

Artigo original**Enfoque da fisioterapia preventiva: perfil dos idosos, asilamento e importância do apoio familiar, em Caratinga – MG*****Focus on preventive physical therapy: profile of the elderly, home placement and family support in Caratinga - MG***

Marcus Vinícius de Mello Pinto*, Conceição Aparecida da Rocha**, Débora Martins dos Reis**, Flaviane Miranda de Sá**, Ludmilla Almeida Lopes**, Valquíria Viana Paradelo**, Reggiani Vilela Gonçalves**, Cristiane Martins da Silva***

.....

Professor de Biofísica e Fisioterapia Preventiva da Faculdade de Fisioterapia e Medicina da Fundação Educacional de Caratinga- FUNEC, Coordenador do Laboratório de Fisioterapia Orofacial e Dor da Fundação Educacional de Caratinga-MG, **Acadêmicas da Faculdade de Fisioterapia da Fundação Educacional de Caratinga-MG, *Fisioterapeuta*

Palavras-chave:

Idosos, instituições geriátricas, relacionamentos familiares.

Key-words:

Elderly, geriatric institutions, family relationships.

Resumo

A interação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares está sendo questionada até nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e eficiência. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas resolutivas e menos onerosas. O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, já bastante discutido, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar fisioterapêutica aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialistas.

Abstract

The seniors' interaction in asylums, rest houses and others is being questioned even in developed countries, where these services reached highly sophisticated levels in comfort terms and efficiency. The cost of this model and the difficulties of its maintenance are requesting measures less onerous. The return to the model of home care for elderly, whose functional capacity is debilitated, demands orientation programs, information and specialists consulting.

Introdução

O processo de envelhecimento populacional brasileiro tem sido acompanhado por transformações epidemiológicas e sociais. Em outros países, aumentaram a demanda por instituições de longa permanência. Nesse sentido, desenvolve-se estudo sobre dinâmica da institucionalização de idosos através da análise da oferta de leitos e características dos residentes em asilos.

Os idosos brasileiros, em sua maioria, residem em domicílio multigeracionais, e apresentam morbidade física e mental particularmente preocupante em termos de seu progressivo impacto sobre os serviços de saúde nas próximas décadas.

Tem-se por objetivo verificar a condição de vida dos idosos residentes em instituições geriátricas e, para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema. Os resultados mostraram que esses idosos em sua maioria têm uma baixa auto-estima por se sentirem abandonados por seus filhos, além de sofrerem de doenças, têm dificuldade de dormir, consideram, além de seus filhos, os idosos da instituição como sua família, percebem a amizade como um fator importante em suas vidas. Eles não realizam atividades ocupacionais durante o dia e os trabalhos manuais são a preferência de lazer; a ginástica é a atividade mais praticada. A proposta de atendimento multidisciplinar deve surgir, buscando implementar as leis e as normas que garantam os direitos dos idosos.

História do asilamento

Os cuidados com a população variaram no decorrer da história e de sociedade para sociedade. As próprias sociedades ocidentais e capitalistas viveram *“uma época com marcados valores culturais, nos quais a família ampliada exercia importante papel. Assim, o cuidado dos doentes da família era dado, como ponto de honra, pela própria família”* [1]. Esse tipo de cuidado com o idoso aconteceu nas sociedades capitalistas em um período cujas mulheres ainda não ocupavam um lugar no mercado de trabalho. Sua função estava vinculada à reprodução.

A problemática da internação de idosos em instituições assumiu novos feitiços em contraste como nascimento dos asilos para idosos que vieram *“como um serviço para abrigar idosos pobres, sem família, muitos em estado de mendicância. Antes de existirem asilos para velhos, eles moravam em asilos de mendicância juntamente com pobres, desempregados, doentes mentais, crianças abandonadas”* [2]. Já atualmente um grande contingente de idosos necessita de abrigos por questão de sobrevivência; também muitos idosos ricos, remediados ou pobres, porque os cuidados para eles, em casa, tornaram-se impossíveis por várias razões.

