

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**IVANIA VERA**

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR POR IDOSOS**

**GOIANIA, 2013**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**     Dissertação     Tese

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

Autor (a):	Ivânia Vera		
E-mail:	ivaniavera.ufg@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor	Universidade Federal de Goiás (UFG)		
Agência de fomento:	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Goiás	Sigla:	FAPEG
País:	Brasil	UF: Goiás	CNPJ: 08.156.102/0001-02.
Título:	Avaliação da Funcionalidade Familiar por Idosos		
Palavras-chave:	Enfermagem; Idoso; Família; Relações familiares.		
Título em outra língua:	Assessment of Family Function Made by the Elderly		
Palavras-chave em outra língua:	Nursing; Elderly; Family; Family Relations		
Área de concentração:	A Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana		
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	11/03/2013		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFG		
Orientador (a):	Adélia Yaeko Kyosen Nakatani		
E-mail:	adeliafen@gmail.com		
Co-orientador (a):*	Roselma Lucchese		
E-mail:	roselmalucchese@hotmail.com		

\*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: 11/03/2013

Assinatura do (a) autor (a): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

**IVANIA VERA**

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR POR IDOSOS**

*Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.*

**Área de Concentração:** A Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana

**Linha de Pesquisa:** Integralidade do Cuidar em Saúde e Enfermagem

**Orientação:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adélia Yaeko Kyosen Nakatani

**Coorientação:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Roselma Lucchese

**GOIANIA, 2013**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte, respeitando-se as restrições expressas no Termo de Ciência e de Autorização.

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

GPT/BC/UFG

Vera, Ivânia.  
V473a Avaliação da funcionalidade familiar por idosos  
[manuscrito] / Ivânia Vera. -2013.  
134 f.il., figs, tabs, qds.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adélia Yaeko Kyosen Nakatani;  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Roselma Lucchese.  
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás,  
Faculdade de Enfermagem, 2013.  
Bibliografia.  
Inclui lista de ilustrações, abreviaturas, siglas e tabelas.  
Apêndices.  
Anexos.  
1. Idoso. 2. Família. 3. Relações familiares.  
4. Estudos transversais. 5. Enfermagem geriátrica. I. Título.  
CDU: 616-053.9:613.98

# FOLHA DE APROVAÇÃO

**IVANIA VERA**

## **AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR POR IDOSOS**

*Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.*

Aprovada em 11 de Março de 2013.

BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Adélia Yaeko Kyosen Nakatani – Presidente da Banca  
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG)

---

Profa. Dra. Márcia Regina Alvarenga – Membro Efetivo,  
Externo ao Programa - Universidade Estadual de Mato Grosso de Sul (UEMS)

---

Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila – Membro Efetivo  
Externa ao Programa – Pontifícia Universidade Católica de Goiás (FEN/UFG)

---

Profa. Dra. Denize Bouttelet Munari – Membro Efetivo  
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG)

---

Prof. Dr. Geraldo Sadoyama – Membro Efetivo  
Universidade Federal de Goiás – Campus Catalão (UFG/CAC)

---

Profa. Dra. Lilian Varanda – Membro Suplente  
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG)

---

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares - Membro Suplente,  
Externa ao Programa - Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Dedico este trabalho:  
*Ao Divino Pai Eterno e,  
À minha família nuclear e extensa.*

## AGRADECIMENTOS

À *Deus Pai*, primeira pessoa da Santíssima Trindade; aquele para quem nada é impossível.

Aos meus *pais Rafael e Maria*, minha homenagem e gratidão, por tudo que me ensinaram e ensinam, pelo amor incondicional, compreensão, apoio, entendimento e respeito quanto aos momentos de ausência e silêncio durante o percurso desta jornada.

Às *minhas irmãs, Ilair, Ivani, Iraci e Ione (in memorian)*, *sobrinhos Paulo Rafael, Mariana, Henrique, Isabela e Sabrina, mãe de nossa querida Valentina*, por me amarem como sou e por compreenderem meus momentos de ausência.

A *meu noivo, Elivelton*, hoje esposo, meu porto seguro em todos os momentos, por sempre me incentivar a conquistar meus sonhos, metas e objetivos.

Aos *idosos*, que consentiram em participar deste estudo, possibilitando assim maior conhecimento sobre a saúde da população neste segmento da vida.

À orientadora *Adélia Yaeko Kyosen Nakatani*, pela oportunidade, paciência, amizade, confiança, orientação e, acima de tudo, compreensão na trajetória de constituição deste trabalho.

À coorientadora *Roselma Lucchese*, pela confiança, dedicação, paciência, exemplo de pessoa e profissional, por ter acreditado em meu potencial e por ser fonte constante de motivação e suporte para a realização da pós-graduação.

Às professoras *Anaclara Ferreira Veiga Tipple, Maria Márcia Bachion, Sheila Araújo Teles e professora convidada, Adriana Cristina Oliveira*, pelas valiosas contribuições durante a avaliação de Seminário de Pesquisa II.

Às professoras *Denize Bouttelet Munari, Marcia Regina Alvarenga, Lillian Varanda, Vanessa da Silva Carvalho Vila, Geraldo Sadoyama e Maria Márcia Bachion*, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação e Defesa, com vistas ao aprimoramento deste estudo.

Às *colegas da Primeira Turma de Doutorado da FEN, Dulcelene de Sousa Melo, Flaviana Vieira, Maria Alice Coelho*, em especial à *Fabiana Rodrigues Perez e Katiane Martins Mendonça* pela amizade constituída ao longo desta jornada, apoio afetivo e incondicional.

Aos amigos de longa data e aos novos que sempre me apoiaram nas decisões de cursar novos caminhos e direções.

À *Valéria Pagotto*, pela força, amizade, companheirismo, contribuições e ainda pelo valioso apoio moral no processo de qualificação.

À *Dayana Clênia Castro*, pela amizade e companheirismo constituído nesta caminhada.

Aos membros da Rede de Vigilância à Saúde do Idoso (REVISI) pelo trabalho pioneiro na identificação e análise frente às condições de vida do idoso, quanto aos aspectos sociais, econômicos, acesso aos serviços, saúde física e mental e, especificamente da dinâmica familiar.

Aos idosos, que permitiram adentrar em suas casas e participaram desta pesquisa.

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

Aos servidores do Campus Catalão, em especial: à Direção do Campus, às Coordenadoras de Pesquisa Prof<sup>a</sup> Maria Rita e Prof<sup>a</sup> Michele Andrade, às bibliotecárias Maria Silvério e Lilian Jordânia e aos motoristas, em especial o Sr Adalberto, muito obrigada pelo apoio e incentivo durante o processo de doutoramento.

Um especial agradecimento, aos docentes e acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem do Campus Catalão da Universidade Federal de Goiás (CAC/UFG), pela compreensão no processo de capacitação e suporte para a realização da pós-graduação.

*À todos, os mais sinceros agradecimentos!*



# SUMÁRIO

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**  
**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**  
**LISTA DE ARTIGOS**

**RESUMO**  
**ABSTRACT**  
**RESUMEN**

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
2.1 Gerais.....	21
2.2 Específicos .....	21
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
3.1 Família, funcionalidade do sistema familiar e envelhecimento.....	22
3.3 Envelhecimento e relacionamento familiar .....	28
3.5 Políticas de Atenção ao Idoso .....	35
<b>4. MATERIAL E MÉTODO .....</b>	<b>47</b>
4.1 Tipo de Estudo .....	47
4.2 Local.....	47
4.3 População .....	47
4.4 Amostra e amostragem .....	48
4.5 Seleção dos pesquisadores de campo e estudo piloto .....	49
4.6 Coleta de dados .....	50
4.7 Variáveis deste estudo .....	50
4.7.1 Variável desfecho.....	51
4.7.2 Variáveis preditoras.....	54
4.8 Análise dos Dados .....	56
4.9 Preceitos Éticos.....	56
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
<b>6. CONCLUSÕES .....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>108</b>

**APÊNDICES**  
**ANEXO**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	A família e sua relação com outros sistemas.....	32
Quadro1	Distribuição das variáveis independentes do estudo.....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APGAR	<i>Adaptation, Partnership, Growth, Affection e Resolve</i>
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AB	Atenção Básica
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
<i>et al.</i>	e colaboradores
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPEG	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Goiás
FEN	Faculdade de Enfermagem
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NUTADIES	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
REVISI	Rede de Vigilância à Saúde do Idoso
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
ONU	Organização das Nações Unidas
WHO	<i>World Health Organization</i>

## LISTA DE ARTIGOS

- Artigo 1 FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE 59  
IDOSOS: ESTUDO POPULACIONAL.....  
Autores: IVANIA VERA e colaboradores  
Revista: em fase de revisão e redação final  
Enviado em: não se aplica  
Situação: não se aplica
- Artigo 2 FATORES ASSOCIADOS À DISFUNCIONALIDADE FAMILIAR EM 74  
IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS.....  
Autores: IVANIA VERA e colaboradores  
Revista: em fase de revisão e redação final  
Enviado em: não se aplica  
Situação: não se aplica
- Artigo 3 FUNCIONALIDADE FAMILIAR EM MUITO IDOSOS RESIDENTES 91  
EM DOMICÍLIO.....  
Autores: IVANIA VERA e colaboradores  
Revista: REBEN (ISSN: 0034-7167)  
Enviado em: 02 de dezembro de 2012  
Situação: Aguardando designação

## RESUMO

VERA, I. **Avaliação da funcionalidade familiar por idosos.** [tese]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2013. 134p.

