

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

**A família e o cuidado - reveses e vieses  
entre a aceitação e o desafio  
do cuidar**

*The family and the care - setbacks and bias  
between in accepting the challenge of care*

Luzia Wilma Santana da Silva  
Fernanda Batista Ribeiro  
Rafael Ludovice Amaral  
Raiana Souza Ferreira  
Téssia Fernandes de Souza

**RESUMO:** Trata-se de um relato de experiência das ações cuidativas de um projeto de extensão, que inclui sete famílias com pessoas idosas, as quais apresentam limitações estrutural-funcionais. Tem como objetivo verificar se estas famílias, após programa de educação em saúde para reabilitação no cuidado à pessoa idosa, desenvolveram capacidade de autonomia e independência para dar continuidade aos cuidados na ausência do fisioterapeuta.

**Palavras-chave:** Fisioterapia; Família; Idoso.

**ABSTRACT:** *This is a report of the actions conducted in an extension project to care for seven families with elderly members, who have structural and functional limitations. This report aims to determine if the families, after the implementation of health education activities about the rehabilitation of the elderly, developed the capacity for autonomous and independent continue to provide care for their elderly members in the absence of the physiotherapist.*

**Keywords:** *Physiotherapy; Family; Elderly.*

## Introdução

Nos últimos anos temos assistido a um aumento considerável no número da população idosa no Brasil, que, de acordo com a Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE, 2008) cresceu, no período de 1997 a 2007, cerca de 47%, ultrapassando o dobro do crescimento relativo da população brasileira para o mesmo período (21,6%). Este fenômeno do envelhecimento reflete numa necessidade de atenção a essa parcela da população, visto que, com o próprio processo do envelhecimento natural das pessoas, há uma fragilização anatomofisiológica, que as expõe à vulnerabilidade, predispondo-as a diversas situações de desvio de saúde.

Em relação ao Brasil, as doenças de caráter crônico, tais como hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, acidente vascular encefálico (AVE), Alzheimer, dentre outras, impõem a esta população um quadro de debilidade funcional e dependência familiar recorrente, implicando a necessidade de cuidados constantes. Geralmente, estes cuidados são desenvolvidos por uma única pessoa da família, denominada cuidador principal, muito embora quaisquer outros membros possam auxiliar nas atividades complementares, sendo estes, portanto, chamados de cuidadores secundários. (Gonçalves *et al.*, 2006).

Sendo a família a primeira unidade de cuidados entre seus membros, e tendo em vista a sua presença no dia-a-dia dos entes mais idosos, é indispensável considerar a necessidade de potencializá-la no direcionamento de seu aprimoramento qualitativo aos afazeres domiciliares, nomeadamente, ao cuidar da pessoa idosa. Sobre este pensar, reforçam Souza, Skubs e Brêtas (2007) que lidar com o processo de envelhecimento e seus percalços traz uma mudança na própria constelação familiar, a qual envelhece juntamente com o idoso, como consequência de uma reorganização estrutural para suprir as demandas do processo de cuidado familiar.

Neste enlace de cuidados, a família vem passando por múltiplas configurações, e nestas encontra-se a necessidade de desenvolver sua capacidade de autonomia e independência para cuidar dos entes parentais mais idosos de sua gênese. Aspecto cada dia mais evidenciado com o aumento da esperança de vida, o que tem resultado nas famílias intergeracionais com três ou mais gerações coabitando o mesmo domicílio. Situação peculiar ao Nordeste, região brasileira onde o número médio de filhos é maior, com as proporções de crianças e jovens superiores, 41% e 36%, revelando que o

fenômeno da convivência intergeracional é ainda mais intenso do que nas demais regiões do Brasil (IBGE, 2008). Condição similar se observa no município de Jequié, Bahia, cenário deste estudo, uma cidade considerada longeva, e na qual culturalmente a família cuida dos seus membros parentais mais velhos, resguardando seu valor de fraternidade e gratidão. Aspecto observado nas experiências de campo das ações do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em convivibilidade com doenças crônicas (NIEFAM), desde os idos de 1999, quando ainda era o “Núcleo de Educação e Atenção aos Portadores de Diabetes Mellitus” (NEAD).

