduos de qualquer sexo, com idade acima de 11 anos, individualmente ou em grupo. Aplicação deste teste foi realizada individualmente em forma de entrevista, mantendo-se um caráter de informalidade, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado através de *rapport* junto aos idosos. As respostas foram anotadas diretamente na folha de respostas conforme orientações descritas no livro de instruções do teste (BAPTISTA, 2009).

3.9 DADOS QUALITATIVOS

Os dados qualitativos foram obtidos a partir das respostas a três perguntas: O que significa família para você? Na sua visão, quem compõem sua família hoje? Você acha que o apoio de sua família pode ajudar na adesão ao tratamento odontológico? (ANEXO 6).

Foram entrevistados dez idosos, sendo 5 do sexo masculino e 5 do feminino. A definição do número de indivíduos não se fez com base em amostragem probabilística, sendo o número de sujeitos delimitado pela saturação dos discursos (BAUER ; AARTS, 2002). Este número foi considerado ideal, pois de acordo com Santos (1999) o tamanho da mostra não é fator determinante da significância do estudo qualitativo, que trabalha com amostras relativamente pequenas, intencionalmente selecionadas.

No início da entrevista, os pesquisadores utilizaram de um recurso denominado *rapport*, que significa o estabelecimento da aliança terapêutica ou aliança de trabalho e tem por objetivo abrir as portas para uma comunicação fluente e bem-sucedida. Pode ser considerada uma

técnica poderosa das relações humanas e o principal ingrediente de todas as comunicações e mudanças. É a capacidade de criar aspectos comuns entre duas ou mais pessoas, gerando uma atmosfera de respeito e confiança (PINHEIRO, 2007).

Em todas as entrevistas manteve-se um caráter informal, a fim de que o idoso se sentisse à vontade para relatar suas impressões na área na área familiar e de incentivo ao tratamento odontológico. Essas entrevistas foram transcritas imediatamente pelo pesquisador. Os idosos foram encaminhados para uma sala que apresentou boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio, procurando assegurar a privacidade dos participantes.

Para registro das respostas dos idosos utilizou-se como recurso, um gravador digital. Com o consentimento do participante, a entrevista foi gravada visando ter o registro de todo o material fornecido, apresentando uma fidelidade quanto à fala dos mesmos e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizesse necessário.

3.10 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada de acordo com as seguintes fases:

1. Para os dados do Inventário Sócio demográfico foi utilizado o *software* Sphinx Léxica versão 5.1.0.4. Este programa está direcionado para pesquisa acadêmica e de análise gerencial de dados quantitativos e qualitativos, o qual oferece uma visão integrada dos processos de coleta, de preparação e de análise de dados.
2. Teste psicológico IPSF: foi realizado por meio de um crivo corretor presente no conjunto do teste. O crivo separa as respostas em três fatores (afetivo-consistente, adaptação, autonomia) e lhes atribui uma pontuação que varia de zero ponto para as respostas “quase nunca ou nunca”; um ponto para “às vezes” e dois pontos para “quase sempre ou sempre”. Desta forma, o gabarito pode variar de um mínimo de 0 a um máximo de 84 pontos. De acordo com a pontuação total dos três fatores, classifica-se o suporte percebido pelo idoso em quatro níveis apresentados numa tabela presente no livro de instruções (tabela 15 – total geral),

(tabela 16 – grupo masculino) e (tabela 17 – grupo feminino). Estes níveis podem ser: baixo (0 – 53); médio-baixo (54 – 63); médio-alto (64 – 70) e alto (71 – 84) (BAPTISTA, 2009).

Os dados qualitativos foram analisados a partir das informações obtidas pelas gravações realizadas e transcritas, imediatamente, pelos pesquisadores. Para a apuração das falas foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2009). Esta técnica é um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo seguiu os seguintes passos:

1. Os discursos coletados foram, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes;
2. Pré-análise, na qual foi realizada uma leitura flutuante, a partir da qual emergiram impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes;
3. Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias;
4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que foram reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais;
5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema.

As informações presentes nessas entrevistas foram agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos.

Essas são pontos de partida para a análise, sejam elas verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocadas, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2007). Visando preservar a identidade dos entrevistados, serão numeradas, aleatoriamente, sem ligação desses números com identificação dos participantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DADOS QUANTITATIVOS

4.1.1 Caracterização da Amostra dos Idosos

A idade mínima estabelecida para participar do estudo foi de 60 anos e a máxima foi de 94 anos, a média encontrada foi de 72,5 anos. As características sócio demográficas estão referenciadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das características sócio demográficas de idosos usuários de duas ESF de um município de médio porte. Brasil. 2016 (n=45).

Características	Frequência n (%)
Sexo	Feminino 29 (64,4)
	Masculino 16 (35,6)
Estado Civil	Solteiro 03 (6,7)
	Casado 18 (40,0)
	União estável 01 (2,2)
	Separado 05 (11,1)
	Viúvo 18 (40,0)
Escolaridade	Ensino fund. Incomp. 36 (80,0)
	Ensino fund. Compl. 06 (13,3)
	Ensino médio 03(6,7)
Renda mensal	1 Salário Mínimo 36 (80,0)
	2 Salários Mínimos 07 (15,6)
	3 Salários Mínimos 02(4,4)
Com quem mora	Filhos(as) 12 (26,7)
	Esposo(a) 12 (26,7)
	Esposo(a)+filhos(as) 10 (22,2)
	Sozinho 06 (13,3)
	Irmãos 03 (6,7)
	Netos 02 (4,4)

Fonte: Pesquisa de campo.

A maioria dos idosos (64,4%) atendidos nas ESF são do sexo feminino. Este fato pode estar relacionado com a feminização da velhice, ou seja, o predomínio de mulheres na população idosa. Ao maior cuidado que as mulheres têm com sua saúde em comparação aos homens, bem como diferenças de atitude em relação ao controle e tratamento das doenças. Possui ainda relação com o aumento da qualidade e expectativa de vida decorrentes de menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo.

Segundo Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. De acordo com os dados recenseados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o contingente feminino de 60 anos ou mais de idade passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000; e 6% em 2010 (BRASIL, 2010).

Os dados relacionados com o estado civil ou conjugal comprovaram que 40% são casados e 40% são viúvos. No Brasil, a mulher apresenta maior incidência de viuvez, já que esta sobrevive ao cônjuge com mais frequência. Entre outros aspectos, nestas gerações, a viuvez deve-se a normas sociais e culturais predominantes na sociedade brasileira em que os homens se casam com mulheres mais jovens (VERAS, 2008).

Em relação à escolaridade, a população estudada apresenta 80% ensino fundamental incompleto, o que corresponde a uma média de 4 anos de estudo. Este dado provavelmente está relacionado ao fato desses idosos terem nascido num período em que era difícil o acesso à educação, sobretudo para as mulheres, pois a prioridade eram os homens. Para Sousa e Silver (2008), o motivo de alguns indivíduos idosos não terem avançado nos estudos está relacionado com a proibição dos pais em não permitirem acesso à escola, impondo a necessidade dos filhos trabalharem nas atividades da casa, no caso das mulheres; e na lavoura/roça, com os homens.

Considera baixa escolaridade quando o indivíduo possui menos de cinco anos de estudo (BRASIL, 2005). A escolaridade pode interferir na qualidade de vida, pois os indivíduos com menores taxas de escolaridade apresentam maiores dificuldades em sanarem definitivamente certas doenças, por não poderem romper com as condições sociais e ambientais, que as geraram, ou porque sua situação de classe não lhes permite acesso a certas práticas curativas capazes de eliminá-las. O nível educacional pode interferir diretamente no desenvolvimento da consciência sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento prescrito e na prática do autocuidado.

De acordo com Galisteu et al. (2006) essa baixa escolaridade pode ser explicada pelos valores culturais e sociais da primeira metade do século passado, no passado a escola era vista como lugar de elite ou mesmo inexistia a possibilidade de trabalhar e estudar, assim muitas pessoas mediante a necessidade de trabalhar deixavam o estudo para segundo plano.

Quanto à renda, pode-se observar que 83% dos idosos à época da pesquisa em questão recebiam 1 salário mínimo¹ mensal. A baixa renda pode estar relacionada à baixa escolaridade, limitando, assim, o acesso ao mercado de trabalho, em um emprego que garantisse maior renda e, conseqüentemente, melhores salários na aposentadoria. Esse fato possivelmente limita o acesso a bens de serviços e de consumo, como alimentação e moradia adequada.

Segundo Freema (2002), uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Quanto melhor consistir o acesso do indivíduo aos bens e serviços da sociedade, maior será sua qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. Problemas financeiros podem reduzir o bem-estar dos indivíduos, atuando como fator de risco à saúde. Este dado enfatiza a necessidade da existência de programas voltados à prevenção e ao tratamento das doenças como subsídio para que o indivíduo possa se auto cuidar, uma vez que a renda recebida por estes idosos tem por finalidade cobrir todas as suas despesas mensais.

Em relação à situação familiar observou-se grande porcentagem de idosos que moram com o cônjuge e/ou filhos (domicílio multigeracional). Estes dados confirmam que a família nuclear possivelmente continua sendo uma referência para o idoso. Indivíduos que residem em domicílios multigeracionais tendem possuir menores rendas e maior dependência financeira. Este evento pode representar uma opção cultural ou um arranjo para garantir a sobrevivência dos membros da família.

O conceito de família decorre de várias mudanças, está sendo ampliado e reconhecido socialmente, com funções de responsabilidades, apoio e proteção de todos os seus membros. A Política Nacional da Assistência Social (BRASIL, 2004, p.29) indica que:

[...] são funções básicas da família: prover a proteção e a socialização de seus membros; constitui – se referencias morais, de vínculos afetivos e sociais; de

¹ 880,00 reais no período da realização da pesquisa.

identidade grupal, além de ser mediador a das relações dos membros com outras instituições sociais e com o Estado.

A família pode ser considerada importante pelo fato de cuidar e a realização desse ato conseqüentemente ocorre amparada por uma rede de relações sociais espontâneas e mobilizadora de recursos que estão além das circunstâncias imediatas, servindo de apoio em momentos de necessidade e de crise. A rede é considerada, portanto, como um recurso fundamental e como a principal fonte de ajuda, principalmente pela família pobre. As redes constituem no contexto social em que o apoio fornecido é mútuo em situações em que os necessitados alternam favores e ajudas (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Observou-se um percentual significativo de idosos que moram sozinhos (13,3%), demonstrando que houve maior crescimento na parcela de idosos morando sozinhos em relação ao crescimento da população idosa em geral. Na última década o percentual de idosos brasileiros que moravam sozinhos passou de 8,6% para 12,1% (BRASIL, 2010).