As transições demográfica e epidemiológica influenciaram na constituição dos arranjos familiares, imprimindo dinamicidade no curso de vida das famílias levando a intergeracionalidade. Fatores estes que, influenciam nos aspectos de vida do idoso, sobretudo nas relações familiares. Avaliar a dinâmica familiar de idosos associa-se a escassez de estudos acerca da funcionalidade familiar neste contexto. Assim, objetivou-se analisar o relacionamento familiar do idoso por meio do APGAR de família e os fatores associados em uma capital do Centro-Oeste brasileiro. Trata-se de um estudo epidemiológico, de base populacional com delineamento transversal que constituiu recorte da pesquisa matriz conduzida pela Rede de Vigilância a Saúde do Idoso (REVISI). A amostra probabilística constituiu-se de 934 idosos residentes na área urbana de Goiânia, Goiás, Brasil. Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2009 e abril de 2010. Aplicou-se questionário padronizado incluindo variáveis socioeconômicas, demográficas, condições de saúde autorreferidas, dor, quedas e acesso a serviços de saúde. Foram aplicadas escalas de mensuração da capacidade funcional e cognitiva. O índice APGAR de Família avaliou a dinâmica familiar. Escores  $\geq 7$  se referem à Boa Funcionalidade Familiar (BFF) e escores  $<7$  a Disfuncionalidade Familiar (DF). Considerou-se como variável desfecho as relações familiares e as demais contidas no instrumento como variáveis preditoras. Para análise de associação univariada utilizou-se o teste Qui Quadrado ( $\chi^2$ ) ou Fischer e nível de significância de 5%. A magnitude da associação foi expressa pela Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). A regressão logística múltipla foi aplicada para identificar os fatores associados ao desfecho por meio da construção do modelo com as variáveis preditoras que obtiveram valor  $p$  menor ou igual a 0,20 na análise univariada. Ao se inquirir a amostra integral que responderam ao índice, a BFF foi associada à idade, escolaridade, receber renda, autorreferir saúde ruim/péssima, queixa de dor, osteoporose, e câncer. Quanto aos idosos que referiram disfuncionalidade familiar, a elevada disfuncionalidade familiar esteve associada a quedas e episódio pregresso de IAM. Ao se analisar o estrato populacional dos octagenários, a BFF foi associada às variáveis de exposição saúde ruim/péssima, osteoporose e quedas. Estes resultados caracterizam a dinâmica familiar de idosos não institucionalizados quanto à prevalência de BFF e aponta para necessidade de adequação das políticas de Estado vigentes quanto à assertividade nas reais necessidades deste estrato populacional, para a prática profissional na compreensão e equilíbrio da dinâmica familiar e, no fortalecimento da equipe de saúde que atua na estratégia de saúde da família.

Palavras-chave: Enfermagem; Idoso; Família; Relações familiares.

## ABSTRACT

VERA, I. **Assessment of Family Function Made by the Elderly.** [thesis]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2013. 134p.

Demographic and epidemiologic transitions influence the Family arrangements, making the course of life of the families dynamic and leading to intergenerationality. These factors influence several aspects of the life of the elderly, especially their family relations. To assess the family dynamic of the elderly is associated to the lack of studies on the family function in this context. Thus, the objective was to assess the family relationship of the elderly using the family APGAR and the associated factors in a capital city in the Brazilian Mid-West region. This is a cross-sectional, population-based, epidemiological study which is part of the matrix study carried out by the *Rede de Vigilância a Saúde do Idoso (REVISI* -Network for Elderly Health Surveillance). The probability sample was formed by 934 elderly living in the urban area of Goiânia, Goiás, Brazil. Data were collected from November 2009 to April 2010. A standardized questionnaire was applied including socioeconomic and demographic variables, self-referred health conditions, pain, falls, and access to health services. Scales to measure functional and cognitive capacities were applied. Family APGAR index assessed the family dynamics. Scores  $\geq 7$  refer to Good Family Function (GFF) and scores  $<7$  refer to Family Dysfunction (FD). The outcome variables considered were the family relations and all the other relations considered as predictor variables in the instrument. For univariate association analysis, Chi-square ( $\chi^2$ ), or Fischer's Exact test was used at a 5% significance level. The association magnitude was expressed by Prevalence Ratio (PR) and their respective confidence intervals (CI95%). Multiple logistic regressions were used to identify factors associated to the outcome by building the model with the predictor variables whose  $p$  values were  $\leq 0.20$  in the univariate analysis. When we inquired the total sample that answered the index, GFF was associated to age, education, having an income, self-refer health as bad /terrible, pain complaint osteoporosis and cancer. As for the elderly who referred family dysfunction, high dysfunction was associated to falls, and a previous episode of AMI. When the population aged 80 was assessed, GFF was associated to variables of referring bad /terrible health, osteoporosis and falls. These results characterize the family dynamics of non-institutionalized elderly regarding GFF prevalence and they point to the need to adjust the current State policies to focus on the real needs of this population stratum so that professionals understand and can help balance the family dynamics and that it can strengthen the health team that works on strategies for Family health.

Keywords: Nursing; Elderly; Family; Family Relations.

## RESUMEN

VERA, I. Evaluación de la funcionalidad familiar por ancianos [tesis] Goiânia: Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Goiás, Brasil, 2013. 134 p.

Las transiciones demográfica y epidemiológica han influido en la constitución de los arreglos familiares, concediéndoles dinamismo en el transcurso de vida de las familias llevando a la intergeracionalidad. Dichos factores influyen en los aspectos de vida del anciano, sobre todo en las relaciones familiares. Evaluar la dinámica familiar de los ancianos se asocia a la escasez de estudios sobre la funcionalidad familiar en ese contexto. Así, el objetivo fue analizar la relación familiar del anciano a través del APGAR familiar y los factores asociados en una capital del centro oeste brasileño. Se trata de un estudio epidemiológico, de base poblacional con delineación transversal que fue un recorte de la investigación matriz dirigida por la Red de Vigilancia de Salud del Anciano (REVISI). El muestreo probabilístico está formado por 934 ancianos residentes en la zona urbana de Goiânia, Goiás, Brasil. Los datos fueron recolectados entre los meses de noviembre de 2009 y abril de 2010. Se aplicó cuestionario estandarizado, incluyendo variables socioeconómicas, demográficas, condiciones de salud autorreferidas, dolor, caídas y acceso a servicios de salud. Se aplicaron escalas de medición de la capacidad funcional y cognitiva. El índice APGAR Familiar evaluó la dinámica familiar. Valores  $\geq 7$  se refieren a Buena Funcionalidad Familiar (BFF) y valores  $< 7$  a Disfuncionalidad Familiar (DF). Se consideró como variable de resultado las relaciones familiares y las demás incluidas en el instrumento como variables predictoras. Para análisis de asociación univariada se utilizó la prueba del Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) o Fischer y nivel de significancia del 5%. La magnitud de la asociación quedó expresada por la Razón de Prevalencia (RP) y sus respectivos intervalos de confianza (IC95%). La regresión logística múltiple se aplicó para identificar los factores asociados al resultado por medio de la construcción del modelo con las variables predictoras que obtuvieron valor  $p$  menor o igual a 0,20 en el análisis univariado. Al preguntarle a la muestra integral que respondió al índice, la BFF fue asociada a la edad, escolaridad, recibir ingresos, autorreferencia a salud mala/pésima, queja de dolor, osteoporosis y cáncer. Cuanto a los ancianos vinculados a la disfuncionalidad familiar, la elevada disfuncionalidad familiar estuvo asociada a caídas y episodios de antecedentes de IAM. Al analizar el grupo de la población de octogenarios, la BFF se asoció a las variables de exposición salud mala/pésima, osteoporosis y caídas. Estos resultados caracterizan la dinámica familiar de ancianos no institucionalizados cuanto a la prevalencia de BFF e indican la necesidad de adecuar las políticas de Estados vigentes en relación a la asertividad en las verdaderas necesidades de esta capa de la población para la práctica profesional en la comprensión y equilibrio de la dinámica familiar y para fortalecer el equipo de salud que actúa en la estrategia de salud de familia.

Palabras-claves: Enfermería; Ancianos; Familia; Relaciones familiares.

## 1. INTRODUÇÃO

A compreensão do universo particular, complexo e multidimensional da família pode ser obtida por meio de pesquisas, momento em que conceitos, interpretações e considerações acerca da família são discutidos à luz das respostas de seus membros, refletindo a diversidade dos diferentes ambientes em que as famílias são constituídas (ELSEN; ALTHOLFF, 2004; DONATI, 2008).