Assim, pensar a família é perspectivar-la em suas possibilidades e limites, ajustes e desajustes, organização e desordem, mas também em sua estrutura organizacional, dinâmica e relacional, que tem se mostrado dia a dia com características multifacetadas, que coexiste na configuração nuclear, composta de pai, mãe e filhos, porém num misto de multivariados tipos, transformações que seguiram sua evolução desde os estudos de Levi Strauss, moldando-se aos tempos, cultura e historicidade (Silva, 2007). Todavia, durante sua trajetória existencial, múltiplas formas estruturais vêm coexistindo na mesma época e local. Prova de que manifestam as famílias até hoje uma grande capacidade de sobrevivência e adaptação. Dentre os exemplos, podemos encontrar os casais que vivem numa família com mais de duas gerações dentro de casa, famílias compostas por mães ou pais solteiros, família unipessoal, família de homossexuais, família mosaico, dentre outras, e, mais recentemente, a nomenclatura de família líquida. Diante disto, Alarcão (2006) infere a necessidade de (re)avaliar a conformação dos grupos familiares, para os cuidados profissionais, destacando as variações em torno do ciclo vital de cada família e de sua diversidade.

Independentemente das mais variadas formas que a família possa configurar-se, poderemos encontrar em muitas delas indivíduos idosos com algum déficit funcional e/ou dependência de cuidados familiar. Isso implica a ampliação de olhares-saberes-fazer voltados ao cuidado profissional, no âmbito das ciências da saúde, direcionados para as demandas desse complexo sistema relacional humano, tendo em vista torná-lo resiliente, a saber, a família em sua globalidade, enquanto grupo familiar resiliente. Em outras palavras, considerar a família como um todo ou sistema, ou seja, a resiliência como a trajetória seguida por uma família quando esta se adapta, evoluindo no presente e no tempo (Hauley & Dehaan, 1996). Segundo Anaut, é preciso considerar que:

o processo de resiliência familiar, permanecerá dependente do contexto e da adversidade, do período de desenvolvimento atravessado pela família e, nomeadamente, dos ciclos de vida e dos recursos da família num determinado momento. Em última análise, o potencial reparador da família dependerá da interação entre os elementos de fragilidade familiar (ou factores de risco) e os factores de proteção do grupo familiar. (2005: 121).

Ainda sobre a égide da compreensão da palavra resiliência temos, segundo Fontes (2010: 9), ao citar Windle, Markland e Woods (2008), que o conceito de resiliência “pode ser comparado a um guarda-chuva sob o qual se abrigariam recursos como autoestima, controle pessoal e competência”.

Corroborando o pensar acima, Pinho e Kantorsky (2004) salientam que o contexto psicossocial de famílias traz que elas devem ser acolhedoras, permitindo a construção de experiências, vivências e relações humanas geradoras de apoio afetivo, psicológico, valores morais e éticos para o desenvolvimento físico e mental de seus membros, constituindo-se na base do convívio social. Cervený e Berthoud (2002) destacam ainda ser importante elevar a consideração sobre as suas regras relacionais.

Assumir a possibilidade de a resiliência familiar constituir uma perspectiva para os cuidados profissionais, tem-se mostrado como uma necessidade para os cuidados contínuos no ambiente domiciliar, pois ao olhar para o contexto da família na contemporaneidade e sobre o fenômeno de convivência intergeracional, no cenário brasileiro, é possível perspectivar a demanda de cuidados na teia relacional familiar com a ocorrência do envelhecimento humano.

Neste sentido, vale considerar as demandas e exigências do *ser idoso* para o alcance da multidimensionalidade corpo-mente-espírito-ambiente, tendo em vista os princípios constitucionais de direito à cidadania, e que regem o Sistema Único de Saúde – SUS, quanto à integralidade no cuidado da saúde das pessoas. Sobre este último destaque, é salutar enfatizarmos um princípio do SUS enovelador dos demais que tem concepção sistêmica – a integralidade –, segundo regulamentação na Lei Orgânica de Saúde (Lei n.º 8.080/90 e Lei n.º 8142/90), em que a integralização das ações de cuidados aos indivíduos-famílias deve superar a dicotomia preventivo-curativa,

proclamando o ser humano como um todo, devendo, como tal, ser atendido em suas necessidades biopsicossociais. (Brasil, 2001).

