

O GENOGRAMA PARA CARACTERIZAR A ESTRUTURA FAMILIAR DE IDOSOS COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS EM CONTEXTOS DE POBREZA*

THE GENOGRAM AS A MEANS TO CHARACTERIZE THE FAMILY STRUCTURE OF ELDERLY PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT IN POVERTY CONTEXTS

GENOGRAMA PARA CARACTERIZAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE ANCIANOS CON ALTERACIONES COGNITIVAS EN CONTEXTOS DE POBREZA

Ariene Angelini dos Santos¹
Sofia Cristina Iost Pavarini²

RESUMO

A avaliação da composição familiar, obtida por meio de um instrumento denominado "genograma", contribui para o planejamento adequado do cuidado aos idosos. O objetivo com este trabalho foi identificar a composição familiar de idosos com alterações cognitivas cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USFs) de regiões de alta vulnerabilidade social. Com base nos pressupostos do método quantitativo de investigação, foram realizadas entrevistas individuais, domiciliares e confeccionados genogramas de 45 idosos. Os cuidados éticos em pesquisa foram observados. A composição familiar dos idosos pobres é multigeracional, sendo encontradas famílias com até sete membros. Os idosos, em sua maioria, possuíam idade entre 60 e 75 anos, baixa escolaridade, estavam casados e morando com esposo(a) /companheiro(a) e filhos. Alguns viviam com os netos também. A doença mais citada foi a hipertensão arterial. A maioria dos idosos relatou ligação normal com familiares. O genograma demonstrou que é um instrumento útil na retratação da estrutura familiar de idosos pobres, podendo ser usado para uma atuação mais eficaz dos profissionais de saúde e, em especial, da enfermeira de USFs, por trabalhar mais diretamente com famílias, de modo a direcionar as intervenções à realidade do idoso pobre.

Palavras-chave: Enfermagem Familiar; Idoso; Características da Família; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The evaluation of a family composition can be obtained by a specific tool called genogram, and contributes to the elderly adequate care planning. The goal of this study is to identify the family structure of elderly patients with cognitive impairment registered in Family Healthcare Centers of socially vulnerable regions. We realized individual home interviews based on assumptions of the quantitative investigation method and we obtained 45 genograms. Ethical issues in research were respected. Results show that the family composition of poor elderly patients is multigenerational; families with seven members were seen. Most part of the patients was 60 to 75 years old, had a low education level, were married and lived with a stable companion and their children. Some of them also lived with their grandchildren. The most common disease was arterial hypertension. Most elderly patients reported having a regular relation with the family members. The genogram showed to be a useful tool to delineate the family structure of poor elderly patients. It may be used by healthcare professionals, especially by nurses, since they work directly with the family members.

Key words: Family Nursing; Aged; Family Characteristics; Family Health Program.

RESUMEN

La evaluación de la composición familiar, obtenida por medio de un instrumento denominado genograma, contribuye a la planificación adecuada de la atención a los ancianos. El objetivo de este trabajo ha sido de identificar la composición familiar de las personas de edad con alteraciones cognitivas inscritas en Unidades de Salud de la Familia de regiones de alta vulnerabilidad social. Basada en las premisas del método cuantitativo de investigación, se realizaron entrevistas individuales, domiciliarias y se trazaron los genogramas de 45 ancianos, respetando los principios éticos en investigación. Las familias de los ancianos pobres son multigeneracionales y en algunas hay hasta siete miembros. La mayoría de los ancianos tenía entre 60 y 75 años, bajo nivel de escolaridad, estaba casada y vivía con su esposo (a) / compañero (a) e hijos, algunos también vivían con los nietos. La enfermedad más citada fue hipertensión arterial. La mayoría de los ancianos afirmó tener una relación normal con sus familiares. El genograma demostró ser un instrumento útil para representar la estructura familiar de ancianos pobres y puede servir para que los profesionales de salud, en especial, de los enfermeros de Unidades de Salud de la Familia, por trabajar directamente con las familias de forma tal que dirijan sus actividades a la realidad de los ancianos pobres.

Palabras clave: Enfermería de la Familia; Anciano; Composición Familiar; Programa de Salud Familiar.

* Trabalho financiado pela FAPESP e extraído da dissertação de Mestrado de Ariene Angelini dos Santos. Orientadora Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. E-mail: arieneangelini@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora em Educação pela UNICAMP. Professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Coordenadora do projeto Tecnologia de Cuidado para Idosos com Alterações Cognitivas (FINEP). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento do CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde e Família. E-mail: sofia@ufscar.br

Endereço para correspondência – Ariene Angelini dos Santos: Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 2632. Apto 04. Centro. São Carlos / SP. CEP: 13560-201.