A família se configura em âmbito de socialização, reprodução e provisão de cuidados, e se revela com formas variadas, ritmos e transformações, constituídos a partir de trajetórias, padrões culturais, relações sociais, afetivas, subjetividades e intersubjetividades (TRAD, 2010).

A família é o primeiro grupo social de inserção do indivíduo e, idealmente, atende às necessidades de promoção, tratamento e reabilitação da saúde de seus membros, em todas as fases do ciclo vital, sobretudo dos grupos considerados mais fragilizados, como as crianças, mulheres e idosos (BERNAL, 2003; CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). A família é responsável pela continuidade da vida humana e constitui fonte de carinho, atenção, apoio e compromisso social, na transmissão de valores éticos e morais, que se configuram em papéis desempenhados por seus membros (BERNAL, 2003).

Entretanto, a distribuição de papéis dentro da família se modifica transversalmente no tempo. Esta mudança perpassa o conceito de ter as crianças como 'propriedade' dos pais e a posição econômica das mulheres no âmbito familiar (PRADO, 1988). A participação crescente da mulher no mercado de trabalho, sua permanência fora do ambiente doméstico e o aumento da população idosa acarretaram modificações nos arranjos domiciliares (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004), o que reforça a atuação da família na proteção e cuidado de idosos e no convívio intergeracional (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; PEDRAZZI et al., 2010).

Deste modo, a composição da família e o "modelo ideal" modificam-se de acordo com a época, trajetória vital, grupos religiosos e o tipo de sociedade, sendo possível encontrar diferentes tipos de famílias coexistindo na mesma época (PRADO, 1988) e recebendo influência de grupos e classes sociais (TEIXEIRA; RODRIGUES, 2009).



As mudanças na composição familiar dão oportunidades para transformações estruturais com contribuições e atribuições vinculadas aos diferentes componentes da família. A presença cada vez maior de idosos na sociedade mobiliza para o convívio intergeracional na relação familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; MORAGAS, 2010; PAIVA et al., 2011).

Considerando os novos arranjos familiares e o número reduzido de pessoas convivendo juntas, tem sido um desafio envelhecer junto à família. Estudos tem demonstrado que os apoios emocional, físico e financeiro não estão presentes em todos os arranjos familiares de idosos (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005; TEIXEIRA; RODRIGUES, 2009; ALCÂNTARA, 2009). Esta realidade confirma as responsabilidades material e afetiva entre os membros familiares (CIANCIARULLO, 2011).

O papel substancial que a família assume no cuidado com os segmentos dependentes expõe dificuldades no relacionamento familiar, por enfrentarem o cuidado do idoso com limitações (físicas ou cognitivas), precária condição socioeconômica, ambiente intergeracional desfavorável e o conhecimento insuficiente sobre o envelhecimento pelos mais jovens (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

Neste contexto, o cuidado é procedente das relações constituídas ao longo da trajetória de vida e composição de cada família (SOUZA, SKUBS; BRÊTAS, 2007). A escolha do cuidador é multideterminada e multivariada e, neste processo, prevalecem as mulheres, o tipo de arranjo familiar, história de vida do cuidador e as relações de afetividade (PAVARINI et al., 2006).

A necessidade da adaptabilidade às mudanças de papéis e funções na relação familiar pode desencadear situações de estresse, ruídos e alterações na dinâmica familiar (GONÇALVES et al., 2011a). Contudo, antes de propor mudanças, é necessário avaliar a família como um todo. A avaliação da funcionalidade familiar suscita a utilização de modelos que auxiliem na coleta de dados com base no paradigma sistêmico orientador da prática assistencial como parâmetro para intervenções (FIGUEIREDO; MARTINS, 2010; SOUSA; FIGUEIREDO; ERDMANN, 2010).

Na avaliação das relações familiares, o APGAR de Família tem demonstrado ser basilar no planejamento assistencial ao idoso, bem como a compreensão dele relação à sua família (TORRES et al., 2009; SOUSA; FIGUEIREDO; ERDMANN,

2010), de modo a direcionar ações interventivas e assertivas no cuidado do idoso no contexto familiar (atendimento domiciliar) para os profissionais da área da saúde, especialmente, os enfermeiros da Atenção Básica (AB) (DUARTE, 2001; SANTOS; PAVARINI; BARHAN, 2011).

Como tecnologia de avaliação de família, aponta-se índice '*Family APGAR*', que permite a identificação precoce da disfuncionalidade familiar, por meio de cinco domínios, a partir da pessoa índice (SMILKSTEIN, 1978; DUARTE, 2001). Traduzido, adaptado e validado para utilização em idosos, cuidadores e familiares foi renomeado para '*APGAR de Família*'. É uma tecnologia simples, dinâmica, de fácil e rápida aplicação, que pode ser utilizada por diferentes profissionais de saúde na avaliação, planejamento e intervenção das práticas cuidativas (DUARTE, 2001).

Com foco na atenção às famílias e na identificação da dinâmica familiar, o questionário tem sido incorporado em pesquisas com crianças, cuidadores de idosos, adolescentes, adultos e idosos com patologias específicas em contextos sociais diversos na identificação da funcionalidade familiar (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002; OK-SOO; SUNG-HEE, 2003; OCAMPO et al., 2006; MARTINI et al., 2007; ABILÉS et al., 2010; RODRÍGUEZ-SANCHEZ et al., 2011; SANTOS; PAVARINI, 2011).

Os cinco domínios aferem a capacidade de adaptação intrafamiliar e uso dos recursos disponíveis; convivência/comunicação expressas na capacidade de dividir responsabilidade e decisões; crescimento/desenvolvimento para a mudança de papéis no alcance da maturidade emocional; afetividade recebida e disponibilizada aos membros familiares e capacidade resolutiva/tempo compartilhado juntos na unidade familiar (SMILKSTEIN, 1978; DUARTE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Uma família é considerada funcional ou com boa funcionalidade quando há definição de tarefas ou funções claras e aceitas pelos membros familiares, no auxílio para a resolução de problemas, utilizando recursos próprios ou mobilizando recursos externos disponíveis (SANTI, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Em situação oposta, a família disfuncional é aquela em que se presencia desrespeito, sobreposição na hierarquia, ruídos na comunicação e na ausência de (re)organização do sistema familiar e de articulação de forças para resolução de problema (SANTI, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

A Boa Funcionalidade Familiar (BFF), por meio do APGAR de Família, foi observada na melhor Qualidade de Vida (QV) de idosos (ANDRADE; MARTINS, 2011), em famílias convivendo e cuidando de idosos em diferentes situações de vulnerabilidade social (SANTOS; PAVARINI, 2011), de cuidadores de idosos (RODRÍGUEZ-SANCHEZ et al., 2011), na redução do pensamento suicida (LIU; CHIU, 2009), no fato de residir em famílias nucleares e estar vinculado à atividade laboral (TABARES; QUINTANA; CAPOTE, 1998) e situações de *screening* em candidatos à cirurgia bariátrica (ABILÉS et al., 2010).

A Disfuncionalidade Familiar (DF) foi associada à solidão em idosos (OK-SOO; SUNG-HEE, 2003; OCAMPO et al., 2006), à falta de atenção e prestação de cuidados a familiares com doenças crônicas não transmissíveis (MARTINI et al., 2007; ALBA et al., 2009; LIM; MANCHING; PENSERGA, 2012), à solidão em pessoas que convivem com HIV/AIDS (SUN et al., 2009) e ao baixo apoio social e sobrecarga de cuidadores de idosos (CHIOU et al., 2009).

Por outro lado, as famílias, primeira fonte de suporte e cuidado, especialmente para os idosos, não tem sido preparadas para enfrentarem situações de limitações funcionais de seus membros (MAZZA; LEFÈVRE, 2005). Essa funcionalidade pode ser perturbada se houver demandas de cuidado e se já houver indícios de disfunção familiar, piorando o relacionamento (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

A família funcional, expressa também pela BFF, é singular, independente se há idosos nela ou não. Contudo, as alterações nos arranjos familiares multigeracionais, a maior expectativa de vida das pessoas e a permanência da mulher como força de trabalho fora do ambiente doméstico poderão refletir na redução do apoio da família nuclear para o idoso (RAMOS, 2003; MAZZA; LEFÈVRE, 2005).

No Brasil, não há avaliações sistemáticas da funcionalidade familiar na população idosa. São necessários estudos em diferentes regiões geográficas uma vez que a dinâmica familiar pode ser afetada por fatores sociais, econômicos, culturais e de longevidade dos idosos (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011).

Realizar um estudo de base populacional, buscando investigar a funcionalidade familiar e os fatores associados na população idosa por meio do APGAR de Família, justifica-se pelo aumento no quantitativo deste estrato populacional em relação à população geral, bem como pela insuficiência de

conhecimento sobre a compreensão da dinâmica e funcionalidade familiar em idosos (DENG et al., 2010; SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011).