Deste modo, os conhecimentos que fornecem subsídios para o cuidar do idoso, cuidador e sistema familiar devem incluir um entendimento de inteireza e globalidade às necessidades humanas nas quais estão inclusas as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e outras. Ações essenciais que primem pela independência e propiciem a participação da pessoa idosa e de seus familiares no processo de cuidado, devem ser estimuladas via o trabalho do profissional de saúde, o que implicará uma assistência mais qualificada (Martins *et al.*, 2007), proximal e resolutiva, no direcionamento do empoderamento das famílias, de sua resiliência.

Neste contexto, Ayres (2009) destaca que enquanto a ‘universalidade’ impulsiona a construir o acesso para todos e a ‘equidade’ exige pactuar com todos, a ‘integralidade’ desafia o saber e o fazer na busca por responder às necessidades de cada um, de modo que entrelaça os conceitos de vulnerabilidade, cuidado e humanização como recentes proposições para a construção de modelos de atenção integral. Por esta via, temos que a família não é a soma simplificadora da análise de seus sujeitos individuais, mas é mais que isso, envolve uma teia relacional recursiva no contexto de sua inserção sociotemporal.

Assim, envolver a integralidade como competência de sabedoria, guiada por encontros sábios que propiciem a interação dialógica entre sujeitos e, portanto, adequadas sobre o que saber e o que fazer em cada situação de encontro de cuidados. Atrelar a integralidade à ética do saber/*SER*/fazer, ou seja, saber acolher o outro e seus saberes numa inter-relação de intersubjetividade, o que, segundo Ayres (2009), deveria ser o motivo central do encontro cuidativo.

Nota-se que, nesta perspectiva, a presença do profissional fisioterapeuta na comunidade, ou seja, na inserção no domicílio familiar, ocasiona impacto, na medida em que contribui com a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e consequente melhora da qualidade de vida do sistema familiar. (Ferreira *et al.*, 2005). Assim, o fisioterapeuta insere-se no âmbito da saúde pública, buscando contemplar a demanda da comunidade com uma prática integral que perpassa pela educação em saúde, acolhimento, atendimentos individuais, grupos operativos e visitas domiciliares, quebrando o modelo de profissional atuante apenas na área reabilitadora. (Barbosa; Ferreira & Furbino, 2010).

Reforçando essa ideia, a ANVISA (Brasil, 2006) ressalta que a assistência domiciliar reverte-se num conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, e também desenvolvidas no domicílio. Tal abordagem exige considerar o domicílio um espaço relacional humano e, como tal, imerso de complexidade, ou seja, integral. Nesta ótica, e apesar do entusiasmo, o domicílio é o território da família no qual existem enviesamentos relacionais entre seus membros de que os profissionais precisam precaver-se nas suas abordagens cuidativas. (Silva, 2007).

Assim, faz-se necessário buscar saber para saber cuidar o sistema familiar em seu território de domínio, ou seja, seu domicílio. Desafio que impõe à formação profissional uma amplitude de olhar para alcançar o sistema familiar, tendo em vista o aumento de cuidados domiciliários com o acréscimo da expectativa de vida das pessoas, como referido em parágrafos precedentes. Trata-se, antes de mais nada, das questões que enlaçam as Políticas Públicas de Saúde, planejamento, gestão e formação profissional para o cenário que se mostra.

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo verificar se as famílias cadastradas no NIEFAM, após programa de educação em saúde por graduandos do Curso de Fisioterapia, desenvolveram sua capacidade de resiliência para dar continuidade aos cuidados, no contexto domiciliar, ao ente idoso na ausência do fisioterapeuta. E, também compartilhar os resultados desta experiência com a comunidade científica para (re) avaliações das ações cuidativas.

## **Metodologia**

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por discentes do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), integrantes do Projeto NIEFAM, Linha de pesquisa: Família em seu ciclo Vital, do Diretório CNPq “Grupo Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade”.

No grupo de fisioterapia do NIEFAM, uma das abordagens tem como objetivo inserir os cuidados fisioterapêuticos no cotidiano dos domicílios das famílias cadastradas no referido projeto, a fim de capacitá-las no desenvolvimento de cuidados aos seus membros mais idosos, fragilizados e dependentes de cuidados, na ausência do terapeuta, além de buscar potencializá-la para maior independência dos cuidados aos

seus membros, os quais, no contexto deste estudo, referem-se às pessoas idosas com déficits funcionais e motores. Assim, seguir na direção da plasticidade resiliente dos sujeitos, ou seja, a capacidade de ultrapassar a adversidade como salienta Anaut (2005).