INTRODUÇÃO

Na maioria dos países ocidentais, assim como no contexto brasileiro, os cuidados dispensados aos idosos são desempenhados pela família e pela comunidade, sendo o domicílio o espaço natural escolhido.¹

Segundo a Constituição Federal do nosso país, como instituição social, a família é tida legalmente como a responsável por atender às necessidades de seus membros idosos. Esse conceito está tão forte em nossa sociedade que, muitas vezes, chega a ser inquestionável.²

A palavra “família” origina-se do latim *famulus*, que significa escravo, servente. Assim, representa a dependência nativa entre seus membros.² O termo família pode ser definido por duas ou mais pessoas que são ligadas por íntimas associações, recursos e valores e é reconhecida quando os membros consideram os elementos que a constituem como família.³

Nos últimos anos, muitos estudos têm sido publicados sobre o papel da família como cuidadora de seus membros idosos. Autores afirmam que o cuidado destinado aos idosos é um papel natural que a família desenvolve ao longo da vida.^{4,5}

Os familiares de idosos com alterações cognitivas são muito importantes no fornecimento de informações completas e precisas sobre a saúde do idoso, seu funcionamento físico, afetivo e capacidade cognitiva, pois são eles que convivem com o idoso a maior parte do tempo. Essa informação é utilizada no diagnóstico e no tratamento de várias condições de saúde desses idosos.⁶ Dessa forma, a avaliação da composição familiar é importante e útil no sentido de desvendar quantas e quem são as pessoas que têm maior vínculo com o idoso e que podem fornecer informações para o melhor planejamento do cuidado a essa faixa etária emergente.

As famílias, hoje, sofrem mudanças na sua estrutura. Estão se tornando menores, com maior número de idosos em sua composição, assumindo um caráter multigeracional.⁷

Apesar das modificações em sua estrutura ao longo dos anos, a família predomina como suporte informal ao idoso, sendo a fonte primária de apoio.⁸ Com as diversas transformações que estão ocorrendo no Brasil, a capacidade da família em prestar apoio a seus membros idosos pode ser afetada ou tende a se afetar no futuro.

Tradicionalmente, é delegada à mulher a tarefa dos cuidados básicos dos idosos. Essa disponibilidade vem diminuindo sensivelmente à medida que aumenta sua participação no mercado de trabalho. Acrescenta-se a isso a considerável queda da fecundidade, que, por outro lado, representa uma redução da rede potencial de apoio para as futuras gerações de idosos. Além disso, supõe-se que a situação de carência em que sobrevivem parcelas importantes da população

adulta venha inviabilizar um apoio mais efetivo a seus parentes idosos, principalmente em termos materiais.⁹

Tal situação evidencia a necessidade de se conhecer a composição familiar por meio da qual se processa o intercâmbio de apoio entre o idoso e a família, pois acredita-se que os arranjos domiciliares afetam e são afetados pelas condições de vida.

Estudos relacionados à vulnerabilidade em que se encontram idosos foram encontrados na literatura. Uma pesquisa qualitativa foi feita em Belo Horizonte-MG com 23 idosos pobres, trabalhadores informais, com idade que variara entre 60 e 78 anos. Homens e mulheres idosos deram seus depoimentos a respeito de sua relação com o trabalho, a família e os amigos. Esses idosos eram engraxates, catadores de material reciclável, vendedores de bilhete de loteria e camelôs. Trabalhavam seis dias da semana e realizavam uma jornada de 8 a 12 horas. Relataram que exerciam atividades fora do domicílio para complementar a renda ou porque eram os principais provedores do lar. Residiam em lares multigeracionais e disseram que a coabitação tem pontos negativos (perda da privacidade, aumento dos gastos e momentos de desentendimento com os familiares), porém também apresenta pontos positivos (apoio, solidariedade e segurança para aqueles que não possuem recursos para gerir sua família e/ou sua velhice).

Os participantes dessa pesquisa encontraram nas ruas, além do rendimento complementar à aposentadoria, uma forma de socialização e troca intergeracional. Alguns deles buscam no trabalho o apoio e a aceitação que não obtêm em casa.¹⁰

Trabalhos relacionados à composição dos lares de idosos também foram encontrados na literatura. Um estudo realizado em um município do interior paulista teve como sujeitos 49 octogenários com alterações cognitivas. Os dados revelam que a maioria dos entrevistados morava com a família, porém sem o cônjuge (71%); 12% moravam com o cônjuge e familiares; 12% moravam sozinhos; e os demais (5%) moravam apenas com o cônjuge. Contudo, na maioria dos casos, as famílias não eram muito grandes. Em metade dos casos, os idosos moravam com mais um (41%) ou mais dois idosos (9%). No contexto de vulnerabilidade social alta, havia uma porcentagem maior de idosos morando em residências unigeracionais do que multigeracionais, enquanto nos demais contextos de vulnerabilidade social prevaleceram arranjos familiares multigeracionais.¹¹

As famílias se tornaram menores pela redução do número de filhos e também pela mudança na composição dos lares. No contexto brasileiro, há predomínio de arranjos do tipo idoso/a com filho. Além disso, em 86% dos domicílios, os idosos são os chefes ou cônjuges. Há uma parcela expressiva e crescente de filhos morando com os idosos. Esses domicílios apresentam uma renda domiciliar *per capita* mais elevada e menor proporção de pobres, ou seja, a co-

residência pode significar melhoria nas condições de vida de ambos os lados.¹²

O estudo SABE foi desenvolvido a fim de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe, dentre eles o município de São Paulo. Foram sujeitos dessa pesquisa 2.143 idosos.