Esta pesquisa poderá subsidiar políticas de promoção à saúde, prevenção de agravos, reabilitação, manutenção da autonomia e valorização das redes de suporte social, haja vista que, uma das prioridades do Pacto pela Vida é a ponderação e a redefinição das ações relacionadas à Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Igualmente, conhecer a dinâmica familiar contribuirá no desenvolvimento e fortalecimento dos mecanismos de assistência domiciliar mais efetiva com capacidade de atendimento às crescentes e reais necessidades dos idosos e suas famílias (TORRES et al., 2009; SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011).

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Gerais:

Avaliar a funcionalidade familiar e analisar os fatores associados a ela.

### 2.2 Específicos:

2.2.1 Verificar a associação entre variáveis socioeconômicas, demográficas, condições de saúde e capacidade funcional dos idosos com a funcionalidade familiar.

2.2.2 Estimar a prevalência e os fatores associados à disfuncionalidade familiar.

2.2.3 Analisar a funcionalidade familiar dos idosos longevos residentes nos domicílios urbanos.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Família, funcionalidade do sistema familiar e envelhecimento

A família é o primeiro grupo social no qual o ser humano está inserido. Pode ser caracterizada pelo vínculo entre seus membros e tende a acolher as pessoas, dar apoio afetivo, psicológico, valores humanos e éticos. Também proporciona vivências, desenvolvimento de habilidades, experiências e novas relações humanas, além de estratégias facilitadoras no desenvolvimento físico e mental (PINHO; KANTORSKI, 2004).

Considerada como a menor célula organizada da sociedade, a família consiste em um conjunto de pessoas com papéis socialmente definidos em um tecido fundamental de relações. Pesquisadores descrevem que as definições de família modificam-se ao longo da História da Humanidade e se apresentam em variadas formas e de acordo com o grupo social em uma mesma época e lugar. Por ser dependente de outras instituições, sofre implicações diretas dos fatores sociais, econômicos e culturais sobre seu destino (PRADO, 1988; SAMARA, 1993).

Embora haja um esforço dos estudiosos para definir a família, vários fenômenos e contextos impedem uma definição absoluta. Os novos arranjos familiares como união homo afetivas, divórcios, produção independente e recasamentos tem dificultado a formulação de um conceito único de família, uma vez que o triângulo pai-mãe-filho(s) é dificilmente encontrado, desvelando que, na contemporaneidade, a família possui numerosas configurações (MONTEFUSCO; BACHION; NAKATANI, 2008; SAYAO, 2011). Essas mudanças nos arranjos familiares são fatores importantes a serem considerados na avaliação de famílias (ALCÂNTARA, 2009).

Na dimensão jurídica, o conceito de Família está promulgado na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), no Capítulo VII: Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso, nos artigos de 226 a 230. No Artigo 226, a Família é referenciada como a base da sociedade e tem especial proteção do Estado, sendo reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar. Esta entidade familiar é formada por qualquer dos pais e seus descendentes (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Na mesma Carta, o Artigo 227 imprime que é dever da Família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, como prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

O amparo dos filhos na velhice é algo esperado e um dever moral, explícito no Artigo 229 da CF/1988, em que os pais devem assistir, criar e educar os filhos, e quando estes estiverem maiores, devem ajudar e amparar os pais na velhice, enfermidade ou necessidades (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A respeito do idoso, pessoa com idade maior ou igual a 60 anos, o Artigo 230 estabelece “A família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p.60; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2003).

O Código Civil Brasileiro, Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002, declara a Família como pessoas que descendem do mesmo tronco genealógico, em linha reta ou colateral, assim como parentes por afinidade (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2002).

Em 2006, a Lei nº 11.340, de 07 de agosto, definiu mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Nesta, a família é compreendida como comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2006a).

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), família é uma das instituições sociais mais antigas. A família experimenta novas formas de organização advindas de um processo de mudança demográfica, de transformações econômicas e sociais, que interferiram diretamente nos seus padrões de organização em termos de tamanho e, igualmente, nos aspectos institucionais e culturais.

Nesse sentido, na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), novas realidades familiares foram identificadas, surgindo a necessidade de mensurá-las para fins de investigação. Neste estudo, o IBGE considerou ‘Família’ como grupo residindo em um mesmo domicílio, existindo ou não entre seus

membros vínculos parentais, o que contempla todas as dimensões do conceito sociológico de família (IBGE, 2008), ao considerar os laços de consanguinidade, adoção ou casamento entre um grupo de indivíduos. Estas considerações reforçam o papel social da família no preparo e inserção de seu membro no mundo exterior, em uma comunidade, local onde interagirá e formará novas famílias (PINHO; KANTORSKI, 2004).

Ao longo das últimas três décadas, os discursos formais vieram se modificando ao definirem a Família. Os laços de parentesco ultrapassaram o limite da consanguinidade, incluindo também a dimensão afetiva e neste sentido, a família é quem seus membros consideram como tal (WRIGHT; LEAHEY, 2008; ALCÂNTARA, 2009).

Em relação ao idoso, família são pessoas que participam do seu dia-a-dia, sob o mesmo ambiente familiar (TORRES et al., 2009), ao mesmo tempo em que atua como provedora de apoio, protetora e cuidadora (PEDRAZZI et al., 2010; CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

A longevidade proporciona dilatação do tempo vivido no ambiente familiar e heterogeneidade nas relações familiares permeada pela maior convivência com filhos, netos e bisnetos (MARANGONI; OLIVEIRA, 2010; CALDAS; VERAS, 2010).

Essa nova realidade desvela as modificações no posicionamento dos membros da família, sobretudo do idoso no contexto familiar (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). Tais mudanças permitem classificar os ciclos de vida das famílias em estágios na dimensão linear do tempo (pontos de transição), quanto aos seus papéis, funções e valores, cujo valor principal é o relacionamento tido como insubstituível (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Situações de estresse mobilizado por fatores internos ou externos são reconhecidas como crises acidentais e podem ser imprevisíveis na vida familiar. Os fatores internos são as situações de celibato, separações conjugais, viuvez precoce, falecimento de filhos, esterilidade do casal, mudanças severas no padrão de vida, etnicidade, religião e uso e consumo de álcool e outras drogas. Muitos destes fatores são inesperados no ciclo de vida das famílias. Os fatores externos que podem afetar as famílias são as crises econômicas ou políticas, revoluções e guerras (PINTOS, 1997).

Estes fatores são reflexos do envelhecimento populacional advindo do desenvolvimento socioeconômico que ocorre de forma acelerada nos países de



média e baixa renda. Esse fenômeno, por sua vez, desafia e oportuniza a sociedade buscar novos modelos com vista à sociedade que se quer viver (WHO, 2012).

Com a mudança de idade dos integrantes da família, ocorrem modificações em termos do relacionamento intergeracional no espaço familiar, na dimensão linear do tempo. Isto exige expansão, contração e realinhamento com vista à FF e à passagem para o próximo *status* (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

A divisão do ciclo de vida familiar em fases não é estática, contudo tem utilidade metodológica (CAMARANO; MELLO; KANSO, 2006). Autores descrevem estas fases (PINTOS, 1997; CERVENY; BERTHOUD, 1997) embasados nos conceitos recomendados por Carter e McGoldrick (1995).

#### *Primeira fase - O lançamento do jovem adulto solteiro*

Caracteriza-se pela saída dos jovens solteiros da família de origem, sem que haja rompimento nas relações familiares, cujo processo emocional de transição é aceitar a responsabilidade emocional e financeira - mudança de *status* com relacionamentos menos hierárquico. Esta fase não se aplica aos filhos que não saíram de casa, em qualquer idade (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Os pais, ao se recusarem a não lançar o jovem adulto solteiro, não contribuem para a independência dos filhos, tornando-os dependentes em uma família funcional, ou para a rebelião quando os filhos se afastam e rompem relações (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

A mudança de atitude em relação ao gênero está relacionada às expectativas pessoais e se referem ao século XX. As mulheres, em sua maioria, buscavam um companheiro. Os homens demonstravam dificuldades em comprometer-se relacionalmente, focando no trabalho (CARTER; MCGOLDRICK, 1995). Isso fez com que os arranjos domiciliares se modificassem no cuidado com os segmentos mais vulneráveis como crianças, mulheres e idosos, efeitos da maior participação das mulheres no mercado de trabalho (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; CARVALHO, 2009).

Nos últimos anos, o jovem adulto tem saído menos de casa e a coresidência entre eles e seus pais tem aumentado. A saída da casa dos pais tem sido menor entre homens jovens da raça/cor branca e com alto nível de escolaridade. Há fatos também associados a características específicas do próprio

domicílio, da família e do contexto macroeconômico em que o jovem está inserido (CARVALHO, 2009).