O cenário do estudo foi uma comunidade periférica, na cidade de Jequié-BA, onde são realizados acompanhamentos domiciliares, dois dias por semana, em dois anos de trabalhos ininterruptos na comunidade. Deste período, foi realizada uma secção de tempo, compreendendo um mês, no qual sete famílias, recém-ingressas no NIEFAM (com três meses de atendimento pela nova equipe de bolsistas), passaram sem acompanhamento desta equipe de fisioterapia. Após os trinta dias, a equipe retornou às residências, com o objetivo de conhecer se as famílias deram continuidade aos cuidados e as medidas de educação em saúde implementadas nos seus domicílios.

Essa abordagem assentou-se na fundamentação teórica de resiliência e metodologia da educação em saúde. A primeira alicerçada na compreensão de estudiosos sobre a resiliência, que incide nos apoios familiares, nas relações familiares ou nas particularidades do grupo familiar em torno do sujeito resiliente e que são susceptíveis a dar sentido à resiliência, a exemplo o suporte de cuidados fornecidos à pessoa idosa. (Anaut, 2005). Já a segunda, assentou sobre a educação em saúde como desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo para ações transformadoras do sujeito, enquanto histórico e social capaz tomar decisões sobre o cuidado de si, da família e da coletividade. E, ainda, na compreensão desta educação como processo interativo entre sujeitos e equipe NIEFAM-família, para o fortalecimento de saberes-fazer nos cuidados à saúde da família em sua intergeracionalidade, com o enfoque sobre os cuidados à pessoa idosa fragilizada com limitações estrutural-funcionais.

### **Delineando nossos saberes-fazer**

No período de abril a julho/2010, o grupo acompanhou as famílias nas quais havia uma pessoa idosa portadora de, pelo menos, uma doença crônica, possuindo algum grau de dependência motora. Os acompanhamentos à pessoa idosa e à sua família cuidadora tinham duração de 40 minutos, sendo realizados no ambiente domiciliário. Nestes acompanhamentos eram realizadas manobras fisioterápicas, educação em saúde acerca dos cuidados básicos relacionados à higiene, atividades da vida diária, vínculo familiar, dentre outras, buscando-se aliar o trabalho reabilitador com as práticas do

cuidado no âmbito familiar, a fim de promover capacidade de resiliência no sistema familiar.

Os atendimentos foram suspensos ao término do mês de julho, com retorno no mês de agosto, período em que se tratou de articular estratégias, instrumento de observação de campo – roteiro assistemático de perguntas e observação em equipe para verificar se as famílias desenvolveriam os cuidados orientados na ausência da equipe de fisioterapia.

Na semana em que antecedeu o retorno do atendimento domiciliar, foi realizada visita à casa dos idosos com o intuito de investigar se estes, juntamente com seus familiares, deram continuidade aos processos terapêuticos pré-estabelecidos pelos acadêmicos. Foi perguntado a estes e os seus familiares sobre a continuidade das atividades, assim como sobre as orientações de educação em saúde.

## **Resultados**

Foi observado que, após trinta dias de suspensão das atividades, nenhum cuidador membro das sete famílias acompanhadas realizou os cuidados na ausência do fisioterapeuta. Apenas dois idosos continuaram realizando pelo menos dois exercícios dos que foram recomendados pelos acadêmicos.

Os exercícios realizados foram aqueles em que o idoso independia do apoio de algum membro do sistema familiar para auxiliá-lo, e que poderiam ser plenamente desenvolvidos com seus próprios esforços. Neste sentido, foi observado que essas pessoas idosas reagiram de forma diferente aos demais, cuidando si naquilo que implicava suas potencialidades funcionais. Sobre isto, estudiosos têm debruçado seu olhar para a questão de a resiliência no idoso ter a ver com sua natureza, têm ainda levantado questionamentos: “A resiliência na velhice seria específica? Quais seriam os seus critérios? Tratar-se-ia de sujeitos resilientes durante toda a vida, ou então poderia este processo aparecer tardiamente no decurso da vida do sujeito?” (Anaut, 2005: 115). Destacamos, no entanto, um aspecto que consideramos fundamental para as inquietações na área da gerontologia e geriatria, e para tanto retornamos Anaut (2005: 114), quando este diz: “A população de idosos tornou-se nomeadamente um dos grupos de investigação mais instrutivos para contemplar o estudo de resiliência.”