Dentre os resultados relativos à composição dos lares desses idosos obteve-se que, em primeiro lugar, os idosos corresidem com cônjuge e/ou filhos (sem netos); em seguida, os idosos moram somente com cônjuges; em terceiro lugar, os idosos vivem em arranjos trigeracionais; e, por último, vivem sozinhos. Há diferenças nesse arranjo quanto ao sexo: as mulheres moram mais sozinhas do que os homens, os quais residem mais com o cônjuge e/ou filho(s) ou somente com cônjuge. Isso demonstra que os homens têm maiores chances de receber ajuda se comparados com as mulheres. Corresidir com o cuidador profissional e não familiar ocupou a última posição, o que significa que a família é o principal recurso disponível que atende às necessidades dos idosos.¹³

Entretanto, estudos sobre arranjos domiciliares e/ou estrutura da família de idosos com alterações cognitivas que residem em contexto de pobreza são em número reduzido no País.

Nesse sentido, o objetivo com este estudo foi identificar a composição familiar de idosos com alterações cognitivas cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USFs) de regiões de alta vulnerabilidade social.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo do tipo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa em um município de porte médio, situado na região central do Estado de São Paulo, com população em torno de 210 mil habitantes, 11% dos quais com 60 anos de idade ou mais.¹⁴

Nesta pesquisa foi considerado o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) do setor censitário da USF onde o idoso estava cadastrado. Foram incluídas as unidades inseridas em contextos de alta e muito alta vulnerabilidade social, ou seja, IPVS 5 e 6. O IPVS classifica os setores censitários do Estado de São Paulo segundo níveis de vulnerabilidade social a que estão sujeitos os seus residentes variando de um (nenhuma vulnerabilidade) a seis (vulnerabilidade muito alta).¹¹

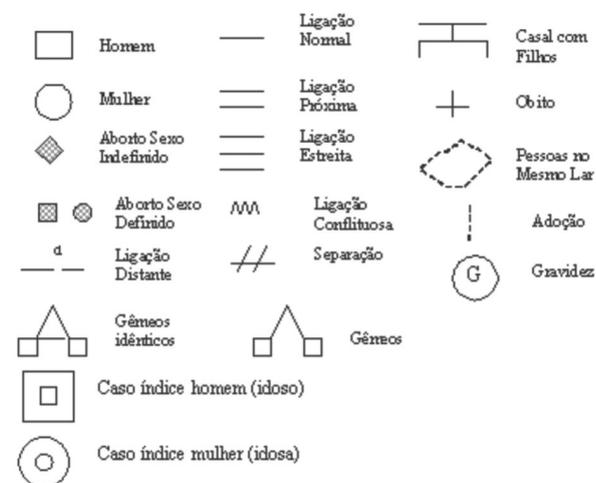
Os participantes da pesquisa foram: 45 idosos (F=24 e M=21), cadastrados e avaliados em USFs de regiões com alto índice de vulnerabilidade social do município, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais; ser cadastrado em uma USF com alto índice de vulnerabilidade social (IPVS 5 ou 6); apresentar resultado no minixame do estado mental abaixo da nota de corte, de acordo com o grau de escolaridade; não possuir comprometimentos graves

de linguagem ou compreensão; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares previamente agendadas, nas residências dos 45 idosos, no período de julho a dezembro de 2008. Um único encontro para cada indivíduo foi suficiente para a coleta e o registro dos dados.

Os instrumentos de coleta de dados foram: questionário Critério Brasil e o genograma. O Critério Brasil é uma escala que divide a população em oito classes sociais (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E), por meio da avaliação do poder aquisitivo familiar, baseando-se na quantidade de posse de bens de consumo duráveis, grau de instrução do chefe da família e em alguns outros fatores como a presença de empregada doméstica. Atribui-se classificação "A1" para pessoas com maior poder aquisitivo e pontuação "E" para pessoas com menor poder aquisitivo.¹⁵

O genograma consiste na confecção da árvore familiar, que traz informações sobre a estrutura da família, o histórico das pessoas, as condições de saúde, as relações existentes entre os membros dessa família, idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda, dentre outros. Para a construção do genograma, o idoso e seus familiares que estavam presentes no momento da coleta de dados foram convidados a retratar a estrutura e o histórico da família. As pessoas que viviam no mesmo lar foram agrupadas no diagrama. Foram usados símbolos padronizados para eventos importantes, descritos a seguir.¹⁶



Todos os cuidados éticos que regem pesquisas com seres humanos foram observados, segundo a Resolução nº 196/96. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade onde a pesquisa foi realizada (Parecer nº 253/2008). A coleta de dados teve início após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tanto pelo idoso portador de alterações cognitivas quanto pelo cuidador primário ou familiar responsável.

Os nomes dos sujeitos foram substituídos por outros nomes para garantir o anonimato dessas pessoas.

RESULTADOS

Para a representação da estrutura familiar dos idosos que moram em contextos de pobreza, foram confeccionados os 45 genogramas dessas pessoas. A seguir, serão apresentados os resultados dessa análise, exemplificando alguns desses resultados com os genogramas de algumas dessas famílias.