Fundamentos legais

Existem leis no país que asseguram ao idoso no que diz respeito a sua integração na sociedade, como na:

Lei nº 1948, de 3 julho de 1996 - ao definir a atuação do Governo, indicando as ações específicas das áreas envolvidas, busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas com 60 anos de idade ou mais. Segundo essa Lei, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área [3].

Para garantir uma assistência à saúde do idoso foram definidas as seguintes diretrizes:

- A promoção do envelhecimento saudável;
- A manutenção da capacidade funcional;
- A assistência às necessidades de saúde do idoso;
- A reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- A capacidade de recursos humanos especializados;
- O apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e
- O apoio a estudos e pesquisas [3].

O cumprimento dessas diretrizes compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

Ênfase especial será dada às orientações dos idosos e de seus familiares quanto aos riscos ambientais, que favorecem quedas e que podem comprometer a capacidade funcional destas pessoas. Deverão ser garantidas aos idosos, assim como os portadores de deficiência, condições adequadas de acesso aos espaços públicos, tais como rampa, corrimões e outros equipamentos facilitadores.

A saúde é um direito universal a qualquer pessoa; o que está escrito na Constituição, no Art. 196, descreve bem isso. *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”* [4]. Essa assistência é prestada a quem necessitar independente se o idoso ou pessoa contribui para assistência social.

No capítulo VII o Art. 229 da Constituição temos a obrigação de assistência mútua entre pais e filhos e da obrigação do Estado de manter programas de amparo ao idoso. *“Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”*. (BOBBIO, 1989, P. 96) Só que muitas vezes isso não é seguido, pois tem muitos idosos abandonados

por seus filhos e tem muitos Estados que não garantem nenhum amparo ao idoso, como por exemplo, a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

O Art. 397 do Código Civil diz respeito sobre assistência à alimentação tanto para pais quanto filhos e até recaindo sobre os parentes mais próximos.

O direito à prestação de alimentos é recíproco entre pais e filhos e extensivo a todos os ascendentes, recaindo a obrigação nos mais próximos em grau, uns em falta de outros.

Parágrafo único: no caso de pais que na velhice, carência ou enfermidade ficaram sem condições de prover o próprio sustento principalmente se despojaram de bens em favor da prole cabe sem perda de tempo e até em caráter profissional, aos filhos maiores e capazes, o dever de ajudá-los, ampará-los com a obrigação irrenunciável de assisti-lo e alimentá-los até o final de suas vidas [5].

Os alimentos são de fundamental importância para as necessidades vitais do ser humano, sem elas não há como a pessoa sobreviver.

No Conselho Estadual do Idoso, existe uma Portaria 810/89 que estabelece os tipos de serviços que as instituições devem prestar aos idosos. São elas:

- Assistência médica;
- Odontológica;
- Enfermagem;
- Nutricional;
- Psicológica;
- Farmacêutica
- Fisioterapia
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiologia
- Atividades de lazer;
- Serviço social;
- Apoio jurídico e administrativo;
- Serviços gerais [6].

Só que nem todos esses serviços são oferecidos por todas as instituições, isso só fica no papel em forma de uma portaria.

O idoso visto nos aspectos sociopolíticos, econômicos, culturais e psicológicos

As manifestações somáticas do envelhecimento são geralmente evidenciadas e observadas pela maioria dos gerontologistas que definem o envelhecimento como a redução da capacidade de sobreviver. De fato, o envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte [7].

Observa-se, portanto, que o envelhecimento é um fenômeno extremamente complexo que pode ser influenciado por inúmeros fatores.

As doenças comuns no envelhecimento são relacionadas às condições da vida bio/psico/social/econômica, entre elas está a discriminação social, onde a muitos idosos é destinado um papel de passividade que acaba afetando a saúde de uma forma geral.