Corresidir com pais idosos tem possibilitado uma situação dialética, uma vez que ambos podem ser beneficiados. Os idosos, pela companhia e atenção em situações de dependência física e cognitiva; os filhos, por desfrutarem das melhores condições econômicas que alguns pais apresentam, como casa própria, renda familiar e cuidado dos netos. A expectativa é que os filhos atendam às necessidades dos pais e os pais a necessidade dos filhos em um movimento contínuo (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; CALDAS; VERAS, 2010).

#### *Segunda fase - A união das famílias no casamento: o casal*

O casamento representa a modificação nos dois sistemas de famílias de origem do casal e uma sobreposição que desenvolve um terceiro sistema, que é o casal. É o comprometimento com um novo sistema, agora marital, havendo o realinhamento dos relacionamentos com as famílias ampliadas e os amigos para incluir o cônjuge (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

As divergências de compreensão neste ciclo de vida entre gênero se destacam. Para os homens, a inserção no mercado de trabalho e os eventos a ele relacionados delimitam seu ciclo de vida. Para as mulheres, tão importante quanto sair da casa dos pais, o casamento e a maternidade, é sua participação nas atividades econômicas (CAMARANO; MELLO; KANSO, 2006), em razão de o *status* de esposa já não atender mais às suas necessidades. Contudo, quando as mulheres aceitavam adaptar-se automaticamente ao casamento, quanto aos aspectos emocional e econômico, a possibilidade de desenlace era menor (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

#### *Terceira fase - Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos*

Aceitar novos membros no sistema familiar inicialmente constituído, momento em que se cria espaço para os filhos, na atenção prestada aos mesmos, nas tarefas financeiras e domésticas, no realinhamento com a família ampliada para incluir os papéis de pais e avós, requer que os adultos avancem uma geração e se tornem cuidadores da geração mais nova (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Contudo, a incapacidade dos pais em colocar limites aos novos membros pode surgir, uma vez que a educação dos filhos é destinada aos pais, no universo

doméstico e, à escola, a educação da criança para o universo coletivo (SAYÃO, 2011).

Em algumas situações, aos avós é destinado o papel de 'pais substitutos', proporcionando um entrecruzamento temporal na dialética negociação entre os valores modernos, aprendidos pelos netos, e os valores tradicionais dos avós. Espaço fértil para o desenvolvimento de trocas multidirecionais, novas representações e significados (MARANGONI; OLIVEIRA, 2010). Ser guardião da história familiar e funcionar como polo de comunicação central entre os membros da família são outros dos múltiplos papéis desempenhados pelos avós (CALDAS; VERAS, 2010).

#### *Quarta fase - A transformação do sistema familiar na adolescência*

Momento em que é necessário estreitar as afinidades entre as gerações envolvidas, uma vez que os adolescentes ampliaram seus relacionamentos. O processo emocional de transição suscita a flexibilidade das fronteiras familiares para incluir a independência dos filhos. As fronteiras devem ser permeáveis, pois os adolescentes trazem para o espaço familiar novos conceitos, novos valores, e os pais não tem mais autoridade completa (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

As famílias estão conseguindo se adaptar e se dedicar aos seus membros adolescentes (NOGUEIRA et al., 2012).

#### *Quinta fase - Famílias no meio da vida: lançando os filhos e seguindo em frente*

O processo emocional de transição visa aceitar as várias entradas de pessoas no sistema familiar, representadas pelos cônjuges dos filhos, seus próprios filhos e saídas, expressos pelo adoecimento ou falecimento dos avós. Esta é uma das fases do ciclo de vida familiar mais problemática. Momento em que a transição entre as gerações ocorrem, surgindo reafirmações das mulheres enquanto cuidadoras (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Uma vez que o jovem permanece maior tempo na casa dos pais ou retorna de casamentos desfeitos (muitos deles acompanhados por filhos), tem sido evidenciada a diversidade nas funções do idoso na dinâmica familiar, desde a participação ativa do idoso no compartilhamento da renda, responsabilidade moral, afetiva e financeira frente aos netos (TEIXEIRA; RODRIGUES, 2009; MARANGONI; OLIVEIRA, 2010). Um dos aspectos positivos é a maior estabilidade financeira

comparada ao início do matrimônio, com probabilidade de viagens, novas possibilidades sociais e novos papéis (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

#### *Sexta fase - A família no estágio tardio da vida*

É a fase em que deveria ocorrer a aceitação dos papéis geracionais (CARTER; MCGOLDRICK, 1995). Este estágio destaca-se pelo processo de transição demográfica na pirâmide populacional intrinsecamente relacionado ao desenvolvimento socioeconômico. Mudanças que são expressas pelo aumento na expectativa de vida, alterações nos hábitos de vida, avanços tecnológicos, queda da fecundidade, melhoria de saneamento básico e redução da mortalidade (MENDES et al., 2005; PEDRAZZI et al., 2010; WHO, 2012).

As fases da vida são relevantes na compreensão da família e de seus membros com suas relações entre si e com o meio. No entanto, existem outros determinantes também necessários no entendimento de uma família, como a convivência entre os membros nas diferentes fases da vida, as questões de gênero e viuvez, que também caracterizam a sexta fase do ciclo de vida familiar, o envelhecimento.

### 3.3 Envelhecimento e relacionamento familiar

A proporção de idosos na população brasileira passou de 3,3% em 1991, para 5,8%, em 2010. No restante do país, a distribuição de idosos é heterogênea, em decorrência da assimetria geográfica entre as regiões e Unidades da Federação e em função do início da transição demográfica de cada localidade (IBGE, 2010).

A heterogeneidade da população idosa é diretamente influenciada pelo declínio da mortalidade nas idades avançadas, gênero, região geográfica e acessibilidade das pessoas às condições sociais e econômicas (MENEZES; LOPES; MARUCCI, 2007; WHO, 2012). Sobre esse aspecto, a proporção maior de muito idosos é uma tendência mundial. Dos 14 milhões de muito idosos identificados no século XX, em 2050 passará para mais de 400 milhões em todo o mundo (WHO, 2012).

A evolução silenciosa na demografia intergeracional da família tem proporcionado o convívio do idoso com maior número de gerações e menor número de entes por geração. Isso pode oportunizar transformações estruturais no contexto familiar, com contribuições e atribuições vinculadas aos diferentes atores. Estas

formas de agrupamento familiar vem se modificando desde a década de 1960, sendo esculpidas por características sociais (individualismo, consumo imediato de objetos materiais, entre outros) e alterando as relações intrafamiliares (MORAGAS, 2010; SAYÃO, 2011).

Na coabitação entre duas ou mais gerações, é possível observar, que as famílias envelhecem ao lado de seus membros, e, ao mesmo tempo, a constituição familiar sofre modificações em relação ao número de pessoas que fazem parte desta família, bem como às relações deficientes que podem surgir neste ciclo de vida (TEIXEIRA; RODRIGUES, 2009).

Aspectos negativos do convívio intergeracional também podem ocorrer quando idosos coabitam no espaço familiar por limitações financeiras ou físicas. Esta situação está mais evidente no gênero feminino (MENEZES; LOPES; MARUCCI, 2007). A mulher idosa que passa a conviver com outras gerações em decorrência de a família vir morar com ela ou ela mudar-se para a casa de um filho ou parenta corrobora com o fato de os filhos não terem saído de casa ou terem voltado para casa após separação (SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004; TEIXEIRA; RODRIGUES, 2009).

Em relação à viuvez, há cada vez mais mulheres idosas e viúvas na sociedade. Isto em decorrência da maior expectativa de vida delas, por ela casar-se com homens cronologicamente mais velhos, procurar mais os serviços de saúde, cuidar-se mais e alcançar maior sobrevivência às doenças crônicas e incapacidades físicas em comparação ao sexo oposto, sobretudo, das mulheres muito idosas (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; SUZUKI; FALCÃO, 2010). Os homens morrem mais, contudo, os que sobrevivem tendem a menores chances de incapacidades funcionais (SANTOS, 2003).

Dentre os aspectos que podem proporcionar um movimento dialético no que se refere à viuvez das mulheres, destaca-se a mudança na hierarquia familiar, reestruturação familiar, redefinição de papéis e conquista de novas habilidades. Em situação contrária, considerando que o casamento foi uma condição importante para o bem estar da mulher na última fase do ciclo de vida familiar, vivenciar a viuvez pode ser um processo doloroso pela separação do cônjuge, perda do *status* marital, suporte material e emocional, limitação do convívio social e, também, por ter que se confrontar com o processo de finitude (SUZUKI; FALCÃO, 2010; WU et al., 2010).

Assim, sentimentos vivenciados com a viuvez são decorrentes do grau de afetividade desdobrada ao longo do ciclo de vida familiar, vislumbrado pela convivência marital harmoniosa ou não. Viúvas que presenciavam desentendimentos prévios encaram esta etapa do ciclo de vida como uma situação natural e até esperada (TURATTI, 2012).