A maioria dos idosos entrevistados era do sexo feminino (77%), na faixa etária dos 60 aos 75 anos (77%)

e da classe social C (53%). Para a análise da renda dos idosos, utilizou-se o valor do salário mínimo vigente na época da coleta dos dados, que era de R\$ 415,00. Esses idosos recebem de meio a um salário mínimo (69%), sendo que 64% deles são os principais responsáveis por essa renda familiar.

Com relação ao estado civil, os idosos (60%), na sua maioria, estavam casados ou eram viúvos (29%). A FIG. 1 apresenta a estrutura familiar do idoso “Benedito”, que era casado.

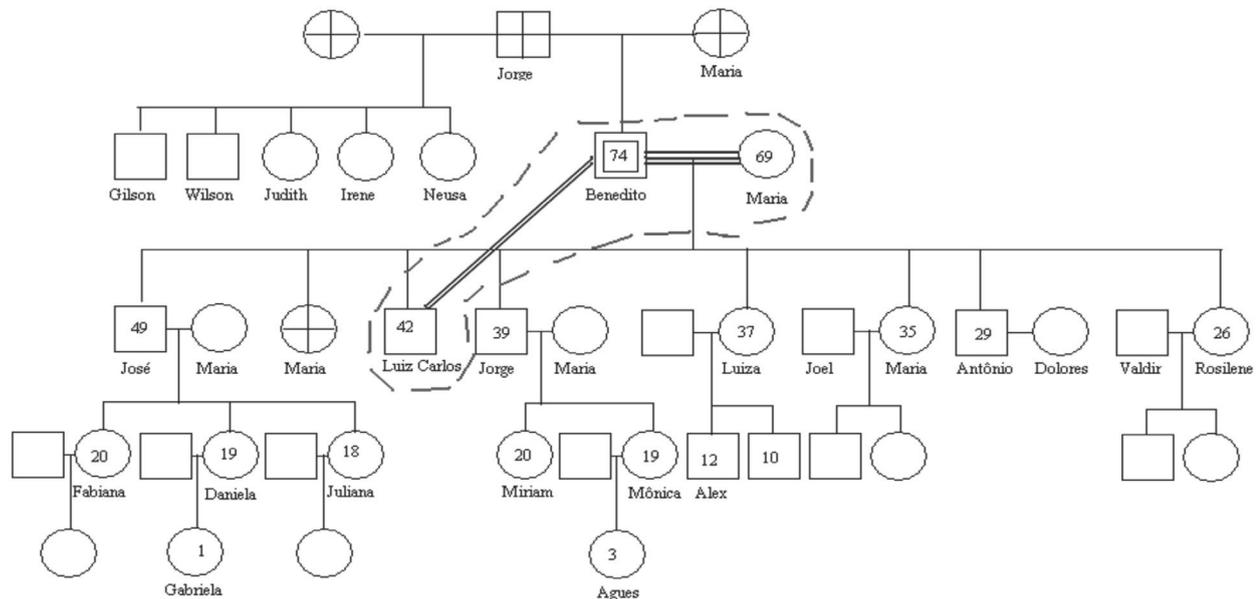


FIGURA 1 – Estrutura familiar do idoso “Benedito”

“Benedito” tinha 74 anos de idade na ocasião da pesquisa, era casado, pai de oito filhos, sendo quatro homens e quatro mulheres. Morava com sua esposa “Maria” (69 anos) e relatou que possuía ligação estreita (linha tripla que vai de Benedito a Maria) com ela e ligação próxima (linha dupla que vai de Benedito a “Luiz Carlos”) com seu filho “Luiz Carlos”.

Em relação à escolaridade, uma significativa porcentagem dos idosos entrevistados (51%) nunca estudou ou realizou apenas o ensino fundamental incompleto (31%).

Quanto aos problemas de saúde mais referidos pelos idosos, encontram-se hipertensão arterial em 73% dos casos e diabetes em 18%.

Quanto à composição dos lares dos idosos, apenas 7% deles vivem sozinhos, 38% vivem com mais uma pessoa, 33% vivem com mais duas pessoas e 20% vivem com quatro pessoas ou mais. Em 60% dos casos, os idosos vivem com o(a) esposo(a)/companheiro(a), e com os filhos (56%) e netos (31%). Houve predomínio de famílias multigeracionais com no máximo sete membros, como mostram os genogramas apresentados nas FIG. de 2 a 5.

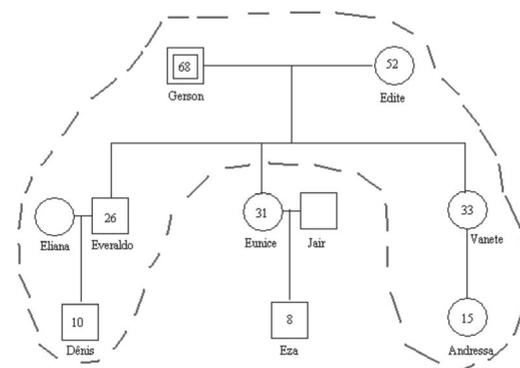


FIGURA 2 – Estrutura familiar do idoso “Gerson”

A FIG. 2 apresenta a estrutura familiar do idoso “Gerson”, com 68 anos de idade, casado, pai de três filhos. Morava com sua esposa “Edite”, com seus filhos “Everaldo” e “Vanete”, com sua nora “Eliana” e dois netos: “Dênis” e “Andressa”.