O fato de idosos residirem sozinhos não significa um problema em si, pois pode ser por opção do indivíduo. Entretanto, Romero (2002), considera esta condição como estado de risco, haja visto a possibilidade de perda da autonomia, a temeridade de solidão, de exclusão social e de sentimentos de vulnerabilidade. Há que considerar a preocupação com alimentação, cuidados com a saúde e com a higiene pessoal e domiciliar. Ou seja, morar só pode ser bom para o idoso, desde que exista condição econômica e física mínima para manutenção do autocuidado.

4.1.2 Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. Os indicadores de saúde da população do presente estudo são apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição da frequência de consultas, medicamentos e diagnósticos de idosos usuários de duas ESF de um município de médio porte. Brasil. 2016 (n=45).

Características	Variável	Frequência n (%)
Consultas médicas no SUS	4	19 (42,2)
local nos últimos seis meses	1-3	18 (40,0)
	0	08 (17,8)
Medicamentos usados		
habitualmente nos últimos seis meses	4	08 (17,8)
	1-3	28 (62,2)
	0	09 (20,0)
Doenças diagnosticadas pelo médico do SUS	1-3	32 (73,4)
	0	12 (26,6)

Fonte: Pesquisa de campo.

Os dados relativos à procura por atendimento de saúde mostraram que os idosos realizaram no mínimo 4 consultas nos últimos 6 meses. Este fato pode estar relacionado ao fácil acesso aos serviços de saúde, acessibilidade e proximidade à ESF utilizada pelo idoso. Pode ainda demonstrar uma preocupação e cuidado desses indivíduos com sua condição de saúde.

O processo de envelhecimento humano e o aumento da idade associado aos determinantes sociais se agregam tornando crescente a prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, bem como a demanda por serviços de saúde entre idosos. Algumas dessas doenças exigem o uso permanente de vários medicamentos que podem interferir na capacidade de independência pessoal e familiar (GARCIA et al., 2006).

A frequência no uso de medicamentos entre os idosos foi de 1 a 3 medicamentos diariamente. Essa utilização de medicamentos pela população idosa pode estar relacionada a maior ocorrência de doenças crônicas nesta faixa etária.

A utilização de medicamentos entre indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil é considerada elevada. Além de alguns fatores clínicos que propiciam a medicalização e a farmacoterapia, outros fatores podem estar associados ao uso demorado de medicamentos, dentre eles a ideia impregnada na sociedade da exclusiva possibilidade de para se ter saúde é necessário consumir saúde (RIBEIRO; ACURCIO; WICK, 2009).

As doenças que atingem os idosos geralmente são crônicas e múltiplas, persistem por longo período exigindo uma assistência à saúde constante e medicação contínua (VERAS, 2009). Nesse estudo, verificou-se que 73,4% dos idosos são acometidos por uma a três doenças crônicas. De acordo com Alves et al. (2007), a tendência atual é a consecução de um número crescente de idosos que, embora vivam mais, podem apresentar condições crônicas de saúde.

Segundo Barcellos e Monken (2007), os lugares dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças, e acrescentaríamos produção de saúde também. Por outro lado, temos para o campo da saúde coletiva, o território como conceito fundamental. Território, para diversos autores da saúde coletiva, é espaço da produção da vida, portanto da saúde.

Para Monken et al. (2010), o território da Saúde Coletiva onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar.

4.1.3 Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)

A família é um dos primeiros grupos em que se estabelece a aprendizagem de comportamentos e decisões, de onde se origina a cultura, os valores e as normas sociais (OPS, 2003). Para Carvalho e Almeida (2003) a família possui importante função enquanto provedora

de necessidades emocionais e econômicas, pois permite que o indivíduo se sinta valorizado e compreendido. E, portanto, podendo produzir, reunir e distribuir recursos para a satisfação dessas necessidades.

Sabe-se que o vínculo e o apego entre familiares são vitais para o desenvolvimento do ser humano e são essas vivências que servirão de alicerce para a formação das percepções e capacidades interpessoais de todos os membros, mesmo durante a velhice. Mais especificamente, a percepção de suporte familiar está relacionada à competência social, capacidade de enfrentamento de problemas, percepção de controle, senso de estabilidade, autoconceito, afeto e, por consequência, ao bem-estar psicológico (NERI, 2007).

O bem-estar psicológico pode ser definido como as crenças pessoais sobre o cumprimento de normas e papéis relacionados ao gênero e a idade, ao envolvimento com os outros, à produtividade, ao reconhecimento social, à autonomia, ao domínio sobre o ambiente, ao valor das realizações, ao cumprimento de metas de vida e a outros aspectos que permitem ao indivíduo sentir-se bem consigo mesmo, quando se compara com outros de seu meio social (INOUE et. al, 2010).

Os resultados da média obtida neste estudo a partir do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) estão apresentados na Tabela 4.

Tabela4 – Distribuição da média do índice do IPSF entre idosos usuários de duas ESF de um município de médio porte. Brasil. 2016 (n=45).

Dimensão do IPSF	Média	Resultado
Afetivo-Consistente	32	Médio-Alto
Adaptação Familiar	20	Médio-Baixo
Autonomia Familiar	14	Médio-Alto
Total	66	Médio- Alto

Fonte: Pesquisa de campo.

A percepção do suporte familiar em relação à dimensão Afeto - consistente envolve questões a respeito da expressão de afetividade entre os membros, seja verbal ou não, interesse, simpatia, acolhimento, consistência de comportamentos e habilidades na resolução de problemas. Detectou-se nessa dimensão que os entrevistados apresentaram nível médio alto de percepção, demonstrando que as famílias são capazes de vivenciar emoções apropriadas frente a uma variedade de estímulos, tanto de bem-estar quanto de emoção. Dessa forma, fica

evidenciado que essas famílias possuem vínculos emocionais fortalecidos, havendo disponibilidade de tempo e tomada de decisão entre os membros.

A dimensão Adaptação Familiar questiona os sentimentos negativos em relação ao grupo familiar, como raiva, isolamento, exclusão, falta de compreensão, entre outros, que apontam a ausência de adaptação no grupo. Os dados encontrados neste estudo revelam que a maioria das famílias não possui habilidade de transformar a estrutura de poder e as regras de relacionamentos em resposta a situações de estresse (BAPTISTA, 2009). Observou-se nesta dimensão que os idosos percebem que existem muitos sentimentos negativos em relação à família, demonstrando desta forma que os idosos avaliados não se sentiam bem integrados em sua família. Isso ficou evidenciado ainda que as famílias desses idosos não estivessem preparadas para atender suas necessidades de saúde/doença adequadamente.

Na dimensão Autonomia, são avaliadas as relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros. Diante dos dados encontrados neste estudo, fica evidenciado que os idosos entrevistados possuíam incentivo e liberdade para se expressar e ter autonomia no ambiente familiar, além de não apresentarem comprometimento das relações de confiança e privacidade (DIAS; BAPTISTA, 2008).

Segundo WHO (2015), autonomia depende fortemente do atendimento das necessidades básicas do idoso e, por sua vez, possui grande influência sobre a dignidade, integridade, liberdade e independência. O idoso tem direito de fazer escolhas e assumir o controle de uma série de questões, incluindo onde vivem, os relacionamentos que têm, o que vestem, como passam seu tempo e se submetem a tratamento de saúde ou não.

O escore total das dimensões evidencia que os idosos possuem nível satisfatório (médio-alto e alto) de suporte familiar comprovando que a população pesquisada apresenta um nível médio – alto sobre a percepção de suporte familiar, porém no quesito adaptação existe a necessidade das famílias se preparem de maneira mais adequada em especial para suporte no processo de melhoria na qualidade de vida do idoso.

A tabela a seguir apresenta a variação de percepção de suporte familiar de acordo como sexo dos entrevistados.

Tabela 5 – Distribuição da média do índice do IPSF entre idosos usuários de duas ESF de um município de médio porte de acordo com Gênero. Brasil, 2016 (n=45).

Dimensão do IPSF	Masculino	Feminino	Resultado
Afetivo-Consistente	33	31	Médio-Alto
Adaptação Familiar	21	20	Médio-Baixo
Autonomia Familiar	14	14	Médio-Alto
Total	68	65	Médio- Alto

Fonte: Pesquisa de campo.

Comparando-se o escore geral do IPSF entre o gênero feminino e masculino observou-se resultados semelhantes, mostrando que possivelmente os idosos possuem relações afetivas de boa qualidade, onde os membros das famílias apresentam comportamentos de afetividade, acolhimento, demonstrando ações que remetem a segurança e confiança.

Contudo, no aspecto da adaptação familiar existem indicativos de dificuldade de adaptação em especial a sentimentos negativos vivenciados pelos membros do grupo familiar. Estes comportamentos podem estar ligados a diferença de pensamentos, valores e crenças entre as gerações.

No quesito autonomia observa-se o respeito à privacidade e liberdade entre os membros do grupo familiar, assim como na dimensão total comprova-se que existe suporte familiar significativo nas relações familiares dos idosos.

Segundo Monken et al. (2010), no processo de construção do espaço geográfico, a vivência e a percepção são dimensões essenciais e complementares, como fenômenos que consolidam os aspectos subjetivos associados a este. A percepção do espaço é marcada por afetividade e referências de identidades socioculturais. Nessa perspectiva, o homem é o promotor da construção do espaço geográfico e, ao imprimir valores a esse processo, confirma-se como sujeito social e cultural.

4.2 DADOS QUALITATIVOS

Os dados qualitativos deste estudo surgiram a partir dos relatos obtidos com a entrevista semiestruturada realizada com os idosos usuários das ESF. Levou-se em consideração o entendimento de Significado de família, Composição familiar e Incentivo da família para adesão ao tratamento odontológico, em relação pluralidade de acepções atribuídos ao produtor desses dados.

Segundo Martins (2013), a partir da psicologia histórico cultural o fenômeno do envelhecimento deve ser observado de forma ampliada, pautado não somente em questões de ordem biológica. Há necessidade de considerar os vários determinantes sociais, principalmente com relação ao grupo a que pertencem os idosos, ao local onde vivem e passaram a maior parte de suas histórias. Bem como, a um conjunto de relações de produção entrelaçadas que, só são possíveis de serem compreendidas a partir de um olhar histórico, cultural e dialético.

Após análise dos relatos surgiram categorias distintas para cada tema, conforme Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição das Temáticas e Categorias identificadas nos relatos dos idosos.