Com o avanço dos anos, deparamo-nos com uma série de perdas significativas caracterizando *“uma queda da capacidade de adaptação. A queda da adaptação psíquica pode ir desde a incapacidade de aceitar ou administrar uma situação de catástrofe como a viuvez, a presença de sérios problemas financeiros até a total incapacidade adaptativa, mesmo as situações simples como sair de casa para um passeio”* [1]. A forma de enfrentar cada situação dependerá dos recursos internos e externos de cada idoso. É mais provável que o idoso não sinta os efeitos do preconceito e do isolamento se tiver amigos e familiares que o respeite.

A comunicação é decisiva, e o idoso não pode mais ser relegado deste instrumento, as dificuldades nesta área apresentam conseqüências significativas, uma vez que segregam-no ainda mais, como também favorecem a redução dos estímulos vitais, pelo exercício do sistema comunicativo que propicia a ação de múltiplos fatores que participam da compreensão e produção da linguagem por inúmeros aspectos envolvidos: biológico, social, motor, cognitivo, emocional e lingüístico.

Este é um dos fatores que mais colaboram para as doenças na população idosa e muitas vezes, as manifestações das desordens comunicativas são despercebidas, criando obstáculos intransponíveis, resultando em limitações que são geradas pelo poder da comunicação que nos possibilita criar, transformar, fazer planos, e assim nos relacionar e desenvolver como seres humanos.

Entretanto, os sinais e sintomas das patologias da comunicação não podem ser medidos em laboratório ou serem tratados apenas pela ingestão de drogas, como não provocam dor física nem podem comprovar mortes, esses fatos fortificam a negligência social, existente, o que acaba se traduzindo em males e sofrimentos infindáveis de pessoas que muito ainda podem oferecer, além de prejuízos na atuação das metas de prevenção, direcionadas à redução da incidência e ao decréscimo da prevalência destas desordens.

Desta forma evidencia-se que o organismo declina quando suas chances de atividades se reduzem, impossibilitando de produzir, raciocinar e fazer planos, resultando na diminuição de dar continuidade às trocas de experiências, ao diálogo, à busca do saber, que são as características mais significativas do ser humano. Ou seja, a ociosidade, falta de trabalho e de perspectivas para realizar planos para o futuro são responsáveis pela deterioração da imagem pessoal. Portanto são fatores determinantes para a saúde geral, não só pela redução das atividades físicas e

intelectuais que este fato gera, como também pela solidão, ansiedade determinada pelo isolamento, que muitas vezes atinge o idoso no interior de sua família.

Idoso e família

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, está passando por alterações decorrentes dessas mudanças conjunturais e culturais. O número crescente de divórcios e segundo ou terceiro casamento, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos na sociedade brasileira. Essas situações geram o que se convencionou chamar de intimidade à distância, em que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas.

Na cultura brasileira, a família assume para si as funções de provedoras de cuidados diretos e pessoais. O papel de mulher cuidadora na família é normativo, sendo quase sempre esperando que ela assuma tal papel. Os responsáveis pelos cuidados diretos aos seus idosos doentes ou dependentes geralmente residem na mesma casa e se incumbem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias destes idosos, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, por exemplo, ida a bancos ou farmácias.

A família tem o poder de criar uma dependência no idoso, fazendo com que ele se torne susceptível a mudanças e alterações em seu habitat. *“Conhecer a família é, de alguma maneira, conhecer o passado e o presente de nossos idosos e assim, projetar um futuro mais digno num ambiente de amoroso cuidado. Não é sem razão que o grande místico e pensador espanhol do séc. XVI, São João da Cruz escreveu: “Onde não houver amor, põe amor e acharás amor”* [8]. Buscando a história familiar, deparamo-nos com certos valores familiares hoje perdidos como o respeito aos mais velhos e seu lugar dentro da família.