A maioria dos idosos mora com o(a) esposo(a)/companheiro(a) (genograma 3), com os filhos (genograma 4) e netos (genograma 5).

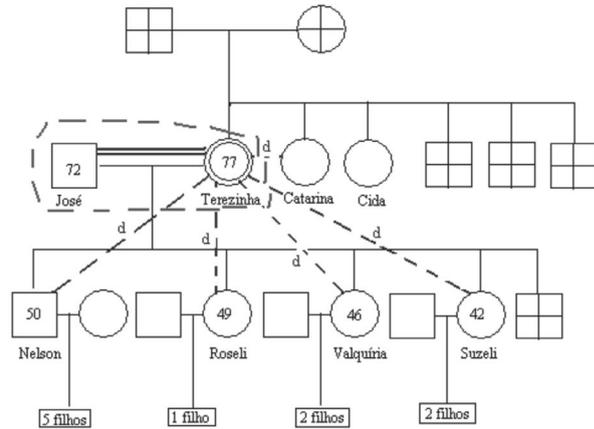


FIGURA 3 – Estrutura familiar da idosa “Terezinha”

A FIG. 3 apresenta a estrutura familiar da idosa “Terezinha”, com 77 anos de idade, casada, mãe de cinco filhos (um já faleceu), que morava com seu esposo “José”. Relatou possuir ligação próxima (representada pela linha dupla) com seu esposo e ligação distante (linha tracejada acompanhada da letra *d*) com sua irmã “Catarina” e com todos os filhos “Nelson”, “Roseli”, “Valquíria” e “Suzeli”.

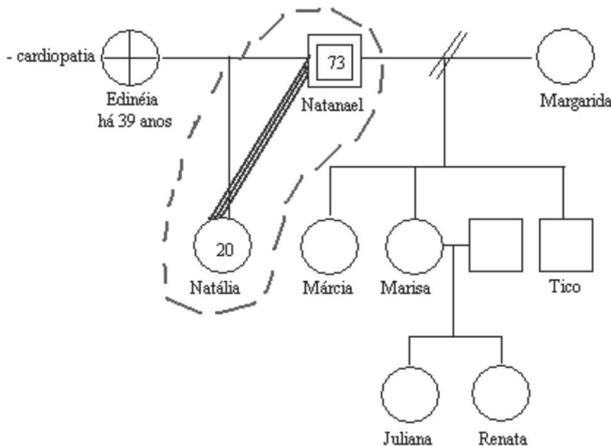


FIGURA 4 – Estrutura familiar do idoso “Natanael”

A FIG. 4 apresenta a estrutura familiar do idoso “Natanael”, com 73 anos de idade, atualmente viúvo, mas já havia se casado anteriormente com “Margarida” e se separou. É pai de quatro filhos, sendo três do primeiro casamento e uma filha do segundo casamento. Morava com sua filha “Natália” e relatou possuir ligação

estreita (representada na figura pela linha tripla que vai de Natanael à Natália) com ela.

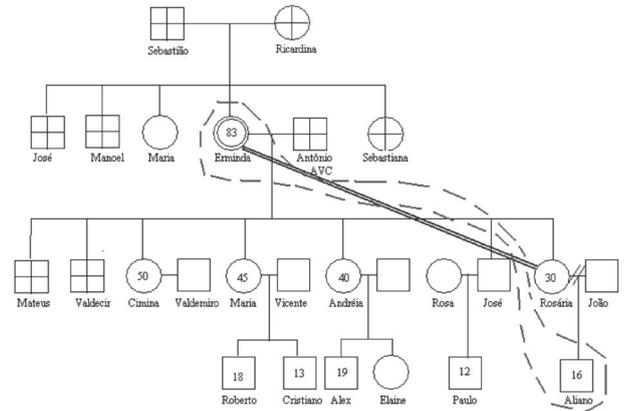


FIGURA 5 – Estrutura familiar da idosa “Erminda”

A FIG. 5 apresenta a estrutura familiar da idosa (“Erminda”), com 83 anos de idade, atualmente viúva. Seu esposo se chamava “Antônio” e faleceu em decorrência de um AVC. É mãe de sete filhos, sendo que dois já são falecidos. Morava com seu neto “Aliano”, de 16 anos e relatou que possuía ligação próxima (representada pela linha dupla) com sua filha “Rosária”, que é a mãe de “Aliano”.

Foram encontrados idosos morando sozinhos, como mostra o genograma 6.

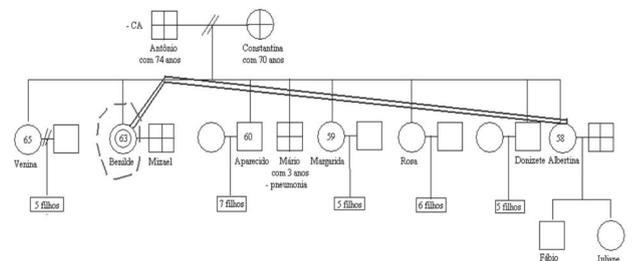


FIGURA 6 – Estrutura familiar da idosa “Benilde”

A FIG. 6 apresenta a estrutura familiar da idosa “Benilde”, com 63 anos de idade, viúva, que não teve filhos e morava sozinha. Relatou que possuía ligação próxima com sua irmã “Albertina”, de 58 anos de idade.