TEMÁTICA	CATEGORIA
1 Significado de família	<ul style="list-style-type: none"> • Tudo • Cuidado
2 Composição familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Família nuclear • Família extensa
3 Incentivo da família para adesão ao tratamento odontológico	<ul style="list-style-type: none"> • Presença/ Existência do incentivo • Ausência do incentivo

Fonte: Pesquisa de campo.

TEMA 1: Significado de família

Esta temática trata dos significados e sentidos atribuídos à família pelos idosos entrevistados. Para Elsen (2004), a família em seu processo de viver, constrói um mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas. Podendo ser influenciada pelo ambiente sociocultural. As relações familiares apresentam uma multiplicidade de configurações, determinadas pelos laços que unem seus membros, pela proximidade, pelas influências absorvidas do seu mundo interno e externo, revelando um modo peculiar da família relacionar-se entre seus componentes e com o mundo.

O significado de família depende de inúmeras variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas ou religiosas em que está inserida e da forma como as relações pessoais se estabelecem dentro desta, assim é difícil encontrar um enunciado integrador.

Categoria 1: Tudo

Nesta categoria buscou-se a compreensão e o entendimento que os idosos possuem a respeito do conceito de família. A família foi definida como *Tudo*. A forma como se definiu família, está baseado nas relações ou nos aspectos socioeconômicos, políticos ou culturais, traz uma teia de significados para esse grupo de idosos.

Nas falas dos idosos entrevistados observou-se aspectos conceituais vagos, ou seja, não conseguem expressar um significado concreto de família. Demonstraram dificuldade possivelmente por ser família, considerado um conceito abstrato, não vislumbram família como um grupo social com suas particularidades e que interagem entre si. Este fato provavelmente está relacionado com o baixo nível sócio cultural desses indivíduos que pode dificultar sua capacidade cognitiva e intelectual. Conceituar, ou seja, dar significado à família se constituiu em uma tarefa complexa para se colocar em palavras.

“... *Pra mim família é tudo...*” (E 05).

“...Família pra mim é tudo na minha vida...” (E 09).

Em todas as falas, a família parece ser um ponto de referência e é apontada pelos idosos como elemento importante ao próprio bem-estar. Segundo Trad (2010) conceituar família é uma tarefa nada simples, sobretudo pela diversidade de atores, agência, instituições, profissionais e visões de mundo envolvidos no processo de formulação e entendimento desse termo. A ausência de padrões homogêneos e estáveis de família, bem como as transformações vivenciadas ao longo da história incentivam e ampliam a necessidade do debate quanto à sua vitalidade ou debilidade como instituição social.

De acordo com Kreppner (2000), família pode ser considerada como um sistema social responsável pela transmissão de valores, crenças, ideias e significados que estão presentes nas sociedades. Como primeira mediadora entre o homem e a cultura, constitui-se na unidade dinâmica das relações de cunho afetivo, social e cognitivo que estão imersas nas condições materiais, históricas e culturais de um dado grupo social. Possui ainda o dever de manter o bem-estar psicológico de cada componente da família, buscando sempre que possível estabilidade nas relações familiares.

Para Carvalho (2011), a família é um asilo, um refúgio, um habitat adequado para o indivíduo, devendo assegurar a identidade de seus componentes. É mesclada pela sua história, sua trajetória, um percurso pelo qual e no qual o sujeito aprende a se reconhecer como sendo daquela família. Não se deve, pois, pensar meramente no ser da família, e sim no ser em família.

Alguns idosos compreendem e acreditam que a família possivelmente é um espaço de experiência amorosa nas relações. O afeto pode ser considerado como a base das relações de intimidade, dando origem a uma pluralidade de formas familiares. Essa definição, apresenta sensações afetivas positivas desencadeadas por meio da relação do indivíduo com um semelhante. Embora o conceito atual de família seja diferente de épocas passadas, ainda continua na atualidade, sendo entendida como o núcleo com que as pessoas se identificam e aprendem sobre a vida, especialmente em relação aos idosos que valorizam a convivência com seus familiares.

“...Tudo. É amor, esperança, companheirismo, suporte...” (E 03).

“...Significa tudo pra mim. É a alegria minha família. Eu tenho alegria com a minha família...” (E 02).

Família é considerada como rede de solidariedade, valorizando o parentesco como fator de proteção, a significação das relações familiares e dos vínculos de pertencimento para enfrentar situações adversas. É uma realidade simbólica que proporciona experiências no nível psicológico e social, bem como orientações éticas e culturais (MORANDÉ, 1999).

A família, em uma visão social, caracteriza-se por uma cooperação entre os sexos e entre as gerações e por relações de plena reciprocidade. Serviço recíproco, acolhimento gratuito e incondicional caracterizam as relações familiares. Somente na família a pessoa é acolhida na sua totalidade e não em alguma sua parte, como acontece em todas as outras relações sociais. Nela encontram-se os elementos fundamentais da identidade simbólica do indivíduo enquanto ser humano, que o diferenciam de um indivíduo animal. Nascer, amar, gerar, trabalhar, adoecer, envelhecer, morrer são ações ou processos que podem ser vividos em quaisquer circunstâncias, mas encontram seu significado mais adequado quando realizados no contexto das relações familiares (PETRIN, 2009).

Segundo Haesbaert (2002, p. 13), o território pode envolver tanto uma resolução de subjetividade individual quanto coletiva, possibilitando a diversos grupos manifestarem articulações territoriais. Como exemplo dessas articulações pode citar-se a família na sua forma de organização de seu território. Em algum momento “lutar ora em favor de alguns, ora de outros”, se aliando aos mais fortes e que talvez pudessem garantir-lhes a sua permanência ao território.

É no processo de apropriação, de territorialização, que as relações de identidade e pertencimento ao lugar são desenvolvidas, quando os sujeitos vão além da necessidade da apropriação de um espaço, quando desenvolvem ali valores ligados aos seus sentimentos e à sua identidade cultural e simbólica, recriando seu espaço de vida, ao qual se identificam e se sentem pertencer (RAFFESTIN, 1981).

Os valores simbólicos presentes no território geram as relações de identidade e pertencimento e, conseqüentemente, ações que demonstram esse sentimento de pertencer. “O poder do laço territorial revela que o espaço está investido de valores não apenas materiais, mas

também éticos, espirituais, simbólicos e afetivos. É assim que o território cultural precede o território político e com ainda mais razão precede o espaço econômico”. A relação de identidade e pertencimento ao território familiar desenvolvido por seus integrantes pode ser explicado pelo significado simbólico de referência e de identidade que esse território/família adquire, representando a possibilidade de continuidade da vida (BONNEMAISON; CAMBRÈZY, 1996, p. 10).

A experiência familiar se fundamenta na coexistência possibilitada pela convivência entre pessoas. Desta forma, cada relação existente forma um tipo familiar específico que depende das características individuais e compartilhadas, cada um ocupando seu lugar e funções dentro do grupo (PEREIRA, 2015). Na família “o indivíduo alcança a experiência realística e benéfica de uma dependência que o gera, de uma pertença que lhe possibilita tornar-se protagonista”. Nesse sentido, a família é o lugar do indispensável exercício de conviver, tendo como base as relações de familiaridade e, como ponto de referência, as exigências elementares, que devem encontrar a resposta justa nas concretas circunstâncias daquela família (SCOLA, 2003, p. 36).

Categoria 2: Cuidado

Essa categoria aborda os sentimentos de apoio e cuidado que os idosos recebem da família. O cuidado pode ser qualificado como apoio simbólico de experiências vivenciadas no dia a dia, no convívio social, assim como apoio e suporte financeiro e material. Para Dessen e Ramos (2010), independente da estrutura familiar, o que caracteriza a família é sua relação de compromisso, suporte social e financeiro.

A palavra “cuidar”, na língua portuguesa, significa aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação. Refere-se também ao ato de ter cuidado de forma geral e, mais especificamente, consigo mesmo (DUARTE; MELO; AZEVEDO, 2008, p. 372). Segundo Saliba et al. (2007), esta palavra pode significar também uma ação dinâmica, refletida, pensada. Já o termo “cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência” (BOFF, 1999).

O conhecimento da realidade da família do ponto de vista de sua necessidade diária envolve a dimensão emocional. Pode se observar nas falas dos idosos sentimentos gerados pelo cuidado no cotidiano.

“...cuida de mim né, ter né, pra gente ter até o final né...” (E 01).

“...É amor, esperança, companheirismo, suporte...” (E 02).

“... Viver junto né, suportar um ao outro (risos) suportar né?!...” (E 06).

O cuidado é um sentimento intrínseco ao ser humano, transita em todo o percurso histórico da humanidade e se encontra no cotidiano, na família, no trabalho, no convívio social, fortalecendo sentimentos e cultivando a relação entre quem cuida e de quem é cuidado. O cuidado é uma condição prévia que permite o surgir da amorosidade, o orientador antecipado de todo o comportamento para que seja livre e responsável, enfim tipicamente humano (GARGIULO et al., 2007). O processo do cuidar envolve relacionamento interpessoal originado pelo sentimento de ajuda e confiança mútua. Portanto, cuidar significa servir, entender o outro em seus gestos, falas e em suas limitações. A concretização do cuidado exige afinidade e afetividade na relação entre os sujeitos envolvidos (COSTENARO, 2001).

Na contemporaneidade, a identificação da família não está representada somente pela celebração do casamento ou do envolvimento de caráter sexual, mas pelo afeto que permeia o relacionamento. A afetividade será o principal sentimento a sustentar a formação dos relacionamentos conjugais. "O elemento distintivo da família é a identificação de um vínculo afetivo, a unir as pessoas, gerando comprometimento mútuo, solidariedade, identidade de projetos de vida e propósitos comuns" (DIAS; BATISTA, 2008. p. 68).

Família pode ser percebida como uma instituição que oferece suporte para enfrentar as diferentes crises da vida, as rupturas emocionais, conflitos, exigências bem como, proteger e definir padrões de comportamento, valores e crenças. Surgiu como um fenômeno natural, fruto da necessidade do ser humano em estabelecer relações afetivas de forma estável (SILVA et al., 2015). Os cuidados exercidos pela família possuem o objetivo de preservar a vida de seus componentes para alcançar o desenvolvimento pleno de suas potencialidades, considerando

suas próprias possibilidades e as condições do meio em que vive (ELSEN; MARCON; SANTOS, 2002).