Mesmo com o conhecimento da importância familiar, esta tem sofrido uma desvalorização, pelo mundo capitalista, onde o idoso perde parcialmente seu potencial produtivo e poder de decisão, devido ao isolamento imposto por seus descendentes. O conhecimento que possuem se torna nulo obrigando-os a assumirem posturas de “vovô” ou “vovó” fracos, indefesos e julgados incapazes. A partir desse momento, o idoso é subjugado por não apresentar a mesma eficiência em suas habilidades, favorecendo o surgimento de barreiras impostas pelos familiares, para a não aceitação e adaptação em relação à sua nova condição de vida.

A família exerce grande influência na perda de autonomia de idoso, levando-o a sentir-se independente. Além disso, a própria família se acha no direito de lhe ditar ordens e de fazer exigências.

Evans [9] chama de autonomia “o estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras *“e coloca que para um idoso, a autonomia é mais útil que a independência como um objetivo global, pois podemos restaurá-la por completo, mesmo quando o indivíduo continua com dependência”* [9]. É necessário que a comunidade civil estabeleça critérios para a valorização da família e do ancião, dessa forma é imprescindível que as famílias tomem consciência de que os idosos não são meramente pessoas improdutivas por opção, mas sim por diminuição da capacidade laborativa. Portanto, temos a necessidade de propor alternativas concretas para as famílias em busca de soluções. Com isso, teremos anciãos integrados na sociedade, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Apesar de o ambiente familiar representar um porto seguro para os idosos, constatamos que, pelo fato de atualmente as famílias tenderem a ser nucleares, constituída apenas por pais e filhos, já não há mais espaço para os avós idosos ou colaterais. É evidente que nessas condições, a assistência ao idoso pode se tornar difícil podendo chegar à sua institucionalização, gerando, portanto, o desequilíbrio biopsicosocial desse indivíduo.

Nos E.U.A, segundo Brink [10], *“para cada idoso dependente em instituição há dois sob cuidados em sua própria casa, e a maioria das famílias tenta própria casa, e a maioria das famílias tenta primeiro essa solução, só recorrendo à internação quando a sobrecarga torna-se insuportável ou algo faz supor que o idoso não está recebendo a assistência adequada”* [10]. É de fundamental importância a permanência do idoso no seio familiar. As habilidades que possuem, devem ser valorizadas e estimuladas, sem a perda de sua autonomia, pois são produtivas, desde que não sejam discriminados pela sociedade, afinal, o futuro depende de todos os grupos humanos.

Para muitos idosos, o domicílio, a família e a vizinhança, ou melhor, o conhecido, acaba sendo tudo o que possuem. Logo, é importante destacar os laços estabelecidos com o espaço, os objetos e as pessoas, como fatores de garantia para manutenção de seu equilíbrio e sentimento de segurança. Assim, a geriatria tem como um de seus objetivos, conceber “como assistência integral ao ancião, é mantê-lo em seu domicílio em condições funcionais e sociais que garantam uma digna qualidade de vida” [11]. Como fica explícito, o ambiente exerce sobre o idoso um papel importante na manutenção de sua própria identidade, podendo favorecer sua autonomia e independência. Este “lugar” precisa ser preservado. As mudanças podem ser vividas como situações traumáticas e favorecer a desorganização do funcionamento mental e físico em um efeito cascata.

Cada família tem um relacionamento entre si diferente de outras, portanto: não podemos esperar que todas as famílias tenham uma relação amorosa com o idoso e nem que todos os filhos tenham o senso de responsabilidade desejável. Mas, entrevistas com o idoso e a família podem

revelar problemas de relacionamento familiar nunca resolvidos e, talvez, até mesmo agravados com o estresse resultante dos novos encargos. Portanto, é preciso fugir da tendência de transformar o idoso em vítima e a família em vilã, e procurar compreender a dinâmica da situação, avaliando as forças e as debilidades da família, a duração dos problemas e de que maneira as atuais necessidades do idoso estão afetando o relacionamento entre os membros da família [2].