Há idosos que moram com o cônjuge, sendo que este também apresenta idade avançada, como se observa no genograma 7.

As relações familiares, em geral, são boas, como mostra o genograma 8:

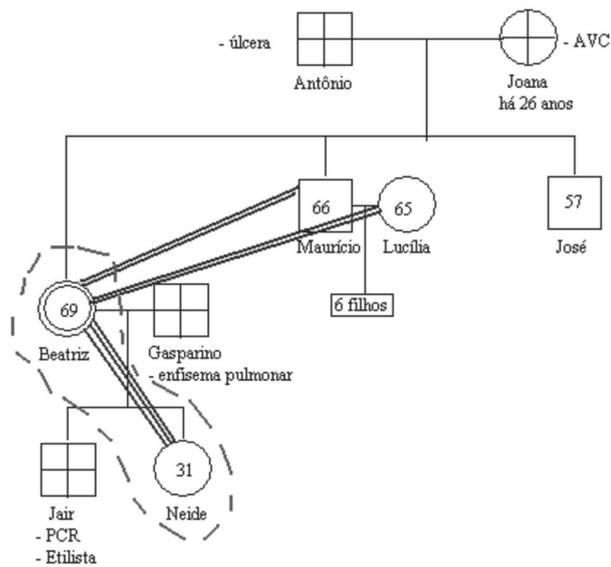
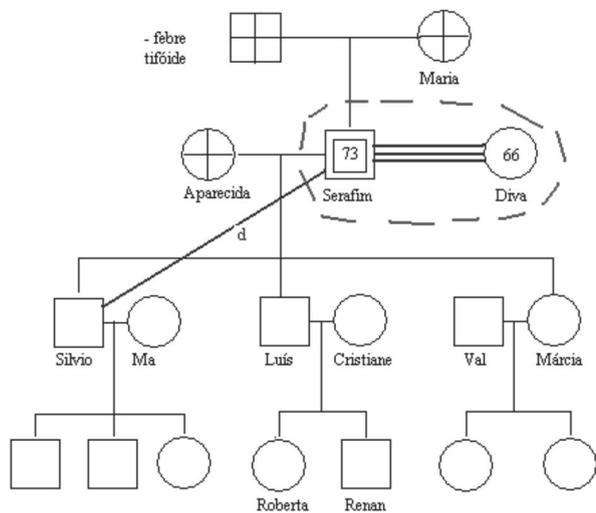


FIGURA 7 – Estrutura familiar do idoso “Serafim”

FIGURA 8 – Estrutura familiar da idosa “Beatriz”

A FIG. 7 apresenta a estrutura familiar do idoso “Serafim”, com 73 anos de idade, casado pela segunda vez e pai de três filhos do primeiro casamento. No segundo, não teve filhos. Morava com sua esposa “Diva” (66 anos) e relatou que possuía ligação estreita (linha tripla que vai de Serafim a Diva) com ela e ligação distante com seu filho mais velho, “Silvío”.

A FIG. 8 apresenta a estrutura familiar da idosa “Beatriz”, com 69 anos de idade, viúva, mãe de dois filhos (um já faleceu), que morava com sua filha “Neide”. Relatou que possuía ligação próxima (linha dupla) com seu irmão “Maurício” e sua cunhada “Lucília” e ligação estreita (linha tripla) com sua filha “Neide”.

Também foram encontradas relações distantes e conflituosas entre os membros da família, como mostram os genogramas 9 e 10.

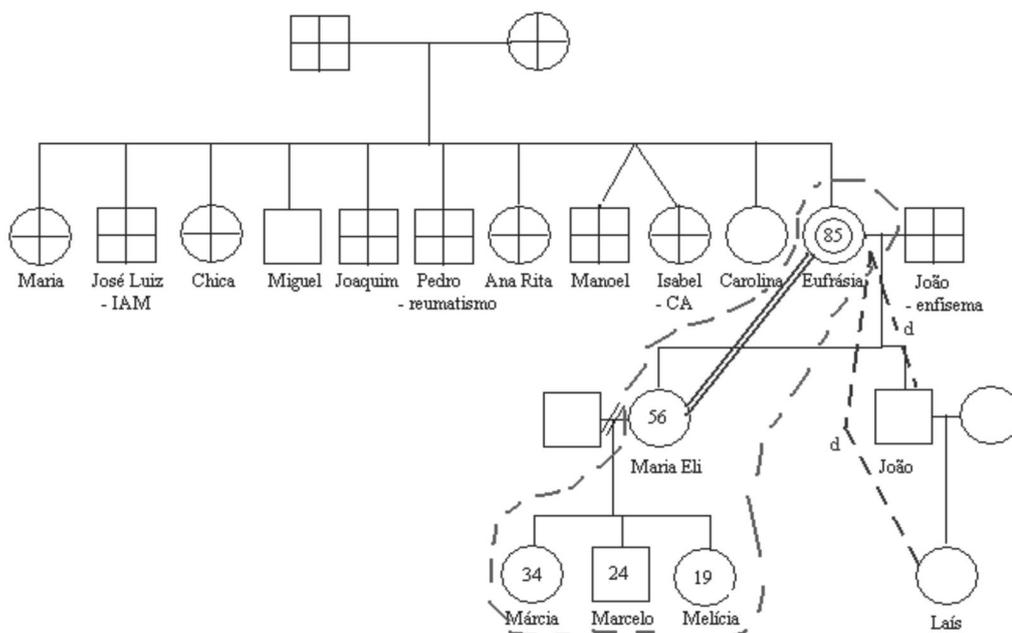


FIGURA 9 – Estrutura familiar da idosa “Eufrásia”