A família constitui-se em um lugar privilegiado na produção de significados e práticas associadas com saúde, doença e cuidado. É na e pela família que se produzem os cuidados essenciais à saúde, tornando-se uma rede informal de cuidados que se inter-relaciona com a rede oficial de serviços de saúde, composta pelos profissionais com competência técnica (GUTIERREZ; MINAYO, 2010). Segundo Caldas (2003), a família apresenta necessidade diversas que incluem os aspectos materiais, emocionais e também necessidade de informações. Além disso, torna-se importante implementar o suporte emocional, uma rede de cuidados que une a família aos serviços de apoio e meios que garantam qualidade de vida.

Para Sarti (2011), família está baseada em um receber e retribuir contínuos, ligada por um vínculo de obrigações. As obrigações fazem com que as relações de afeto se desenrolem dentro da dinâmica familiar, compreendendo com quem pode ou não obter apoio. A relação de obrigação sobrepõe os laços de sangue e, conseqüentemente, laços tradicionais que referenciam a família ideal. Fica visível a existência da relação de poder entre os indivíduos que compõe uma família. Na concepção de Santos e Silveira (2011) o ambiente familiar pode ser considerado como um território, ou seja, o espaço qualificado pelo sujeito. No território encontram-se as marcas históricas e sociais dos sujeitos, bem como o estabelecimento de redes e relações entre estes.

O território é descontínuo, sendo um campo de forças, uma teia de relações, composto de diversas territorialidades que constituem e transformam este espaço, dando-lhe um caráter autônomo e dinâmico (SOUZA, 2001). De acordo com Guattari e Rolnik (1986), território pode ser entendido como um plano que comporta tanto o espaço vivido como um sistema dentro do qual alguém se sente “em-casa”. Território é primeiramente uma apropriação subjetiva, é o modo como se agencia o desejo nos espaços e tempos sociais.

No território familiar, na maioria das vezes, ocorre o ato de cuidar. A partir desse ato é possível identificar as dimensões individual e familiar. A individual depende de cada sujeito, é o “cuidar de si”, levando em consideração que cada indivíduo pode fazer escolhas na vida, movimentar-se, ter autonomia para se cuidar. A família é importante em diferentes momentos da vida do indivíduo, nos quais ele conta com seus familiares, vizinhos, amigos no cuidado geral (CECÍLIO, 2011).

A relação que o indivíduo possui com seu espaço social é essencial na construção do cuidado. O território familiar possui como desafio produzir uma relação e um lugar social para o sujeito, de organizar e de se articular com os componentes dessa comunidade. Implica na inserção do território simbólico o lugar da prática do cuidado. E, portanto, o ambiente de aprendizado e produção de cuidado (SANTOS; NUNES, 2011).

TEMA 2: Composição familiar

Este tema busca o entendimento da configuração (arranjo) familiar dos idosos, ou seja, conhecer os componentes familiar e como se estabelecem as relações e a convivência. A família pode ser considerada como um sistema constituído por etapas e ciclos de vida assim como o indivíduo. A reflexão sobre as constituições familiares na atualidade induz ao entendimento de família como uma construção histórica e social, a qual é permeada por diferentes valores e contradições sociais. Os novos arranjos familiares emergem de diferentes tipos de famílias e a rejeição ou aceitação dos mesmos coloca-se de diversas maneiras em diferentes contextos e pode sofrer controle dos modelos de ordem hegemônica.

De acordo com Souza, Beleza e Andrade (2012), composição familiar pode ser apreendida pela formação da família, com laços consanguíneos ou não, convivendo sob o mesmo teto, de forma que o modelo de organização, a função dos papéis familiares e as relações de afeto determinem a configuração a qual está inserida.

As transformações sociais que ocorreram nas últimas décadas tiveram influência na modificação do entendimento e configuração da família. Estudos desenvolvidos sobre a sociedade contemporânea, designada por Bauman de sociedade líquido-moderna, descreve que na pós-modernidade ocorre uma vivência de incertezas, ou seja, uma vida líquida e os laços humanos estão frágeis. Dessa forma, as conquistas (posses) dos indivíduos são a todo momento passíveis de se transformarem: trata-se de uma vida mergulhada em incertezas. A sociedade líquido-moderna é aquela “em que as condições sob as quais agem seus membros, mudam em um tempo mais curto do que o necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir”. Essa mudança pode gerar sentimento de insegurança para os indivíduos que estão

refletindo com mais frequência sobre seus relacionamentos, compreendendo que estão “impelidas” a abandoná-los caso apareça qualquer insatisfação (BAUMAN, 2007, p.7).

Na concepção de Giddens (2003), a pós-modernidade ocasionou uma possibilidade maior de escolha e liberdade. E, portanto, o indivíduo está livre para estabelecer laços e desfazê-los sem necessidade de sentir-se preso a determinada pessoa eternamente se não desejar.

Todas essas modificações de ordem afetiva, além de transformarem as relações sociais, trazem uma reformulação na configuração das famílias. A discussão sobre as diversificações de funções e modelos familiares demonstra avanços, evoluções e conquistas nas configurações familiares. Mas também um desafio: viver em família no mundo contemporâneo independente do modelo familiar no qual o indivíduo está inserido. Esse desafio pode se relacionar com as facilidades – educação liberal, os avanços da modernidade – bem como nas limitações quanto ausência paterna ou materna e na dificuldade em estabelecer limites aos filhos (OLIVEIRA, 2009).

Categoria 1: Família nuclear

Nessa categoria buscou-se conhecer a percepção dos idosos sobre a configuração/composição de sua família. Para Wagner (2002), a estrutura familiar é determinada por uma complexa integração de fatores econômicos, sociais e culturais, que remete, de um lado, a uma determinação histórico-estrutural, de outro lado, à contorno específico de organização interna do grupo familiar. As transformações paradigmáticas, ocorridas principalmente a partir de meados do século XX, em relação à configuração e ao funcionamento familiar, provocaram alterações na estrutura e na dinâmica de suas relações, contribuindo para a concepção contemporânea de família. Essas modificações têm acarretado mudanças nos padrões de funcionamento entre seus membros, levando a um processo de assimilação e de construção de novos modos de relacionamento.

Família Nuclear foi identificada pelos idosos como aquela composta pelo companheiro (a) e filho (s).

“...É minha mulher, meus filhos né...” (E 01)

“...Não, é só a esposa né, só tem a esposa hoje né...” (E 02).

“...mas principalmente os meus filhos né...” (E 08).

Esse entendimento de configuração familiar provavelmente pode refletir valores morais pré-estabelecidos por esses idosos procedentes de uma época em que família estava relacionada ao modelo ideal (pai, mãe, filhos dos mesmos pais) e vinculado a consolidação do casamento como elemento simbólico que originava a formação das famílias.

De acordo com Perucchi e Beirão (2007), a família nuclear é constituída de pai, mãe e filhos ou apenas os genitores. Na atualidade, advém de um processo de desenvolvimento em seu ciclo e se organiza em três subsistemas: sistema conjugal, que se constitui no casal da família; sistema parental, relação dos pais com os filhos e o sistema fraternal, relação dos irmãos da família. Esses conceitos são baseados no tradicionalismo social de família ideal burguesa que ainda se sustenta após uma longa transformação histórica. Nesse ideário, família é considerado um lugar de privacidade e domínio de acalento, onde os pais cuidam de seus filhos e proporciona ensinamento moral, sendo sua relação pautada em um sentimento de amor e cumplicidade.

A composição familiar, normalmente, vem associada às pessoas que vivem no mesmo domicílio. Na visão da Demografia e da Sociologia, a família abrange somente o grupo residente na mesma unidade doméstica. No entanto, para a Antropologia, são consideradas todas as pessoas com quaisquer laços de parentesco independente do domicílio (MEDEIROS; OSORIO; VARELLA, 2002). De acordo Sarti (2011), as transformações existentes na família mostram a diversidade enquanto formação, número de membros, organização, renda, o que confirma a plasticidade e pluralidade na organização dos grupos domésticos.

As categorias de transformação na família ocorridas ao longo do tempo estão relacionadas com fenômenos demográficos, ideológicos, legais e econômicos. Esses fenômenos possuem especificidades e contribuíram ao longo da história para a modificação da família tradicional, ou seja, a composta por pai, mãe e filhos. Essa família nuclear é geralmente associada à matriz de identidade, constituída por uma multiplicidade de funções que perpassa

a primeira infância. Isso significa que a matriz de identidade pode ser composta por mais indivíduos além do pai, mãe e irmãos (FILIPINI, 2009).

A família sofre influência de forças e fluxos que alteram sua constituição e funcionamento. Constrói uma heterogênesse por meio de processos objetivos e subjetivação inventiva. Essa influência oscila entre o território estabelecido – formal identitário – e as linhas de mudança, que ocasiona a desterritorialização, ou seja, o novo/moderno. Em outro lugar, reconfigura-se algo novo, mas que também se torna recolocado e estabelecido. Essa é a processualidade da vida: habitar um território, ser afetado pela exterioridade de forças inumanas, desterritorializar e novamente territorializar (ANDRADE; ROMAGNOLI, 2010).

O desenvolvimento no território – seus sujeitos, seus grupos – ocorre por meio de um requerimento coletivo e impessoal de componentes que constituem formas-estados complexos. Esse requerimento propicia o aparecimento de formas individuais e/ou coletivas como territórios existenciais auto referenciais. Estes podem se constituir num corpo individual e/ou coletivo o qual ao ser observado, possivelmente ganha nome: um sujeito, um grupo, uma cultura. Entretanto, esses corpos estarão sempre em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade também subjetiva e em movimento: tudo aquilo que margeia o território e suas formações, mas a relações dinâmicas (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

Os indivíduos sobrevivem, num mesmo momento, o processo territorial e o produto territorial por intermédio de suas atividades cotidianas. Por meio das relações de poder, estabelecem ações de dominação e subordinação, de forma implícita ou explícita, nas interações que os atores sociais mantêm em suas relações habituais. O poder é necessário, afinal, se há atores que desempenham determinadas atividades e/ou funções, compreende-se que, eventualmente, existam outros atores empenhados em organizar essas atividades (EDUARDO, 2008).

Categoria 2: Família extensa

Nessa categoria a Família extensa é descrita como uma ampla rede de indivíduos além do marido e filho (s). São considerados participantes da estrutura familiar netos, sogros, irmãos, tias, sobrinhos, avó.

“...As minhas irmãs, irmãos, sobrinhos, sobrinhos-netos né... (E 03).

“...É...filho, tem o neto, eu só tenho seis neto... (E 04).