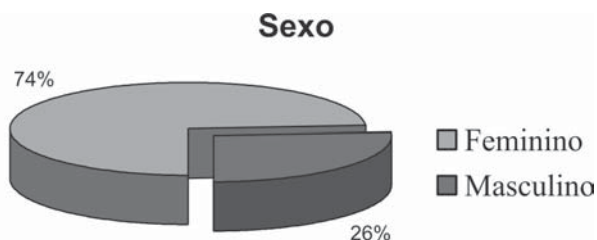
Material e Métodos

O presente trabalho se caracterizou em um estudo descritivo e se limitou analisar o perfil do idoso na região urbana e rural de Caratinga. Para a realização do trabalho foi feita uma revisão bibliográfica de assuntos pertinentes ao assunto para melhor desenvolvimento do mesmo.

O trabalho de campo foi desenvolvido no período de 11 a 17 de dezembro de 2002. Antes do início do trabalho os voluntários eram esclarecidos em seu domicílio e assegurados quanto à privacidade, identidade e quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, desta forma foi assinado um termo de consentimento explicando a relevância do trabalho e autorizando a publicação dos resultados.

Foram entrevistadas 97 pessoas com idade variando entre 10 e 90 anos. Desse grupo 31 pessoas tinham idade acima de 50 anos. O critério de inclusão do trabalho foi a idade entre 50 a 90 anos. O método utilizado foi a aplicação de um questionário de avaliação epidemiológica validado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que continha informações quanto a idade, sexo, cor, tabagismo, e dores de cabeça. O parâmetro estatístico para a pesquisa foi o t de student.

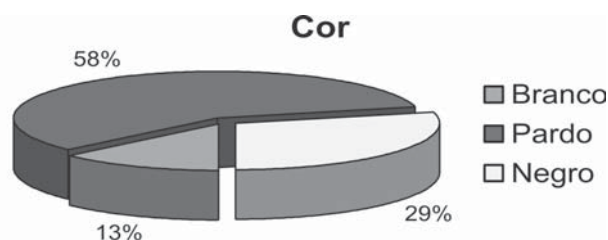
Representação gráfica do percentual do sexo das pessoas entrevistadas na cidade de Caratinga – MG, 2002.



Percentual do sexo das pessoas entrevistadas na cidade de Caratinga – MG, 2002.

Sexo	Número de pessoas	Percentual
Feminino	23	74%
Masculino	8	26%
Total	31	100%

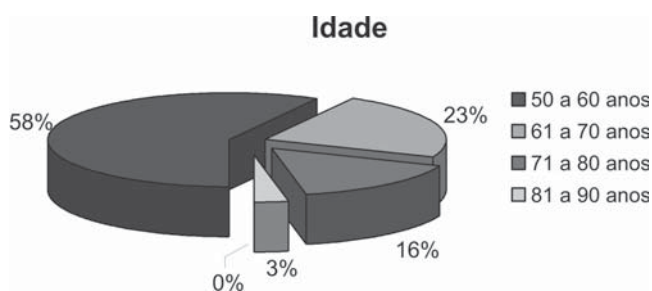
Representação gráfica do percentual da cor das pessoas entrevistadas na cidade de Caratinga – MG, 2002.



Percentual da cor das pessoas entrevistadas na cidade de Caratinga – MG, 2002.

Cor	Número de pessoas	Percentual
Branco	4	13%
Pardo	18	58%
Negro	9	29%
Total	31	100%

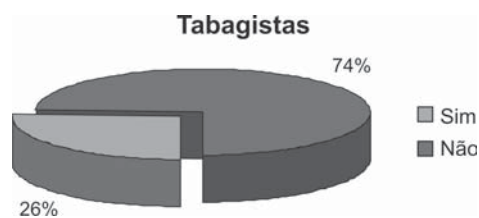
Representação gráfica do percentual das idades das pessoas entrevistadas na cidade de Caratinga – MG, 2002.