A FIG. 9 apresenta a estrutura familiar da idosa “Eufrásia”, viúva, com 85 anos de idade, mãe de dois filhos, que morava com sua filha e três netos. Relatou que possuía

ligação distante com seu filho “João” e com sua neta “Lais” e ligação próxima com sua filha “Maria Eli”.

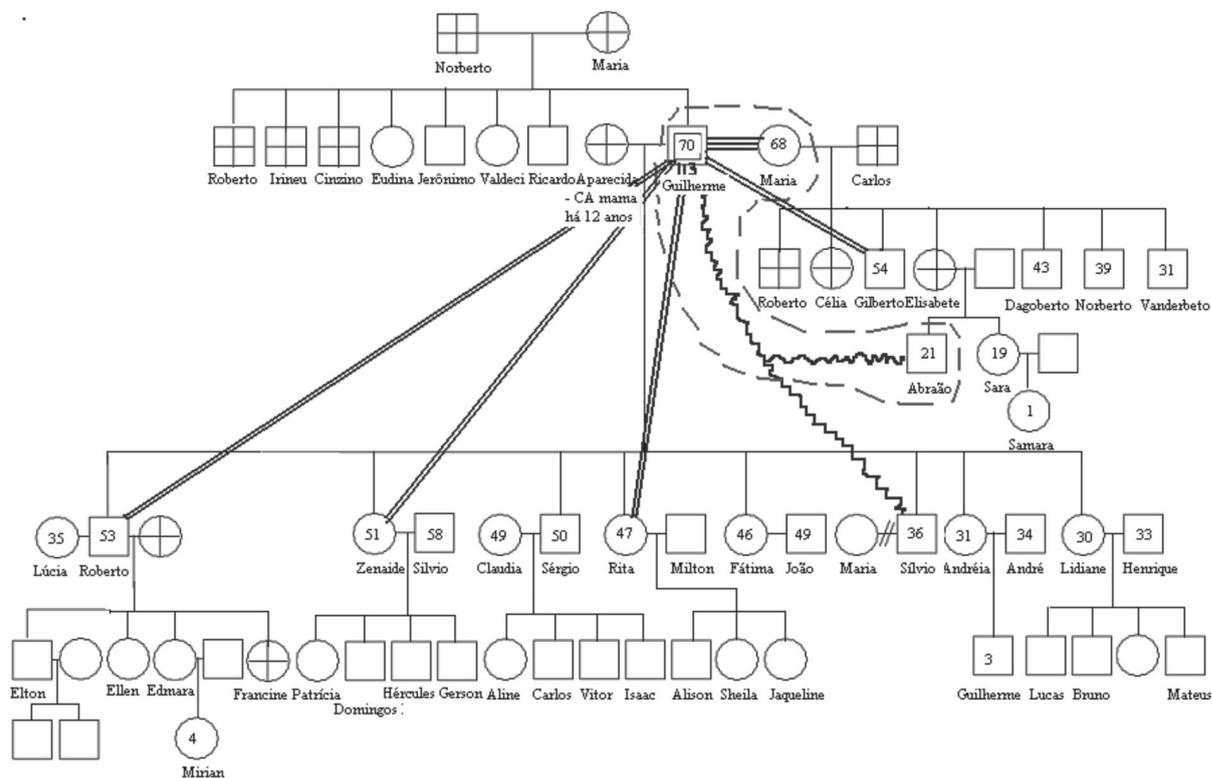


FIGURA 10 – Estrutura familiar do idoso “Guilherme”

A FIG. 10 apresenta a estrutura familiar do idoso “Guilherme”, com 70 anos de idade, casado por duas vezes, que morava com sua esposa Maria e seu enteado “Abraão”. Relatou que possuía ligação conflituosa com esse enteado e com um de seus filhos, “Silvio”.

possuía de um a três anos de escolaridade; 15% de quatro a sete anos; 2,5%, oito anos ou mais.¹⁹

DISCUSSÃO

Em relação ao estado conjugal dos idosos, foram encontrados resultados bem próximos na literatura. Uma pesquisa realizada no Serviço de Neurogeriatria do Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre teve como sujeitos 36 idosos com doença de Alzheimer. Pelos resultados, comprovou-se que 50% dos idosos eram casados.¹⁷ Outro estudo que também teve como sujeitos pessoas idosas (N=211) mostrou que 62,6% delas viviam com companheiros.¹⁸