Esses arranjos familiares relatados pelos idosos possivelmente são provenientes de filhos que se divorciaram e retornaram à casa dos pais (com filhos); pela formação de um novo núcleo familiar dos filhos que por carência de recursos financeiros permanecem na casa de seus pais (os idosos) ou devido à recursos financeiros insuficientes desses idosos para se sustentarem e são incorporados em um novo grupo doméstico (filho, sobrinhos).

Famílias extensas, são formadas pela base nuclear, com parentes diretos (pais, irmãos, tios, avós e primos) e colaterais (aqueles que não possuem laços consanguíneos), residindo na mesma casa. Estende para além da unidade pais e filhos ou do casal, formada por parentes próximos com os quais o indivíduo convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade (BARBOSA, 2009).

Segundo Valente (2012), família extensa refere-se a uma estrutura de parentesco, que mora no mesmo lugar e constituída por diferentes gerações. Neste tipo de família há uma rede de anseios iguais, que tem uma participação como comunidade fechada. Incluem pais, filhos, irmãos de pais com seus filhos, avós, tios avós, bisavós (gerações acima). Pode, eventualmente, incluir parente não consanguíneo, tais como meio-irmão e filhos adotivos.

A família extensa gradualmente assume importância para a sobrevivência dos seus componentes, portanto, considerada como uma rede de apoio mútuo permitindo ajuda em momentos de estresses e na falta de serviços públicos. Com isso, em muitas famílias, os pais dependem dos avós, tios, primos e irmãos para cuidar dos filhos para auxiliar em suas rotinas diárias:

[...] a família sempre se utilizou, além das práticas de solidariedade e de auto-ajuda, dos fortes vínculos emocionais que é capaz de estabelecer entre os seus componentes. E a troca de cuidados, bens, serviços e favores são historicamente disponibilizados pela família na operacionalização da proteção (LIMA, 2006, p.48).

Para Zamberlam (2001, p.83), a família, ou seja, a forma dos homens se organizarem para sua sobrevivência, passou por transformações que correspondem as mudanças da sociedade. As transformações ocorridas se referem ao trabalho, à economia, à lógica capitalista, à área tecnológica e à mudança de valores nas famílias. Não representam um enfraquecimento da instituição familiar, mas sim o surgimento de novos arranjos familiares. Esses arranjos se

constitui em um território, considerado além de uma delimitação ou inscrição em mapas, em um espaço de vida e conseqüentemente um lugar de constituição e transformação de subjetividades.

O convívio do indivíduo com seus familiares consubstancia-se nas relações de poder e de afeto. O conceito de família está ligado, originalmente, a um conjunto e na relação de subordinação, para justificar o poder de um ser humano em relação a outro. Assim, esse espaço de convivência também representa, historicamente, um exercício de supremacia.

Por ser considerado um microssistema social em constante mudança, ocorre um processo regular de transformação no comportamento social e na relação de poder entre os membros que compõe o grupo familiar (BISOLI-ALVES; MOREIRA, 2007).

A partir das mudanças nos arranjos familiares e conseqüentemente, na relação de poder, segundo Whitaker (2007), pode ocorrer o desaparecimento do território familiar tradicional ocasionado pela mobilidade e individualismo. Possivelmente o novo território familiar ou emergente apresenta característica de aceitação e convivência de vários arranjos não tradicionais, menos permanentes e mais flexíveis. É permitir o novo e respeitar a diversidade social no núcleo familiar. A dinâmica da convivência familiar constitui-se numa alternância entre autonomia e cessão, de modo que, entre os entes familiares, desenvolve-se um pacto, pouco a pouco e a todo instante, além da troca recíproca de afetividade.

De acordo com Santos (1990), compreende por território não apenas uma área geográfica delimitada, com características de relevo, clima, vegetação próprias, mas, também, um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida das pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. Cada território apresenta características próprias conformando uma realidade, que a cada momento lhe é peculiar e única. Na perspectiva de Werneck (1998), em cada território existem distintas formas de relação entre os indivíduos e destes com a natureza; diferentes formas de trabalho, crenças e religiões, enfim, várias outras diferenças que determinam e, ao mesmo tempo, refletem as oportunidades e a intensidade com que as pessoas, ao longo do tempo, construíram e ainda estão construindo suas vidas e suas cidades, suas relações e suas sociedades.

Temática 3 - Incentivo da família para adesão ao tratamento odontológico

Neste tema buscou-se identificar a presença ou ausência de incentivo familiar entre os idosos na adesão ao tratamento odontológico, bem como demonstrar a importância desse apoio para estimular a aderência ao tratamento. Adesão é caracterizada por um conjunto de ações que podem incluir comparecer às consultas agendadas e adotar hábitos saudáveis de vida. Destaca que a adesão deve envolver necessariamente, a participação de uma equipe multiprofissional como estabelecadora e mantenedora de acordos com o paciente para realização do tratamento, bem como da família (WHO, 2003). O conceito de adesão pressupõe uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. Essa perspectiva insere o cuidado com o indivíduo como ponto central para uma intervenção participativa e acompanhamento do processo saúde/doença (FRIBERG; SCHERMAN, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada um marco na política de saúde brasileira pela proposta de reorganização da prática da atenção à saúde na Atenção Primária à Saúde. Abrange ações de assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011), pautada nos princípios do Cuidado Centrado na Família e na crença de que as necessidades emocionais e de desenvolvimento do indivíduo, bem como o bem-estar de toda a família, são alcançados com maior eficácia quando os serviços de saúde ativam a capacidade desta para atender às necessidades do indivíduo, a partir do seu envolvimento no planejamento dos cuidados.

O relacionamento entre a família e os profissionais de saúde é o elemento central para a promoção de um cuidado de qualidade (CRUZ; ANGELO, 2011). O enfoque na família e na comunidade constitui um novo paradigma para o SUS, é fundamental para a reorganização dos serviços de atenção à saúde e da ESF. Essa abordagem, envolve um sistema de Vigilância da Saúde que prioriza a vigilância do espaço/população/ família/comunidade de ocorrência da doença e não mais a clássica, focada no indivíduo (OLIVEIRA et al., 2009).

Para Aquino, Baptista e Souza (2011), a ação de incentivo ao tratamento odontológico, contribui de maneira significativa para a manutenção, a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é benéfico para o componente da família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório. Essa percepção permite que o indivíduo

sinta-se reconhecido, amado, acolhido e participante de uma rede em que há trocas de informações, os recursos são partilhados, favorecendo assim bem-estar psicológico.

A atitude de enfrentamento do indivíduo relacionada a presença de um agravo na saúde pode interferir na sua adesão ao tratamento. A inexistência de apoio da família, a discriminação em relação a algum tipo de doença estigmatizante, a exclusão do ambiente social e a comiseração são fatores associados a baixa adesão ao tratamento. As relações familiares são a variável relevante para predizer a adesão ao tratamento da doença. Quando há coesão, organização e apoio familiar consequentemente poder maior adesão ao tratamento, melhor controle e prognóstico favorável (WYSOCKI et al., 2006).

Categoria 1: Presença do Incentivo

Esta categoria aborda a percepção positiva dos idosos de possuírem apoio familiar na busca e realização do tratamento odontológico. Segundo Barreto e Marcon (2014), o contexto familiar equilibrado pode exercer função relevante na relação do indivíduo com a doença, o tratamento e a adaptação a um novo estilo de vida, ou seja, a mudanças comportamentais de autocuidado. O território familiar é considerado um espaço onde indivíduos podem manter um equilíbrio no processo saúde/doença por meio da compreensão e do auxílio dos familiares.

Alguns idosos compreendem que o apoio familiar é fator relevante na busca pelo tratamento como na sua adesão. Este comportamento pode estar relacionado ao entendimento do lugar da família na produção dos cuidados diários com a saúde e de seu reconhecimento.

“Eu tenho um sobrinho na família que é dentista. E...tudo...” (E 03)

“É, tem nem comparação. Ajuda demais.” (E 08)

“Sinal que eles tão preocupado comigo né”. (E 09)

Esses relatos demonstram uma preocupação e cuidado da família com o idoso. Possivelmente sentiam-se bem integrados em sua família e recebiam cuidados adequados.

As famílias podem ser consideradas como um agente facilitador no processo de adesão ao tratamento. Os resultados obtidos após a análise do IPSF, confirmam que uma parcela de idosos consideraram o suporte familiar fundamental para o cuidado da saúde, ou seja, tem uma visão positiva do apoio familiar. De acordo com Nadir e Oliveira (2009), o convívio harmônico do idoso com a família pode proporcionar um suporte familiar que favoreça a manutenção da saúde e amenizar o declínio cognitivo e funcional.

O suporte familiar se caracteriza como uma rede informal na qual o indivíduo é beneficiado por meio do contato e trocas cultivadas com familiares. Esse suporte pode desenvolver resiliência e bem-estar psicológico, auxiliando na manutenção de respostas resolutivas diante de agravos de saúde (KIRK, 2003). Possui funções como dar e receber informações, proporcionar auxílio material e emocional, estimular o afeto, possibilitar a construção e manutenção de uma identidade social, além do auxílio na atribuição de sentido às experiências de vida (LE MOS; MEDEIROS, 2002). O sentimento de pertencimento, afeto e segurança originado do suporte familiar apropriado pode acarretar maior resistência ao estresse, reduzindo efeitos deletérios para a saúde do indivíduo (RAMOS, 2002).

Observou-se também um incentivo da família não somente para a busca de tratamento odontológico, mas para a saúde geral. Fica nomeado nesses relatos sentimentos de companheirismo, afetividade, interesse e acolhimento à necessidade do outro como rotina familiar.

“Sim. O que mais procuro, todos os tratamentos, não só odontológico. ” (E 08)

“É...tudo que precisa de fazer eles incentiva”. (E 02)

A família pode ser considerada um sistema de saúde para seus membros e exerce papel de cuidadora e supervisora, tanto em situações de saúde, quanto de doença, tomando decisões quanto ao caminho a seguir, acompanhando, avaliando e solicitando ajuda aos significantes e ou profissionais (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007). O suporte familiar pode contribuir para a manutenção e integridade física e psicológica do indivíduo. Promoverá como consequência um benefício ao componente da família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório. Portanto, torna-se essencial a compreensão do contexto familiar, gerando entendimento da formação e a dinâmica de funcionamento das famílias (TORRES et al., 2010).