Percentual da idade das pessoas entrevistadas na cidade de Caratinga – MG, 2002.

Idade	Número de pessoas	Percentual
50 a 60 anos	18	58%
61 a 70 anos	7	23%
71 a 80 anos	5	16%
81 a 90 anos	1	3%
Total	31	100%

Representação gráfica do percentual de tabagistas entrevistados na cidade de Caratinga – MG, 2002.



Percentual de tabagistas entrevistados na cidade de Caratinga – MG, 2002.

Tabagistas	Número de pessoas	Percentual
Sim	8	26%
Não	23	74%
Total	31	100%

Discussão

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas e funcionais, sendo que os gerontologistas definem o envelhecimento como a redução da capacidade de sobreviver (Carvalho et al, 1987, p.1). A persistir a tendência do envelhecimento como fenômeno urbano, estudos e pesquisas feitas no Brasil no ano de 1980 comprovam que:

A expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos; nos 40, de 39 anos; em 1950, aumentou para 43,2 nos e, em 1960, era de 55,9 anos. De 1960 para 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos, isto é, foram acrescidos vinte anos em três décadas, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil de 1982 (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / Fundação IBGE). De 1980 para 2000, o aumento deverá ser em torno de cinco anos, ocasião em que cada brasileiro, ao nascer, esperará viver 68 anos e meio. As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos. (KALACHE et al., citado em Portaria 1395 / GM, 1999, p. 2)

A principal causa do envelhecimento da população é o aumento da expectativa de vida média do cidadão, devido aos avanços da medicina, e por outro lado um menor número de nascimento, conseqüência não só de métodos mais eficazes de controle de natalidade como também da incapacidade econômica de uma família moderna poder sustentar decentemente muitos filhos, e a transformação do papel da mulher que em poucas décadas migrou completamente da função de dona-de-casa para o mercado de trabalho e se tornou um item fundamental na geração de recursos para a economia familiar. Algumas pesquisas do IBGE confirmam os dados deste estudo de que maior número de mulheres chega a idade de 50 e 90 anos, quando comparado aos homens isso pode ser justificado pelo tipo de emprego, locais de trabalho, maior responsabilidade da mulher no trânsito, além das mulheres procurarem mais assistência médica.

Por outro lado, subsiste um quadro de despreparo social que resulta no rol de problemas a serem enfrentados. No Brasil, diferentemente dos países desenvolvidos, os recursos para saúde e educação são escassos, como também o tipo de sociedade em que vivemos propicia uma distribuição de recursos, poder e prestígio a determinados grupos sociais em detrimento a outros gerando desvantagens a estes grupos desfavorecidos.

Nos países aonde o envelhecimento da população vem ocorrendo há mais tempo, convencionou-se que há cuidados formais e informais na atenção às pessoas que envelheceram e que, de alguma forma, perderam a sua capacidade funcional. Os sistemas formais de cuidados são integrados por profissionais e instituições, que realizam este atendimento

sob a forma de prestação de serviço. Dessa forma, os cuidados são prestados, por pessoas ou agências comunitárias contratadas para tal. Já os sistemas informais são constituídos por pessoas da família, amigos próximos e vizinhos, freqüentemente mulheres, que exercem tarefas de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional do seu idoso.

Entre os hábitos saudáveis, deverão ser destacados, por exemplo, a alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos, a convivência social estimulante, e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse. Em relação aos hábitos nocivos, merecerão destaque o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação. Sabe-se que pessoas que consomem 2 maços de cigarro por dia têm aos 25 anos uma expectativa de vida 8,3 anos a menos do que os não-fumantes [3]. Informações como cor também são importantes para a tabulação de dados.