Em contrapartida, idosas solteiras tendem a arranjos intergeracionais e idosos divorciados tendem a morarem sozinhos, assim a readaptação a um novo arranjo familiar é tendencioso (PEDRAZZI et al., 2010). Quando idosos se encontram em lares unipessoais, as razões estão relacionadas às melhores condições socioeconômicas, autonomia, boa capacidade funcional, idade avançada e sem filhos. Esta situação deve ser considerada pelos gestores responsáveis pelas políticas públicas e também pelos estudiosos (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

A feminização no envelhecimento pode ser discutida em números e aspectos que influenciam o cotidiano das pessoas. No Brasil, a sobremortalidade masculina está próxima de sete anos e se manterá até 2030, momento em que a esperança de vida será de 81,9 anos para as mulheres e 78,3 anos para os homens (FIOCRUZ, 2012). Em Goiânia (sede da pesquisa), 9,6% da população geral são de idosos. Dos 124.682 idosos, 71.862 são mulheres, ou seja, 57,63% da população idosa pertencem ao gênero feminino (IBGE, 2010). Em aspectos mundiais, para cada 100 mulheres idosas há 84 homens (ONU, 2012).

Quanto aos idosos mais velhos, também denominados muito idosos ou idosos longevos, o município sede da pesquisa também revela uma grande porcentagem de muito idosos ( $\geq 80$  anos ou octogenários) em que 7,89% já completaram 80 anos, perfazendo um total de 9.833 habitantes (IBGE, 2010), e, para cada 100 mulheres muito idosas, há 61 homens em âmbito mundial (ONU, 2012).

Estes números corroboram com questões sensíveis acerca do processo de feminização, que são: as transformações na família, mais precisamente, nos arranjos familiares; a maior presença da mulher no mercado de trabalho (NASCIMENTO, 2001), com predominância das mulheres no meio urbano; a melhora nos índices de escolaridade em número médio de anos de estudo (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). O impacto da feminização da velhice se

correlaciona também com as questões de pobreza, baixa escolaridade, educação de má qualidade na infância e adolescência, que irão repercutir por todo o ciclo de vida (NERI, 2007).

Paulatinamente, a conquista de espaços antes não almejados é alcançada pelo gênero feminino, quando se observa: a maior proporção de mulheres chefes de família em decorrência de desenlaces matrimoniais; a expansão da cobertura propiciada pela seguridade social; a dissociação entre nupcialidade e fecundidade (CAMARANO; MELLO; KANSO, 2006). Outros aspectos que também contribuíram para a femininização foram as conquistas da medicina, queda da mortalidade por melhores condições de saúde, política sanitária e acesso aos serviços de saúde (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Aspectos contraproducentes quanto à femininização também são destacados. Com o número de membros na família cada vez menores, haverá cada vez menos pessoas disponíveis para assistir os segmentos dependentes na família, considerando a função tradicional da mulher no suporte à pessoa idosa; a baixa escolarização e, conseqüentemente, menor qualificação profissional; a maior dependência financeira (NASCIMENTO, 2001) e, a maior probabilidade de viuvez, por terem casamento arranjado com homens mais velhos (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Todas as conquistas acima citados tem proporcionado uma dilatação no convívio intergeracional pela maior expectativa de vida, o que atinge regiões geográficas, civilizações, mulheres e homens de forma heterogênea, e que suscita na sociedade muitos desafios e oportunidades (WHO, 2012; ONU, 2012).

Dentre os desafios do envelhecimento da sociedade, destaca-se a manutenção e/ou conquista do equilíbrio entre as necessidades e reivindicações da pessoa idosa, sobretudo da capacidade de cuidado disponível tanto no âmbito familiar quanto coletivo, com vista à homeostase da dinâmica familiar (DUARTE; CIANCIARULLO, 2011).

Dentre as oportunidades, ressalta-se a possibilidade de melhor entendimento do sistema familiar por meio de pesquisas, com vistas à gestão do cuidado, ao fortalecimento da família e da comunidade como locais de proteção social ao idoso (CARVALHO, 2010).

Assim, a família, pela própria constituição de seus membros, equipara-se a um sistema em que o todo é maior que a soma das partes (CARTER;

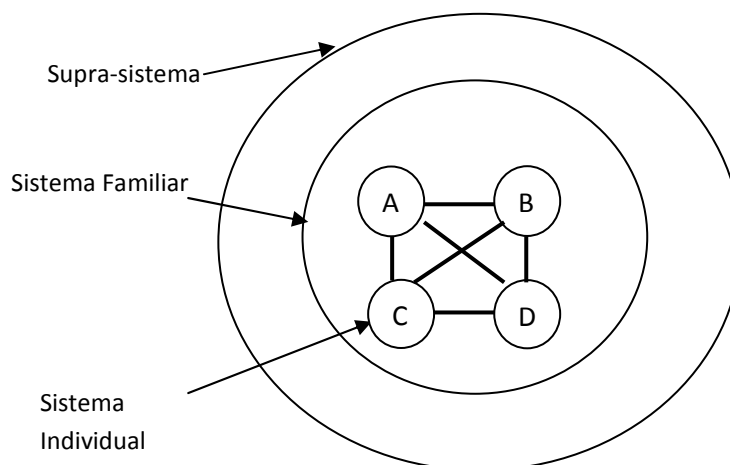
MCGOLDRICK, 1995), em um movimento contínuo de interação por meio do sistema aberto (CHIAVENATO, 2003).

O sistema aberto, pela característica peculiar de dinamicidade, assim como as relações familiares, possibilita intercâmbio com o ambiente, com capacidade de adaptação ao meio em que está inserido, ao crescimento e mudanças (CHIAVENATO, 2003).

Neste ínterim, há de se compreender família como sistema baseado nas relações, com ganhos e perdas, distribuição de poderes, estabelecimento de papéis, códigos, simbologias e significados para atitudes e relações. Todos acabam desempenhando tarefas e assumindo papéis para que o Sistema Familiar aconteça, sempre em busca do equilíbrio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a; WRIGHT; LEAHEY, 2008).

Considerando a família como um sistema, esta pode ser composta de muitos subsistemas (pais-filho, cônjuge e irmãos) que, por sua vez, também são sistemas complexos de vários subsistemas físicos (cardiovascular, endócrino) ou psicológicos (cognitivo, afetivo). Esta mesma família, portanto, está aninhada em suprassistemas (WRIGHT; LEAHEY, 2008), visualizados na Figura 1.

**Figura 1.** A Família e sua relação com outros sistemas



Fonte: WRIGHT, L; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. Trad. Sílvia Spada, São Paulo: Roca, 2008, p.23.

Os sistemas familiares podem ser compreendidos em Funcionais ou Disfuncionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Nos Sistemas Familiares Funcionais, o grupo familiar utiliza recursos próprios (conhecidos ou potenciais) para responder aos conflitos e situações críticas na busca da estabilidade emocional,



gerenciando-os e resolvendo o problema instalado de forma adequada e harmoniosa, com vista à integralidade do sistema e à autonomia funcional de suas partes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Para os profissionais, este sistema constitui em recursos estratégicos e terapêuticos integrais na atenção ao idoso.

O uso dos recursos próprios para reestruturar a família na redefinição dos papéis a uma nova realidade, quando há uma boa convivência, pode refletir um cuidado de maior confiança, respeito e intimidade. Por outro lado, caso o histórico familiar tenha sido edificado a partir de crises e conflitos, pode ocorrer o cuidado inadequado e difícil (TORRES et al., 2009).

Em oposição aos Sistemas Familiares Funcionais, encontram-se os Sistemas Familiares Disfuncionais em que não há um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros. Observa-se uma priorização de interesses particulares em detrimento do grupo e seus membros, não assumem seus papéis dentro do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

A desarmonia no funcionamento familiar pode ser resultado do aparecimento de doenças no(s) membro(s) familiar(es), especialmente nos idosos, quando ocorrem manifestação e instalação das doenças crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Nesse caso, as situações críticas raramente são resolvidas de forma adequada no âmbito grupal e, com frequência, identifica-se a “crise” como responsabilidade única do membro acometido. Nessas ocasiões, idosos podem ser retirados do convívio familiar e alocados em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Em outros termos, quanto mais idoso, maior o tempo convivendo junto, maior a possibilidade de ter que prestar cuidado, com maior possibilidade de ‘ocorrer crises’ na unidade familiar (GONÇALVES et al., 2011b).

Na contemporaneidade, observa-se uma negociação nos papéis, independente da dinâmica nas relações familiares, movimento em que o gênero e o parentesco se tornaram parâmetros de hierarquização no cuidado, resultando na escolha do cuidador como um processo multideterminado (PAVARINI et al., 2006). Preferencialmente, o cuidado é realizado pela esposa, seguida da filha mais velha, filha viúva e solteira e, raramente, por outro parente ou alguém jovem (ALCÂNTARA, 2009). O encorajamento em incluir homens como cuidadores, contrariando os

valores sociais e culturais, tem sido uma tendência ascendente (GONÇALVES et al., 2011a).