Categoria 2 –Ausência do Incentivo

Nessa categoria verificou-se a ausência de incentivo familiar aos idosos na busca e adesão ao tratamento odontológico. A falta de entendimento sobre o fenômeno do envelhecimento, bem como de conhecimentos básicos para o cuidado adequado ao idoso pode ser um fator prejudicial na orientação adequada em relação à assistência e manutenção da saúde desse indivíduo. Esse despreparo possivelmente resulta em desgastes familiares, comprometimento na qualidade do cuidado prestado ao idoso e prejuízo à sua saúde (SANTOS, PAVARINI, 2012).

Observou-se no relato abaixo um distanciamento entre esse o idoso e seus familiares. Possivelmente há sentimento de mágoa demonstrado em seu discurso que explicita o afastamento de sua família em sua vivência, um sentimento que provavelmente é acompanhado pelo esquecimento. O vínculo familiar diminuído pode originar sentimentos negativos em relação à família, na maioria das vezes, pelo fato do idoso se sentir esquecido.

“Não, eu ainda tenho dente porque eu trabalhava e cuidei...”. “Ninguém tá nem aí”. (E 06)

Apesar da família ser relevante, alguns entrevistados demonstraram a partir de seus relatos que a ausência do incentivo familiar não dificultou a procura e adesão ao tratamento odontológico. Mencionaram ainda que essa ausência não dificultou a realização de qualquer outro tipo de atividade, seja pessoal ou social.

“ não, as minhas coisa quando tem que ser eu mesmo que faço”. (E 04)

“Isso não, eu procuro é mesmo por minha conta”. (E 05)

Essas falas indicam que os idosos possuem autonomia, ou seja, têm liberdade para se expressar e tomar decisões relacionadas a todos os aspectos de sua vida. Os resultados obtidos

com o IPSF constataram uma média geral considerada alta em relação a dimensão *Autonomia Familiar*, demonstrando que as experiências vivenciadas no percurso de vida e a capacidade de suportar as diversidades (resiliência), ou seja, se adaptar a novas situações são fatores que podem ser considerados como facilitadores no processo da autonomia desses idosos.

Atualmente, as políticas de atenção ao idoso ressaltam a importância de manter o idoso no local que reside, de forma independente. As equipes de saúde devem estimular essa autonomia tanto ao idoso como a sua família. Dessa maneira estará colaborando para que esses idosos possam atender suas necessidades básicas e serem protagonistas do seu processo saúde/doença (BRASIL, 2007).

No entanto, segundo Herédia, Casara e Cortelletti (2007), a impossibilidade do idoso em dispor do incentivo familiar como órgão de apoio pode ocasionar situações de morbidade, seja no aspecto físico, psíquico ou social. A eficácia do suporte familiar varia de acordo com singularidades e performances dos membros do núcleo familiar, como ações, atitudes e comportamentos. Nesse sentido, cada família possui características ou componentes funcionais que colaboram na manutenção da saúde, e os componentes que predisõem à enfermidade. A efetivação de cuidados ao indivíduo idoso depende de valores culturais, do estilo de vida das famílias e de traços de personalidade dos envolvidos. Na convivência familiar, pode surgir impasses e bloqueios, desencadeando sintomas emocionais que podem levar a conflitos entre os componentes da família, causando um desconforto que irá afetar a rotina diária, e em consequência a esse desconforto, o estresse familiar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família pode ser considerada como um componente do sistema de saúde, por exercer uma função importante entre seus pares – cuidado e proteção –, tanto em situações de saúde quanto de doença, tomando decisões relativas aos caminhos a seguir, acompanhando, avaliando e pedindo ajuda quando necessário.

Foi possível verificar que os idosos desta pesquisa formam um grupo de indivíduos com maior participação de mulheres casadas. Possui pouca escolaridade e baixa renda proveniente da aposentadoria. Buscam com frequência a Estratégia de Saúde da Família evidenciando o "cuidar em saúde".

Em relação à composição familiar dos idosos participantes do estudo observou-se famílias denominadas nucleares e extensas. Algumas famílias incentivam o idoso a aderir ao tratamento odontológico. No entanto, apesar de outras não incentivarem seus componentes (os idosos), esses relataram aderirem ao tratamento odontológico. Nas várias situações de vida as relações estabelecidas na família podem contribuir no processo saúde/doença. A família possui características específicas, que não se encontra em outras associações ou grupos humanos, derivadas de sua própria natureza, fundamentais para o desenvolvimento harmônico do indivíduo.

Observou-se que o valor obtido a partir do Inventário de Percepção do Suporte Familiar entre os idosos foi considerado “médio alto”, analisando a média das três dimensões. Fica evidenciado que, possivelmente essas famílias possuem vínculos emocionais fortalecidos, havendo disponibilidade de tempo e tomada de decisão entre os componentes familiares e conseqüentemente, capacidade de adaptação a mudanças.

Entre os resultados encontrados nas entrevistas destaca-se, através do discurso dos idosos, categorias que identificam aspectos positivos em relação a percepção de idosos sobre o suporte familiar. Pode-se observar que o suporte familiar oferecido aos idosos é considerado relevante pois a família possui função de destaque na formação do sujeito e da sociedade.

A partir desse estudo, percebeu-se a importância do suporte familiar na vivência do indivíduo idoso acerca da adesão ao tratamento odontológico. É na família que o idoso encontra na maioria das vezes o suporte emocional, afetivo, amparo e segurança. Porém, essa família

deve estar empoderada para enfrentar as mudanças que acompanham o processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

ALONSO N. B. et al. Suporte familiar nas epilepsias. **J Epilepsy ClinNeurophysiol**, v. 16, n. 4, p.170-173, 2010.

ALVES, L.C. **Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do Município de São Paulo, 1999/2000** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p. 1924-1930, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n8/19.pdf>>. Acesso em: 07 set. 16.

ANDRADE, L. F.; ROMAGNOLI, R. C. O psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v, 30, n. 3, p. 604-619, 2010.

AQUINO R. R.; BAPTISTA M. N.; SOUZA M. S. Relação entre Percepção de Suporte Familiar e Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 30-38, 2011.

ARCHANJO D. R.; ARCHANJO L. R; SILVA L. L. **Saúde da Família na Atenção Primária**. Curitiba: Ibpex, 2007.

ARIÈS. P. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC,1981.

AZEVEDO, J.M. **A função paterna nas configurações familiares atuais**. Belo Horizonte, 2008.

BAPTISTA M. N. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 11-19,2005.

_____. **Fidedignidade do inventário de percepção de suporte familiar – IPSF**. Avaliação Psicológica, v. 6, n. 1, p. 33-37, 2007.

_____. **Inventário de percepção de suporte familiar**. Vol.01. São Paulo:Vetor, 2009.

BAPTISTA M. N. et al. Evidência de validade entre o Inventário de Percepção do Suporte Familiar – IPSF e Familiograma – FG. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 3, p. 466-473, 2009.

BAPTISTA M. N.; CARNEIRO A. M.; SISTO F. F. Estudo psicométrico de Escalas de Depressão (EDEP e BDI) e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar – IPSF. **Psicologia em Pesquisa**. UFJF, v. 4, n. 1, p. 65-73, 2010.

- BAPTISTA M. N.; SOUZA M. S.; ALVES G. A. S. Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). **Psico-USF**, v. 13, n. 2, p. 211-220, 2008.
- BARBOSA, A. A. Por que estatuto das famílias? In: DIAS, M. B. **Direito das Famílias**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.
- BARCELLOS, C.; MONKEN, M. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 177-224p.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.
- BARON-EPEL O.; KAPLAN G. **General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference?** Social Science and Medicine, v. 53, n. 9, p. 1373-1381, 2001.
- BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n.1, p. 38-46, 2014.
- BEAUVOIR S. **A velhice**. Trad. De Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER M.; GASKELL G.(Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 39-63.
- BAUMAN, Z. **Vida Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- BISOLI-ALVES; Z. M. M.; MOREIRA; L. V. C. Repensando as questões da tolerância e dos direitos humanos vinculados à família. In.: **Família, subjetividade, vínculos**. CARVALHO,A.M. A.; MOREIRA L. V. C.(Org.). São Paulo: Paulinas, 2007.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BONNEMAISON, J.; CAMBREZY, L. **Le lien territorial: entre frontières et identités. Géographies et Cultures (Le Territoire)**. Paris: L' Harmattan-CNRS, 1996.
- BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.

Brasília: Senado Federal; 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 08 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 19. 1ª Ed. Brasília – DF, 2007. 192p.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996. **Política Nacional do Idoso**. 2. ed. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil – 2003: condição de saúde bucal da população brasileira 2002-2003; resultados parciais/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 22 mar. 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Série Estudos e pesquisas. Rio de Janeiro, 2012, p.160.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Departamento da Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. **Política Nacional de Assistência Social. PNAS/2004** – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social Brasília, novembro de 2005.

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, M. A. **Infância e violência doméstica: Fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 1995.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CAMPOS, E. P. Suporte Social e Família. In: MELLO FILHO, J. (Org.), **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 141-161.

CAMPOSTRINI E. P.; FERREIRA E. F.; ROCHA F.L. Condições de saúde bucal do idoso brasileiro. **Arquivos em Odontologia**, v. 43,n. 02, p.48-56, 2007.

CANIÇO, H. et al. **Novos tipos de família: plano de cuidados**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2011.

CARVALHO, C. V. Família Unipessoal. **Rev. Fac. Direito UFMG**, Belo Horizonte, n. 59, p. 57 a 78, 2011.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H. Família e Proteção Social. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 2, p. 109-122, 2003.

- CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 37, p. 589-99, 2011.
- CECCIM, R. B. Debate (Réplica). **Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.
- CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ed. Ática, 2000.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI. [On-line]**, 2009. Disponível em: <<http://www2.pol.org.br/satepsi/>>. Acesso em: 15 out. 2016.
- COSTA, A. S. M. **Argumentações em torno das famílias caleidoscópio como expressão da pluralidade familiarista moderna**. Belo Horizonte: Meritum, 2012.
- COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.
- COSTENARO, R. G. S. **Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões**. Santa Maria (RS): Centro Universitário Franciscano, 2001.
- COUTINHO, F. H. P. **Idoso ativo: percepção sobre o seu processo de envelhecimento**. Recife, 2012.
- CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Cienc. Cuid. Saúd.**, v. 10, n. 4, p. 861-865, 2011.
- CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 41, p. 181-188, 2005.
- DACHS, J.N.W.; SANTOS, A.P.R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Cien Saude Colet**, v. 11, n. 4, p.887-894, 2006.
- DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.
- DESSEN, M. A.; RAMOS, P. C. C. Crianças pré-escolares e suas concepções de família. **Paideia**, v. 20, n. 47, p. 345-357, 2010.
- DESSEN, M. A; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.
- DIAS, R. R.; BAPTISTA, M. N. Medidas repetidas de suporte familiar e saúde mental em mães de crianças em UTI pediátrica. **Revista de Saúde Pública de Bogotá**, v. 8, p. 125-136, 2008.