Já as famílias, quando questionadas sobre o motivo pelo qual não haviam dado continuidade ao tratamento, alegaram esquecimento, falta de estímulo e medo de causar danos ao idoso. A compreensão que obtivemos sobre os aspectos enunciados pelas famílias vai ao encontro ainda do que Anaut (2005) refere com relação a famílias resilientes que se adaptam e evoluem sob condições adversas, a exemplo de desenvolverem esquema interativo frente aos fatores de risco e proteção de seus membros, respondendo de forma positiva a estas condições. Esta é uma consideração que, nas famílias deste estudo, não se pode enunciar.

Contudo, podemos buscar compreensão sobre o fato de que a maioria dos cuidadores, membros da família, desenvolviam outras atividades fora do domicílio, sendo isto o principal impedimento de realizarem as atividades propostas pela equipe.

Faz-se necessário salientar, que a interrupção das atividades afetou sobremaneira o tratamento desenvolvido pela equipe de fisioterapia, pois assinalou a regressão do quadro clínico disfuncional neuromotor na pessoa idosa, uma vez que a prerrogativa dos cuidados de reabilitação assenta-se no estímulo continuado.

Do observado, compreendeu-se que a “não valoração” dos cuidados pelos envolvidos, versou num saber novo ao seu contexto, ainda não culturalmente assimilado, e assim, não replicado no meio vivencial-relacional da família. Ficou evidenciado a “baixa popularidade” da fisioterapia no seio destas famílias, e o quanto isso reflete no grau de aceitação e continuidade do tratamento. Acredita-se que, por ser ainda reconhecida recentemente como uma profissão, e, por conta disso, menos difundida em sua essência no meio comunitário – domicílio das famílias –, a Fisioterapia revela níveis de dificuldade no que tange a seu desenvolvimento no contexto domiciliário, na ausência do terapeuta.

## **Conclusão**

O presente relato pretendeu averiguar a capacidade de resiliência das famílias assistidas na comunidade pelo NIEFAM. Direcionou-se a verificar a continuidade dos cuidados fisioterapêuticos na ausência do profissional durante os atendimentos domiciliares. Conclui-se que os cuidados fisioterapêuticos domiciliares precisam de difusão, “cair” no senso comum das pessoas, de modo a ser aceito culturalmente por

estas na reabilitação dos idosos no domicílio como um cuidado de parceria profissional-família-idoso.

A presença de um idoso em estado de fragilidade dentro do lar irá sempre apontar para novos papéis familiares, tendo em vista as novas funções que os membros da família terão que assumir para um cuidar diferenciado e resolutivo. A esse novo estilo de vida da família deve estar indiscriminadamente conferido o aprendizado das tarefas que sobressaem no cuidado contínuo à pessoa idosa dependente. Surge então, frente à demanda que se mostra através dos dados estatísticos para a população idosa, a necessidade de propagação do trabalho da Fisioterapia Domiciliar, cujo acesso ainda é de poucos, e no qual o sistema público de saúde ainda se vê a “engatinhar”. Distanciado que ainda está das demandas da população, especialmente daquelas mais emergenciais exigidas por pessoas idosas em estado de fragilidade e suas famílias.

As experiências adquiridas nas práticas cuidativas no contexto de famílias cadastradas no NIEFAM têm possibilitado o desenvolvimento do senso crítico de toda a equipe que compõe o referido Projeto, quanto à sua análise; às políticas públicas de saúde, planejamento e gestão em atenção à demanda populacional de pessoas idosas no contexto do município de Jequié. Assim, direcionamos o olhar para as potencialidades que precisam ser desenvolvidas, tanto no âmbito acadêmico, na formação do profissional, quanto no âmbito das famílias como promotoras de cuidados para seus membros, e da gestão local quanto à disseminação de cuidados dessa natureza às pessoas que deles necessitam para melhoria da sua saúde. Ainda para o cenário nacional das políticas públicas de atenção ao idoso, especificamente quando a articulação entre **saúde e educação**, no tocante à formação acadêmica de profissionais críticos reflexivos, multifacetados e polifacéticos para a inserção no cenário domiciliar, espaço de domínio da família e um espaço que se avulta dia a dia, como vêm demonstrando os indicadores de expectativa de vida no Brasil. Ou seja, uma população que merece ser cuidada com dignidade e sua família potencializada para a ação de co-participante dos cuidados profissionais.