As modificações sofridas por este sistema familiar estão influenciadas por conflitos e transformações no mundo, o que vislumbra o equilíbrio quando surge seu potencial transformador. O prover e o cuidar são funções e papéis desenvolvidos por membros da família, porém nem sempre escolhidos por eles. Originalmente, o prover está destinado ao homem, ligado ao sustento, poder de compra junto à sociedade capitalista. Não obstante, o cuidar, historicamente destinado ao gênero feminino, está ligado à afetividade, alimentação e atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Incapacidades múltiplas com necessidade de cuidados prolongados serão maiores em decorrência da maior expectativa de sobrevida (FIOCRUZ, 2012). Neste contexto, a inversão de papéis se estabelecerá na presença de doença e dependência econômica e limitações físicas (ALCÂNTARA, 2009). Assumir o cuidado dos pais tem uma relação preditiva construída no passado, e este cuidado pode acontecer por obrigação ou por amor, como forma de retribuição (MAZZA; LEFÈVRE, 2005).

Além disso, quando o cuidado é coercitivo, o fenômeno estorvo pode se instalar, e o cuidado destinado ao idoso dependente ou não passa a ser uma obrigação não esperada-almejada pelo membro da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Deste modo, surgem os ruídos ou crises familiares e, com frequência, os vínculos afetivos observados são superficiais e instáveis com alto grau de agressividade e hostilidade entre pares, mesmo que não abertamente colocados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Do ponto de vista legal e social, recai sobre a família a responsabilidade do cuidado, especialmente das pessoas idosas, e muitas vezes, a família não recebe preparo prévio (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007). O aumento da longevidade, o decréscimo no número de membros familiares e o grande número de idosos que residem sozinhos manifestam que eles são fundamentais na família, seja no suporte financeiro, na transmissão de saberes e valores, no papel de conciliador e de agregador (SANTOS; DIAS, 2008; PEDRAZZI et al., 2010).

O cuidado informal do membro familiar para o idoso está baseado na manutenção das atividades essenciais à sustentação da vida, acrescido de respeito, disponibilidade e boa vontade, com vistas a manter o idoso na dimensão familiar. A

institucionalização do idoso aconteceria na ausência de familiar para o cuidado e na possibilidade dele ficar o dia sozinho. Esta última situação indicaria a necessidade de institucionalização, como forma de prevenção a solidão e riscos de acidentes (MAZZA; LEFÈVRE, 2005).

A necessidade de estabelecer assistência mais efetiva e dinâmica, capaz de atender às demandas dos idosos e de suas famílias, é indispensável para diminuir as dimensões emocionais para a própria família. O equilíbrio familiar é a meta. Assim, conhecer as condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico da vida do idoso é imprescindível para o desenvolvimento de mecanismos de atenção domiciliária à saúde do idoso (TORRES et al., 2009). No mesmo sentido, cabe ao poder público e à sociedade responder à demanda de saúde, atenção social, cultural, geracional e de gênero (NASCIMENTO, 2001), pois as famílias cada vez mais necessitarão de alternativas de proteção e cuidados de curta duração e atendimento domiciliar (CAMARANO, 2010).

Por fim, avaliar a dinâmica familiar e analisar seus resultados são atividades pertinentes aos profissionais que atendem o idoso, com vista a uma solução terapêutica adequada e restabelecimento do equilíbrio dessa unidade de relações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

### 3.5 Políticas de Atenção ao Idoso

O resgate histórico acerca do trabalho com idosos será descrito a partir da década de 1970. Anterior a esta data, no Brasil, a atenção voltada ao idoso era desenvolvida por entidades religiosas ou filantrópicas de cunho caritativo (RODRIGUES, 2001). Tal perspectiva possibilita a compreensão do cenário de saúde para o idoso a partir da exploração e análise dessa trajetória política, social e legislativa (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Os atos normativos a partir da década de 70 conclamam por mudanças de atitudes, comportamentos, políticas e práticas que garantam às pessoas idosas conquistas além da seguridade social, mas também como participantes ativas na construção coletiva deste processo, sobretudo na promoção da saúde individual e comunitária (RODRIGUES, 2001; MOURA; DOMINGOS; RASSY, 2010). Nesta seção, serão apresentadas de maneira breve, as principais políticas envolvendo idosos.

Um dos marcos teórico que solicitou coparticipação do indivíduo, família, comunidade e sociedade de forma geral, no cuidado à saúde é a Declaração de Alma Ata. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde – Saúde para todos no ano 2000 incentivou um plano de ação urgente e eficaz com envolvimento de setores sociais, econômicos em âmbito global com vistas ao mais elevado nível de saúde por meio de cuidados essenciais de saúde, ao alcance do indivíduo, família e comunidade, fundamentados em tecnologias acessíveis e socialmente aceitáveis, com ênfase à revisão do conceito de saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

A agenda internacional de políticas públicas para a população idosa teve início com o Plano de Viena, em 1982, com a convocação da ONU para a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004). Este fórum intergovernamental deu origem ao Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento. Dentre os 62 grandes temas, destacaram-se os relacionados à saúde, habitação, meio ambiente, família, bem estar social, renda, segurança, proteção aos consumidores idosos, educação e pesquisas envolvendo idosos (ONU, 1982).

Em solo brasileiro e diante dos desafios instituídos para a conquista da saúde, as Conferências Nacionais de Saúde, iniciadas na década de 40 do século XX, sobreviveram de encontros despolitizados de centenas a mais de quatro mil pessoas para discussão das políticas de saúde da população brasileira, como a lendária VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). As discussões em todos esses anos são perpassadas por leis referentes à higiene, à segurança do trabalho, à prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes, gestão de pessoas, em especial o tipo de profissional necessário às demandas do país, e os sistemas de saúde públicos (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 1986).

Entre estas ações, o movimento conhecido como Reforma Sanitária mobilizou a articulação em torno das políticas de saúde frente à crise previdenciária que se arrastava por décadas, à ditadura militar e às políticas de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b). Deste movimento, emergiu a VIII CNS com ampla participação de usuários, trabalhadores, prestadores de serviço, intelectuais, participação popular e governo com a formulação de propostas de cuidado a saúde em um debate democrático (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

No mesmo ano, em Ottawa, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986) e, posteriormente, do Plano Internacional de Madri (2002), fruto da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, discutiram os desafios proporcionados pelo rápido envelhecimento populacional. Em âmbito geral, os países começaram a adotar novas políticas, estratégias, planos e leis sobre o envelhecimento, tendo em vista a promoção da saúde.

A promoção da saúde visa o empoderamento do indivíduo e das comunidades no cuidado à saúde, tendo-a como *'um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida'*, com vistas ao bem estar física, mental e social, satisfação de suas necessidades e a modificação ou adaptação do meio em que se vivem (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1). É a resposta global ao aumento da longevidade em uma população. O investimento na saúde em todas as idades visa à redução de doenças decorrentes de fatores de risco tratáveis e preveníveis, manter a produtividade das pessoas idosas e a dilatação da independência funcional (WHO, 2012).

Ainda ao nível mundial, o Princípio das Nações Unidas em favor das pessoas idosas adotado pela ONU, em 1991, enumerou 18 direitos das pessoas idosas: à independência quanto ao acesso à alimentação; fontes de rendimento; conviver em ambiente seguro e adaptável; informação e formação; participação ativa na sociedade; convívio intergeracional; assistência e proteção da família e comunidade; acesso aos cuidados e manutenção de sua saúde; autonomia; gozo de direitos humanos instituídos; respeito; realização pessoal quanto ao seu potencial uso e entendimento dos recursos educativos; culturais; espirituais e recreativos disponíveis na sociedade; dignidade de não serem explorados ou maltratados mental e fisicamente, independente do gênero, etnia e condição física (ONU, 1991).

No Brasil, em Assembleia Constituinte Nacional, foi promulgada a CF/1988, que incorpora os ideais dos movimentos sociais pela redemocratização do País e melhores condições de saúde para a população (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). O direito à cidadania como política pública está certificado pela seguridade social ao envolver a previdência social (seguro social), assistência social (um direito) e saúde, prevista nos diversos ciclos de vida, como a garantia de um salário mínimo aos portadores de necessidades especiais e ao idoso, além da gratuidade do uso de transportes coletivos urbanos às pessoas acima de 65 anos (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Cabe ressaltar que a assistência social independe da contribuição à seguridade social e deve ser prestada a quem dela necessitar, no valor de um salário mínimo de benefício mensal ao idoso e à pessoa com necessidades especiais, desde que seja comprovada a não condição de subsistência de si próprio ou por sua família (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Em relação à saúde, nesta Carta Magna, há uma seção específica para o tema, incluindo serviços e sistema de saúde. Fato inovador nos atos jurídicos e constitucionais e contrário às imposições de alguns países e do Banco Mundial. Um Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído em ações e serviços públicos de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, sustentada pelos princípios organizativos (Hierarquização, Descentralização, Participação Popular) e doutrinários (Universalidade, Equidade, Integralidade), posteriormente regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS): 8.080/90 e 8.142/90 (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; 1990a, 1990b).