DUARTE, J. E.; MELO, R. V.; AZEVEDO, R. S. Cuidando do cuidador. In: MORAES, E. N. de. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, p. 371-379.

EDUARDO, M. F. O conceito de território e o agro artesanato. **Revista NERA**. Presidente Prudente, ano 11, n. 13, p. 83-101, jul./dez.2008.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN I, MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá: Eduem: 2004. p. 19-28.

FILIPINI, R. Reconfiguração sócio métrica da família na contemporaneidade: os desafios de crianças e adolescentes. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 35-50, 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932009000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 nov. 2016.

FLORES, G. C. et al. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Ver. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 467–474, 2010.

FORTES, M. R. S. **Enfermagem na promoção dos cuidados primários na saúde pública**. São Paulo: Everest, 2002.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 2 ed. Brasília: Liber livro, 2007.

FRIBERG, F.; SCHERMAN, M. H. Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 19, p. 274–279, 2005.

GALISTEU, K. J et. al. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Arq. Ciên. Saúde**, v. 13, v. 4, p. 209-214, 2006.

GARBIN, C. A. S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, 2010.

GARCIA, M. A. A. et al. Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 537-52, 2005.

_____. Atenção à Saúde em Grupos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [periódico na Internet], 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/v14n2.pdf>>. Acesso em 08 set. 16.

GARCIA, E. S. S; SAINTRAIN, M. V. L. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**; v.17, n.1, p. 18-23, 2009.

GARGIULO, C. A et. al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 696-702, 2007.

GABARDO, R. M.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Arranjos familiares e implicações a saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 91-7, 2009.

GIDDENS, A. **Mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo de nós**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2003.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização Em Saúde**. Uerj/IMS/. Abrasco, 2003.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUTIERREZ, M. D; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1497-508, 2010.

HAESBAERT, R. **Territórios alternativos**. Niterói: Ed. UFF; São Paulo: Contexto, 2002.

_____ **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HECK, R. M; LANGDON, E. J. M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: MINAYO M. C. S, COIMBRA Jr., C. E. A. (org.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 129-151.

HERÉDIA, V. B. M., CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I. A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 1, p. 53-59, 2007.

INOUYE, K. et. al. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010.

KIRK, R. H. Family support: the roles of early years' Centers. **Children e Society**, v. 17, p. 85-99, 2003.

KREPPNER, K. The child and the family: Interdependence in developmental pathways. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 11-22, 2000.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, p. 165–180, 2012.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte Social ao idoso dependente. In: FREITAS E. V. et al (Org.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 892-898.

LESSA, I, Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis versus terceira idade. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não –transmissíveis**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco. 1998.

LEVY, P. S.; LEMESHOW S. **Sampling of populations: methods and applications**. New York, 1991.

LIMA, E. M. **A proteção social no âmbito da família: um estudo sobre as famílias do bairro Monte Cristo em Florianópolis**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

LIMA, C. K. G; MURAI, H. C. Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. **Rev Enferm UNISA**, v. 6, p. 15-22, 2005.

LOPES, V. J. **Reabilitação bucal em prótese sobre implante**. São Paulo: Quintessense, 2000.

MACERATA, I.; SOARES, J. G. N; RAMOS, J. F. C. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 1, p. 919-30, 2014.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas Ed., 2002.

MARTINS, E. Constituição e significação de família para idosos institucionalizados: uma visão histórico-cultural do envelhecimento. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 215-236, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 nov. 2016.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R.; VARELLA, S. **O levantamento de informações sobre as famílias nas Pnads de 1992 e 1999**. Rio de Janeiro: Ipea, 2002

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Larino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, junho 2014.

MENEZES, T. M. O; LOPES, R. L. M; AZEVEDO, R. F. A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], 2009, v. 11, n. 3, p. 598-604.

MOMBELLI, M. A. et al. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 28, n. 3, p. 327-335, 2011.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 dez. 2016.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 62-68.

MORANDÉ, P. **Familia y sociedad**. Santiago: Editorial Universitaria, 1999.

NADIR, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 428-435, 2009.

NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Saúde bucal: a auto percepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **Saúde, bem-estar e envelhecimento. O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 121-40.

NERI, A.L. **Palavras chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2005.

_____. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, A. L. (Ed.) **Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: Alínea, 2007. p. 13-59.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60 -70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n.1, 2010. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341>. Acesso em: 07 set. 16.

NUNES, C. O. A. T.; CALAIS, S. L. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e percepção de suporte familiar em porteiros: um estudo correlacional. **Psico-USF**, v. 16, n. 1, p. 57-65, 2011.

OLIVEIRA, N. H. D. **Recomeçar: família, filhos e desafios** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

OLIVEIRA, S. A. C. et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 17, n. 3, 2009.

OLIVEIRA, M. R.; DESSEN, M. A. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 29, n. 1, p. 81-88, 2012.

OLSON, D. H.; RUSSELL, C. S.; SPRENKLE, D. H. Circumplex model: VI. Theoretical update. **Family Process**, v. 22, n. 1, 69-83, 1983.

OLSON, D. H. Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. **Family Process**, v. 25, n. 3, 337-35, 1986.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Grupo científico sobre la Epidemiologia del Envajamiento**, Genebra, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

PEREIRA, M. O. S. **Importância do Suporte Familiar na Efetivação do Pré-Natal proposto pelas Diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal E Nascimento (PHPN)**. Dissertação de Mestrado. Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2015.

- PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: PEREIRA, P. A. P. **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004. p.25-42.
- PERLINI, N.M.O.G.; LEITE, M.T.; FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Ver. Esc. Enferm USP**, v. 41, n. 2, p.229-36, 2007.
- PERUCCHI, J.; BEIRÃO, A. M. Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. Rio de Janeiro: **Psicologia Clínica**, v. 19, n. 2, p. 57-69, 2007.
- PETRINI, G. Significado social da família. **Cadernos de Arquitetura e Urbanismo**, v.16, n.18+19, 2009.
- PETZOLD, M. The psychological definition of “the family”. In: CUSINATO, M. (Org.) **Research on family: Resources and needs across the world**. Milão: LEDE dicioni Universitarie, 1996.
- PINHEIRO, M. E. A primeira entrevista em psicoterapia. **Revista IGT na Rede**, v. 4, n. 7, 2007, p.136-157. Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs/>. Acesso em: 1 dez. 2016.
- PRADO, S. D; SAYD,E. J. D. O ser que envelhece: técnica, ciência e saber. **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 247-252, 2007.
- RAFFESTIN, C. **Per una geografia del potere**. Milão: Unicopli, 1981.
- RAMOS, L. R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 72-78.
- RIBEIRO, A. Q.; ACURCIO, F. A.; WICK, J. Y. Pharmacoepidemiology of the elderly in Brazil: state of the art. **Consult Pharm**, v. 24, p. 30-44, 2009.
- RODRIGUES, S. M. S; ALMEIDA, S.S.; RAMOS, E. M. L. S. Suporte familiar e transtornos mentais comuns em adolescentes grávidas. **Psicol. Argum**, v. 29, n. 64, p. 91-100, 2011.
- ROMAGNOLI, R. C. **Análise Institucional da família**. Belo Horizonte: PUCMinas, 2006.
- ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 777-94.2002.
- ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 345-351, 2011.
- SALGUEIRO, H; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 1, p. 26–32, 2010.

- SALIBA, N. A. et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. **Revista Interface** – comunicação, saúde, educação. Botucatu, v. 11, n. 21, abr. 2007.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Editora Mc Graw–Hill, 2006.
- SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. **Revista Escola Enfermagem**, v. 46, n. 5, p. 1141-1147, 2012.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **Território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Ed Beste Bolso, 2011.
- SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. O. Território e Saúde Mental: uma experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 38, p. 715-26, 2011.
- SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria**, v. 75, p. 401-406, 1999.
- SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1990.
- SARTI, C. A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- SCOLA, A. **L'esperienza elementare. La venaprofondadelmagisterodi Giovanni Poli II**. Milano: Marietti, 2003.
- SCOTT, R. P. Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In: MINAYO M. C. S., COIMBRA Jr., C. E. A. (Org.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 103-127.
- SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.
- SILVA, A. L.; SAINTRAIN, M.V. L. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. **Ver.Bras Epidemiologia**, v.9, n.2, p.242-50, 2006.
- SILVA, J. C. “Da Velhice e assistência social no Brasil”. **A Terceira Idade**, v.17, n.54-64, 2006.
- SILVA, L. J.; SILVA, L. R. Mudanças na vida e no corpo: Vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Esc. Anna Nery** [online], v. 13, n. 12, p. 393-401, 2009.
- SILVA, M. J.; BESSA, M. E. P.; OLIVEIRA, M. C. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. **Cienc. Enferm**, v. 10, n. 1, p. 31-39, 2004.

SILVA, M. R. F. et al. Care beyond health: mapping bonding, autonomy and emotional territory in family health. **Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 255-259, 2015.

SILVA, S. R. C.; VALSECKI JÚNIOR, A. Assessment of oral health in an elderly Brazilian population. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 8, n. 4, p. 268-71, 2000.

SILVA, T. A. A. et al. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.46, n.6, p.391-397, 2006.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde autorreferido entre idosos. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 706-716, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a15.pdf>. Acesso em: 07 de set. 16.

SOUZA, A. B. L.; BELEZA, M. C. M.; ANDRADE, R. F. C. Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família. PRACS: **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. Macapá, n. 5, p. 105-119, dez. 2012.

SOUZA, M.L. O território: sobre espaço e poder: autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001. p. 77-116.

SOUZA, R.F.; SKUBS, T.; BRETÃS, A.C.P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v. 60, n. 3, p. 64-8, 2007. TRAD, L. A. B. (Org). **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 51-66, 2010.

TORRES, G. V. et al. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 19-30, 2010.

VALENTE, J. Acolhimento familiar: validando e atribuindo sentido às leis protetivas. **Rev. Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 111, p. 576- 598, 2012.

VARGAS, A. M. D. **Saúde Bucal: atenção ao idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

VIEIRA, V.; VIEIRA, M. L.; PRADO, A. B. Apoio social: percepção materna em contextos com diferentes graus de urbanização. **Estudos de Psicologia**, v. 16, n. 3, p. 209-217, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p. 2.463-2.466, 2007.