Dados semelhantes também foram encontrados em relação à composição familiar. Um estudo realizado no interior paulista teve como objetivo avaliar a composição familiar de pessoas com mais de 60 anos, cadastrados em uma USF. Participaram desse estudo 49 idosos. Comprovou-se, pelos resultados, que a composição familiar era multigeracional para a maioria dos idosos, sendo que a maior parte estava casada e morando com um filho adulto. Em média, havia quatro pessoas por domicílio. A maioria dos idosos relatou ligação normal com seus familiares.²⁰

Quanto à escolaridade dos idosos, números semelhantes aos do estudo em questão foram encontrados em uma pesquisa feita com 523 idosos, no município de São Carlos, no bairro Cidade Aracy, onde há predomínio de pessoas com baixa renda. Esse trabalho mostrou que 56,3% eram analfabetos; 26,2%

Na China, 70% dos idosos moram com filhos e, desses, 75% vivem em domicílios com mais de três gerações. No Brasil, houve aumento do número de idosos que moram com os filhos, além de também ter aumentado os domicílios com três gerações. Para as autoras, o motivo que desencadeia os arranjos multigeracionais é a falta de autonomia econômica e/ou física dos idosos, embora tenham sido observados problemas econômicos por parte dos filhos, fazendo com que ambos se beneficiem desse tipo de arranjo.¹²

A condição de vida dos idosos residentes na periferia do município de São Carlos faz com que metade deles conviva em lares multigeracionais.¹⁹

Uma pesquisa foi realizada com o objetivo de analisar a relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos, utilizando como base de dados o Projeto SABE. Os resultados mostraram que, entre os idosos com elevado nível de renda e educação, as chances de viverem sozinhos são maiores. Essa informação corrobora os achados desta pesquisa, pois entre os idosos que vivem em contextos de pobreza a escolaridade e a renda são baixas, o que mostra que é minoria o número de idosos vivendo sozinhos nesse contexto.²¹

CONCLUSÃO

A composição familiar dos idosos pobres é multigeracional, sendo encontradas famílias com até sete membros. Os idosos moram com esposo(a)/companheiro(a) e filhos. Alguns vivem com netos, também.

O genograma demonstrou que é um instrumento útil na retratação da estrutura familiar de idosos. Proporcionou maior aproximação entre os membros da família e a visualização das características peculiares de cada uma. Mesmo com os idosos possuindo alterações cognitivas, não houve problemas na sua confecção, pois os membros da família que estavam presentes no momento de sua construção auxiliaram o idoso na recordação dos fatos.

Acredita-se que este estudo propiciará uma atuação mais eficaz dos profissionais de saúde e, em especial, das enfermeiras de USFs, por trabalharem mais diretamente com famílias, de modo a direcionar as intervenções à realidade do idoso pobre.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & Contexto Enferm.* 2006 out./dez; 15(4):570-7.
2. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo; 2001. 196p.
3. Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. 3ª ed. Pensilvânia: Elsevier; 2004. 665 p.
4. Kim JH, Knight BG. Effects of Caregiver Status, Coping Styles, and Social Support on the Physical Health of Korean American Caregivers. *Gerontologist.* 2008; 48:287-99.
5. Fonseca AM, Soares E. O cuidador e os cuidados ao portador de doença de Alzheimer: contribuições à enfermagem. *REME Rev Min Enferm.* 2008 out./dez; 12(4):501-7.
6. Dassel KB, Schmitt FA. The Impact of Caregiver Executive Skills on Reports of Patient Functioning. *Gerontologist.* 2008; 48:781-92.
7. Camarano AA, Pasinato MT, Lemos VR. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? In: Neri AL. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas (SP): Alínea; 2007. p.127-49.
8. Scazufca M. Saúde Mental. In: Litvov J, Brito FC. Envelhecimento, prevenção e promoção da saúde. São Paulo (SP): Atheneu; 2004. p.177-88.
9. Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE - Saúde, bem-estar e envelhecimento – O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 203-24.
10. Coutrim RME. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. *Soc Estado.* 2006 maio/ago; 21(2):367-90.
11. Pavarini SCI, Barham EJ, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Petrilli Filho JF, Santos AA. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. *Rev Latinoam Enferm.* 2009 maio/jun; 17(3):374-9.
12. Camarano AA, El Ghaouri SK. Famílias com idosos: ninhos vazios? Rio de Janeiro (RJ): Ipea; 2003.
13. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(2):127-41.
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Indicadores sociais. Censo 2000. [Citado 2009 fev. 17]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil – 2008. [Citado 2009 jan. 12]. Disponível em: <<http://www.abep.org/default.aspx?usaritem=arquivos&iditem=23>>
16. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2002.
17. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & Contexto Enferm.* 2006 out./dez; 15(4):587-94.
18. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006 jan./abr; 28(1):27-38.
19. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública.* 2004 nov./dez; 20(6):1575-85.

20. Pavarini SCI, Luchesi BM, Fernandes HCL, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Barham EJ, et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. Rev Eletrônica Enferm. 2008; 10(1). [Citado 2008 maio 10]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a04.htm>.

21. Camargos MCS, Machado CJ, Rodrigues RN. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos-2000. Rev Bras Estud Popul. 2007 jan./jun; 24(1):37-51.

Data de submissão: 5/11/2009

Data de aprovação: 15/1/2010