## Referências

Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa, Pt: CLIMEPSI Editores.

Ayres, J.R.C.M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde soc.*, 18(supl.2): 11-23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2006, 30 jan.). Resolução RDC n.º 11, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF: 2. Recuperado em 08 agosto, 2010, de [http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso\\_rapido/gtae/saude\\_pessoa\\_idosa/rdc\\_anvisa.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/rdc_anvisa.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2001). *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde.

Barbosa, E.G.; Ferreira, D.L.S. & Furbino, S.A.R. (2010, abr.-jun.). Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. mov.*, 23(2). (Impr.). Curitiba: 4. Recuperado em 09 setembro, 2010, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502010000200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502010000200015&script=sci_arttext).

Cervený, M.O. & Berthoud, C.M.E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ferreira, F.N; Leão, I; Sagueto, M.B. & Fernandes, M.H. (2005). Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. *Revista Saúde.com.*,1(1). Out, vol. Jequié. p.7. Recuperado em 08 agosto, 2010, de <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n1a5.pdf> > .

Fontes, A.P. (2010). Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*). *Revista Kairós*, São Paulo, Caderno Temático n. 7, jun, 08-20.

Gonçalves, L.H.T. *et al.* (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto contexto - enferm.* Out-Dez. 2006, vol.15, n.4. Florianópolis. p.2. Recuperado em 08 agosto, 2010, de <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400004&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400004&script=sci_arttext&tlng=e) > .

Hauley, D. & Dehaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience, *Family process*, 35:283-98.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese dos Indicadores Sociais* (2008) Recuperado em 07 agosto, 2010, de <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1233&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&id_pagina=1)> .

Martins J.J. *et al.* (2007). Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto contexto – enferm.* Abr-Jun, vol. 16, n.2. Florianópolis: 2. Recuperado em 03 agosto, 2010, de <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>> .

Pinho, L.B. & Kantorski, L.P. (2004, jun.). Reflexionando el contexto psicosocial de familias de pacientes internados en la unidad de urgencias. *Ciênc. enferm., Concepción*, 10(1), Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532004000100008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000100008&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 14 jul. 2009.

Silva, L.W.S. (2007). *A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2*. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-

Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 74. Recuperado em 08 agosto, 2010, de < <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0575-T.pdf> >.

Souza, R.F.; Skubs, T. & Brêtas, A.C.P. (2007, mai.-jun.). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, 60(3). Brasília. p.2. Recuperado em 06 agosto, 2010, de <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300003)>.

Recebido em 23/10//2010

Aceito em 05/11/2010

---

**Luzia Wilma Santana da Silva** - Professora da UESB. Doutora em Enfermagem pelo PEN-UFSC. Líder do Grupo Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha: Família em seu ciclo vital. Coordenadora do NIEFAM. Membro do GESPI-UFSC.  
E-mail: luziawilma@yahoo.com.br.

**Fernanda Batista Ribeiro** - Discente do curso de Fisioterapia da UESB. Bolsista do NIEFAM. Linha: Família em seu ciclo vital.  
Email: nan.br@hotmail.com.

**Rafael Ludovice Amaral** - Discente do curso de Fisioterapia da UESB. Membro colaborador do NIEFAM. Linha: Família em seu ciclo vital.  
E-mail: rafs009@hotmail.com.

**Raiana Souza Ferreira** - Discente do curso de Fisioterapia da UESB. Membro colaborador do NIEFAM. Linha: Família em seu ciclo vital.  
E-mail: raiana.sf@hotmail.com.

**Têssia Fernandes de Souza** - Discente do curso de Fisioterapia da UESB. Membro colaborador do NIEFAM. Linha: Família em seu ciclo vital.  
E-mail: tessiafernandes@hotmail.com.