VERAS, R. Uma resposta ao tempo. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 417-418, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 dez.2016.

VERAS, R. P. et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciência Saúde Coletiva**, v.13, p. 119-26, 2008.

Wagner, A. (Org.). **Família em Cena: tramas, dramas e transformações**. Petrópolis: Vozes, 2002.

WERNECK, M. A. F. Princípios para a organização dos serviços de saúde bucal. In: BRASIL. **Guia curricular para a formação do atendente de consultório dentário para atuar na Rede Básica do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

WHITAKER, D. C. A. O idoso na contemporaneidade: a necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse “novo” ator social, titular de direitos. **Cad. Cedes, Campinas**, v. 30, n. 81, p. 179-188, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**, Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active ageing: a policy framework. Ageing and life course**. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde [Manual]**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WYSOCKI, T. et al. Effects of behavioral family systems therapy for diabetes on adolescents' family relationships, treatment adherence, and metabolic control. **Pediatric Psych**, v. 31, n. 9, p. 928-38, 2006.

ZAMBERLAM, C. O. **Os novos paradigmas da família contemporânea: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

ZANCHI, M. T.; ZUGNO, P. L. **Sociologia da Saúde**. Caixas do Sul: Educs, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DE CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE VALE DO RIODOCE
FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR- FPF



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DO SUPORTE FAMILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM IDOSO

Pesquisador: Suely Maria Rodrigues

Área Temática:

Versão:2

CAAE: 50177915.2.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.369.210

Apresentação do Projeto:

Parecer satisfatório.

Objetivo da Pesquisa:

Parecer satisfatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Parecer satisfatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é significativa e justificável. O pesquisador apresentou, de forma clara, a metodologia que será desenvolvida tomando o devido cuidado na abordagem com o sujeito da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios no projeto de pesquisa foram inseridos corretamente.

Recomendações:

Que haja uma uniformização entre Projeto e TCLE no que compete às informações a respeito do procedimento para a redução dos riscos ou desconfortos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou lista de inadequações.

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

<p>Título: INFLUÊNCIA DO SUPORTE FAMILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM IDOSO</p>
<p>Natureza do Projeto: Pesquisa</p>
<p>Pesquisador Responsável: Prof^a. Dr^a. Suely Maria Rodrigues</p>
<p>Contato com pesquisador responsável: Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG Telefone(s): (33)</p>
<p style="text-align: center;">Comitê de Ética em Pesquisa Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575</p>

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: INFLUÊNCIA DO SUPORTE FAMILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM IDOSO, na área de Saúde Coletiva.
- 2) A pesquisa terá como objetivo geral conhecer a influência do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idosos usuários da ESF usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada na zona urbana do município de Governador Valadares.
- 3) você irá responder algumas perguntas sobre o que significa família, quem compõem sua família hoje para você, e se o apoio de sua família pode ajudar na adesão ao tratamento odontológico.
- 4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: 4.1) Serão feitas algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará no papel suas respostas. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja apagado o registro feito até o momento. 4.2) Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de vinte minutos.
- 5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

7) Durante a entrevista você pode ter medo ou insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

8) Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa: o reconhecimento da família como espaço singular, conhecimento de seus membros e importância do suporte familiar nos problemas de saúde. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, _____ de _____ de 2016.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

ANEXO 3 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Governador Valadares, 10 de setembro de 2015.

Para: Secretária Municipal de Saúde de Governador Valadares/MG – Katia Barbalho Diniz

Assunto: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ACESSO AOS DADOS DOCUMENTAIS

Prezada Senhora,

Solicita-se autorização para realização de pesquisa na Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares – MG, referente a projeto de pesquisa a ser desenvolvido pela prof^aDr^a Suely Maria Rodrigues e prof^a Dr^a Marileny Boechat Frauches Brandão do curso de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Essa pesquisa possui como título: **“Influência do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idoso”**.

O estudo será desenvolvido, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce. O objetivo geral é conhecer a influência do suporte familiar na adesão ao tratamento odontológico em idosos usuários da ESF usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada na zona urbana do município de Governador Valadares. Será objeto deste estudo os por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, fisicamente independentes usuários da Estratégia de Saúde da Família desse município.

O período estimado para o levantamento de dados dos participantes é de 08 meses. Declaramos que será mantido estrito respeito ao código de ética, sendo resguardado o sigilo e não identificação de pacientes/usuários do serviço ou outros dados que comprometam o anonimato das pessoas. Declaramos que a pesquisa está sendo desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme resolução 196/96.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior interação entre os profissionais de saúde e para o desenvolvimento de programas mais específicos, buscando a promoção de saúde e alternativas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, que são assistidos pelo Sistema Único de Saúde.

O presente projeto não apresenta riscos para os participantes da pesquisa. Os procedimentos realizados possivelmente não interferirão na rotina de funcionamento das atividades da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados serão divulgados provavelmente por meio de dissertação de mestrado e publicação de artigo científico em revista especializada.

Na certeza de poder contar com vossa colaboração, desde já agradeço e me coloc à disposição para esclarecimentos necessários.

No aguardo de definições da V. Sa me despeço.

Atenciosamente,

Prof^aDr^a Suely Maria Rodrigues
Pesquisadora Responsável

ANEXO 4 – INVENTÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

I. Identificação

1. **Registro:** _____

II. Perfil sócio demográfico

2. **Data de Nascimento:** ____/____/____

3. **Idade:** _____

4. **Sexo:** 1 Masculino 2 Feminino

5. **Estado Civil:** 1 Casado(a) 2 Solteiro(a) 3 Viúvo(a)
4 em união consensual 5 separado(a)

6. **Escolaridade:** _____ anos

7. Situação de trabalho:

1 Empregado 2 Desempregado 3 Auxílio-doença
4 Aposentado 5 Aposentado e trabalha 6 Do lar
7 Pensionista 8 Outro auxílio _____

8. Com quem mora:

1 esposa(o) 2 filhos 3 netos 4 bisnetos
5 irmão 6 amigos 7 sozinho 8 esposa+filhos 10 Pais

9. **Renda familiar (mensal):** R\$ _____ Conversão para sal.mín. _____

10. **Procedência:** UBS _____

III - Indicadores de saúde e utilização de serviços por idosos

11. N° de consultas médicas no SUS local nos últimos 06 meses:

1 Nenhuma 2 1 – 3 3 4 ou mais

12. N° de medicamentos usados habitualmente nos últimos 06 meses:

1 Nenhum 2 1 – 3 3 4 ou mais

13. N° de doenças diagnosticadas pelo médico do SUS:

1 Nenhuma 2 1 3 2 3 3 4 4 ou mais

ANEXO 5 – IPSF – Folha de Resposta

Folha de respostas

Parte integrante do Livro de Aplicação (Vol. 2) da Coleção IPSF

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: M F

Local de nasc.: _____ Data da Aplic.: ____ / ____ / ____

- Escolaridade: () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo
 () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo
 () Ensino Superior incompleto () Ensino Superior completo
 () Especialização () Mestrado () Doutorado

Estou avaliando

- () família nuclear (pai, mãe, irmãos, etc.)
 () família constituída (esposa, esposo, filhos)

Atualmente resido com _____

- Meus pais () nunca se separaram
 () se separaram quando eu tinha ____ anos

Eu, se já casado(a)

- () nunca me separei () já me separei com ____ anos de casamento
 () primeira separação () segunda separação
 () terceira ou mais

Neste inventário é apresentada uma série de 42 afirmações sobre sua compreensão a respeito da percepção sobre o suporte ou assistência familiar recebido por você até o momento. É necessário, por gentileza, que você responda a todas as questões assinalando com um X a alternativa que melhor se aplica a você. Se, por acaso, nenhuma das opções estiver de acordo com a sua resposta, por favor, escolha aquela que mais se aproxime do que você percebe.

Não preencha este quadro. Ele está reservado para uso exclusivo do examinador.

	F1	F2	F3	$\Sigma_{(F1, F2, F3)}$
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Percentil	_____	_____	_____	_____
Classificação	_____	_____	_____	_____

020513

Esta folha possui numeração sequencial, impressa em preto.

002941

Esta folha está impressa em AZUL, PRETO e VERMELHO. Se lhe apresentarem impressa em qualquer outra cor ou de qualquer outro modo, trata-se de uma reprodução ilegal. Recuse-se a utilizá-la.



EDITORA PSICO-PEDAGÓGICA LTDA.
 Rua Cubatão 48 - CEP 04013-000 - SP
 Tel. (11) 3146-0333 - Fax. (11) 3146-0340
www.vetoreditora.com.br vendas@vetoreditora.com.br

Copyright © 2009 – Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda. – São Paulo. É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, por qualquer meio existente e para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.

Nº	AFIRMAÇÕES			
		NUNCA OU NUNCA	AS VEZES	SEMPRE OU SEMPRE
01	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias.			
02	As pessoas na minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.			
03	Há regras sobre diversas situações na minha família.			
04	Meus familiares me elogiam.			
05	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.			
06	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens.			
07	Eu sinto raiva da minha família.			
08	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.			
09	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.			
10	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.			
11	Minha família discute seus medos e preocupações.			
12	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a).			
13	Eu me sinto como um estranho na minha família.			
14	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero.			
15	As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.			
16	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.			
17	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante.			
18	Em minha família existe privacidade.			
19	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.			
20	Há ódio em minha família.			
21	Eu sinto que minha família não me compreende.			
22	Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levada em consideração.			
23	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando.			
24	Os membros da minha família se tocam e se abraçam.			
25	Minha família me proporciona muito conforto emocional.			
26	Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido(a).			
27	Viver com minha família é desagradável.			
28	Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem-estar de cada um.			
29	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.			
30	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos.			
31	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.			
32	Em minha família há competitividade entre os membros.			
33	Eu sinto vergonha da minha família.			
34	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer.			
35	Em minha família demonstramos carinho por meio das palavras.			
36	Minha família me irrita.			
37	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros.			
38	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.			
39	Eu me sinto excluído da família.			
40	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.			
41	Meus familiares servem como bons modelos em minha vida.			
42	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.			

ANEXO 6 – ROTEIRO DE ENTREVISTA**INSTRUÇÕES IMPORTANTES**

1. Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos.
2. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
3. Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.
4. Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.
5. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos nas entrevistas por todos os participantes serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. O fato de não haver identificação nesse formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.

1. O que significa família para você?
2. Na sua visão, quem compõem sua família hoje?
3. Você acha que o apoio de sua família pode ajudar na adesão ao tratamento odontológico?

//////////////////////////////////// **Agradecemos sua participação**