Tais temas serão objeto de processos educativos e informais continuados, em todos os níveis de atuação do SUS, com a utilização dos diversos recursos e meios disponíveis, tais como: distribuição de cartilhas e folhetos, bem como o desenvolvimento de campanhas em programas populares de rádio, veiculação de filmetes na televisão; treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais integrantes da estratégia de saúde da família para o trabalho domiciliar, estimular os cidadãos na adoção de comportamento saudáveis. Pessoas acima de 50 anos são mais propensas a desenvolver uma série de patologias, como a dor de cabeça que pode ser causada por vários fatores: institucionalização, alterações fisiológicas, alteração na ATM, tendo todos tem como principal sintomatologia as cefaléias constantes.

Conclusão

Através deste estudo observa-se na cidade de Caratinga a tendência mundial de que um maior número de pessoas chega cada vez mais a idade de 50 a 90 anos tendo destaque principalmente às mulheres. É ressaltada a importância dos bons hábitos de vida e o prejuízo que o fumo pode trazer. Entretanto, consideramos a necessidade de estudos mais controlados, bem como o estudo das atividades da população local, para que possamos apresentar projetos de intervenção preventiva e terapêutica, os quais podem ser colocados em prática e adotados posteriormente em saúde pública. Com a atual vida diária, às vezes não se encontra tempo de suprir certas necessidades emocionais do idoso, deixando-o cada vez mais em um profundo isolamento.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz

de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional.

Primeiramente, para se ter um relacionamento familiar satisfatório é necessário a conscientização de que algo deve ser modificado ou melhorado. *“Os conhecimentos desenvolvidos por movimentos de terapia familiar e, particularmente, sobre terapia e orientação da família podem ser muito úteis para todos quantos lidam com esses problemas no seu dia-a-dia”* [12]. Através da terapia há a possibilidade de solucionar os problemas existentes entre a família como também a tentativa de prevenir outros.

O modelo de cuidados domiciliares, antes restrito à esfera privada e à intimidade das famílias, não poderá ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos cuja capacidade funcional está comprometida demanda orientação, informação e assessoria de especialistas.

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito. Sendo assim o papel da fisioterapia preventiva na saúde dos idosos na cidade de Caratinga em Minas Gerais, abrange os níveis preventivos e reabilitadores, oferecendo a esta população uma perspectiva na relação sobre vida, pois reabilitados sobre o ponto de vista doença e socializados ao meio comum a qual vivem, só iremos assim facilitar o desenvolvimento psicamental destes idosos, tentando assim reinseri-los ao meio social, proporcionando-lhes boa perspectiva e qualidade real de vida.

Referências

1. Garcez Leme LE, Pereira da Silva PSC. O idoso e a família. In: Papalio Neto M (ed). Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996.
2. Born T. O cuidado ao idoso em instituição. Do asilo de mendicidade a instituição especializada. São Paulo: Atheneu; 1994.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 1395/GM; 1999.
4. Bobbio N. Constituição da República do Brasil, 1988, Série Legislação Brasileira. São Paulo: Saraiva; 1989.
5. Silva J. A Teoria do Direito Constitucional. São Paulo: Saraiva; 1991.
6. São Paulo. Conselho Estadual do Idoso. Portaria 810/89; 1986.
7. Carvalho Filho ET, Palito Neto M, Pasini U. Avaliação da imunidade celular e humoral em indivíduos idosos. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo 1987.
8. Cruz J da. Obras Completas. São Paulo: Vozes; 1991.
9. Evans JG. Prevention of age-associated loss of autonomy epidemiological approaches. J Chron Dis 1984;37(S).
10. Brink TL. Psicoterapia geriátrica. Rio de Janeiro: Imago; 1983.
11. Moreno SR. Experiência em assistência geriátrica domiciliária. Rev Esp Geriatria e Gerontologia 1990;25:260.
12. Herr JJ, Weakland JH. Counseling elders and their families: practical techniques for applied gerontology. New York: Springer; 1979. ■