Em 1993, a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), política pública não contributiva, regulamenta o exposto na CF/1988 e estabelece normas e critérios para a organização da assistência social integrada às políticas setoriais, à garantia dos mínimos sociais, visando ao enfrentamento da pobreza, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1993).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) visa à redução da fragilidade social, uma vez que se trata de um 'direito exigível e reclamável' (GOMES, 2009, p.14), sendo também regulamentado por esta LOAS, com valor de um salário mínimo (SM) para idosos com idade maior ou igual a 65 anos, que comprovem renda familiar inferior a 25% do SM (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1993).

Com o objetivo de assegurar os direitos sociais da população idosa, a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso (PNI/CNI). Esta política define o cidadão idoso como as pessoas maiores de 60 anos e assegura-lhes o direito à cidadania, à participação na comunidade, o bem-estar, o direito à vida, livre de discriminação, e a prioridade no atendimento em órgãos públicos e privados (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1994).

Entre outras diretrizes, orienta que o processo de envelhecimento se refere à sociedade em geral e apoia a criação de universidade aberta à terceira idade, com vistas à universalização do acesso às diferentes formas de saber, sobretudo na

realização de estudos de caráter epidemiológico de patologias específicas do idoso, no vislumbre à manutenção da autonomia e independência, promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação por meio de medidas coletivas e individuais pautadas nos princípios e diretrizes do SUS (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1994). Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996 (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1996).

Para os idosos, a capacidade na tomada de decisão, expressa pela autonomia, é a demonstração da liberdade para agir com possibilidade de ampliação das atividades cotidianas. Neste contexto, a família é a expressão de apoio e valorização da afetividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; MERIGHI et al, 2013).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), reconhecida como a Portaria do Gabinete do Ministro (GM) nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999a), fundamenta a ação na atenção à saúde integral da população idosa e àquela em processo de envelhecimento, baseando-se, sobretudo, nos pressupostos das LOS 8.080/90 e 8.142/90 (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; 1990a, 1990b).

Nela, estão contidas diretrizes para a promoção do envelhecimento saudável, manutenção e reabilitação da capacidade funcional com vistas à atenção das necessidades de saúde do idoso, bem como a capacitação de pessoas especializadas para o exercício deste cuidado e, apoio a estudos e pesquisas envolvendo este estrato da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999a).

Aos idosos internados, a Portaria do Gabinete do Ministro (GM/MS) nº 280, de 07 de abril de 1999, torna obrigatória, durante a hospitalização, tanto no âmbito público quanto no privado, viabilizar a presença de acompanhantes, ao qual também prevê a cobrança de acordo com as tabelas SUS das despesas com acompanhantes, por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999b).

Em continuidade ao âmbito mundial, a ONU declarou o ano de 1999 como o Ano Internacional do Idoso, recomendando aos países membros que realizassem eventos referentes ao tema, com intuito de valorizarem as capacidades social, econômica, cultural, espiritual, da maturidade da humanidade, com vista à paz mundial e desenvolvimento do século que estava por vir (ONU, 1999).

A Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, dispõe sobre a prioridade de atendimento às pessoas com necessidades físicas especiais, pessoas com idade

igual ou superior a 65 anos, gestantes, lactantes e pessoas com crianças de colo (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2000).

No mesmo período, houve um marco internacional que influencia até a contemporaneidade. Trata-se do Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento (*Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*), decorrente da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri, promovida pela ONU. O plano norteia ações para responder aos desafios postos pelo envelhecimento da população no século XXI e para promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades. O Envelhecimento Ativo é o foco e somente é possível por meio da otimização das oportunidades em relação à saúde, participação da sociedade, seguridade social em melhorar a qualidade de vida das pessoas na medida em que envelhecem. Na base deste Plano de Ação estão orientações aos países para que desenvolvam políticas de atenção à saúde e sistema social integrado que satisfaçam as necessidades das pessoas em todas as fases do ciclo de vida (ONU, 2002).

No marco desse Plano de Ação foram adotadas três direções prioritárias em todos os níveis de gestão: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e, ainda, criação de um ambiente propício e favorável (ONU, 2002).

Ao mesmo tempo, a Declaração de Toronto, ocorrida em 17 de novembro de 2002, em Ontário, foi direcionada à Prevenção Global de Maus Tratos às Pessoas Idosas (*Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*). Trata-se de um 'chamado' para atenção ao tema, de forma a sensibilizar mundialmente, em consonância com o Plano de Ação das Nações Unidas adotado pelos países participantes em Madri, no ano de 2002. As maiores justificativas para o feito foi a escassez de marcos legais referente aos maus tratos aos idosos e à prevenção do ato em si, a convocação da intersectorialidade em apoiar a ideia, a disseminação da informação e educação formal aos profissionais, tendo em vista que o problema é universal (DECLARAÇÃO DE TORONTO, 2002).

Ainda em 2002, no Brasil, com a finalidade de instituir mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, foi criada a Portaria GM/MS nº 702, datada de 12 de abril de 2002. Neste documento, estão orientações acerca das responsabilidades e condições de gestão previamente definidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2002), tendo em vista a organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que



integrarão estas redes, como um guia operacional para estes centros de atenção aos idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Em relação às doenças demenciais, a Portaria GM/MS nº 703, de 12 de abril de 2002, institui no âmbito do SUS o programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer, que deve ser articulado com os três níveis de gestão, em cooperação com Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e seus Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b). Esta portaria estabelece intrínseca relação com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas por Demência - Doença de Alzheimer, instituído pela Portaria SAS/MS, nº 843, de 06 de novembro de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002c).

Em 2003, o Estatuto do Idoso instituído pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, regula os direitos assegurados às pessoas idosas e a proteção integral, convocando a família e o Estado na proteção física, mental, aperfeiçoamento moral, intelectual, social, com condições de liberdade e dignidade na convivência familiar e comunitária (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2003). Trata-se de um avanço no campo da atenção ao idoso, pois amplia as respostas da sociedade e Estado às suas reais necessidades (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Ao nível Global, a Organização Mundial de Saúde propôs, em 2004, um projeto denominado “*Towards Age-friendly Primary Health Care*”, uma das primeiras ações voltadas para o envelhecimento populacional, tendo como base os cuidados primários de saúde. Este foi o tema da Organização das Nações Unidas e Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, tendo como símbolo uma enfermeira, considerada como a profissional com melhores atitudes, capaz de educar e formar prestadores de cuidados em saúde, de modo que eles possam avaliar e tratar doenças que afligem os idosos e permitir-lhes permanecer saudáveis. Esse projeto previa três áreas de atuação:

- a) Informação, educação, comunicação e treinamento: com objetivo de treinar os profissionais, melhorar a formação e as atitudes frente às aflições das pessoas idosas, proporcionando-lhes formação sobre educação e treinamento sobre os cuidados primários de saúde para atender às necessidades específicas de saúde de idosos e seus cuidadores informais, envolvimento da comunidade e facilidades de acesso aos serviços de saúde, com benefício ampliado a outras faixas etárias (WHO, 2004).

- b) Sistema de gestão da assistência de saúde: atendimento das pessoas idosas por meio dos serviços de atenção básica, de acordo com as reais necessidades apresentadas pelo idoso (WHO, 2004).
- c) Adequação do ambiente físico: de forma a torná-lo mais acessível às pessoas com necessidades especiais, devido alguma limitação funcional (WHO, 2004).

Com o propósito de constituir uma política transversal e verticalizadora, com interlocução de saberes entre os profissionais, a Política Nacional de Humanização (PNH - HumanizaSUS), em consonância com o SUS, convoca os atores envolvidos no atendimento ao usuário e seus familiares, a corresponsabilidade na produção da saúde, sugerindo mudança na cultura de atenção e gestão. Pensar e agir em saúde em seu mais alto valor, ultrapassando barreiras, estímulo ao controle social, melhores condições de trabalho aos profissionais, refletidos nos que procuram pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 2005, o MS traduz e disponibiliza em meio digital a Política do Envelhecimento Ativo, proposta pela OMS em 2002. Esta ação é pautada no desencontro de informações sobre a saúde do idoso, suas peculiaridades e desafios frente ao envelhecimento populacional para a saúde pública. Os três pilares básicos da estrutura política para o envelhecimento ativo são a participação, saúde e segurança, nos três níveis de gestão. A participação é o envolvimento integral das pessoas que envelhecem nas atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, garantidas pelos direitos humanos. A saúde contempla mudança em relação aos fatores de risco comportamentais e ambientais. A segurança envolve os direitos dos idosos à segurança social, física e financeira, de forma que possam se sustentar e sobreviver (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; WHO, 2005).

Além disso, é necessário conhecer os fatores determinantes do Envelhecimento Ativo. Envoltos pelos macrodeterminantes cultura e gênero, todos os demais fatores se relacionam entre si na determinação da saúde e do bem estar das pessoas. São eles: determinantes econômicos, serviços sociais e de saúde, comportamentais, pessoais, ambientes físicos e determinantes sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; WHO, 2005).

Em 2006, a Portaria nº 399 - GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, instituiu o Pacto pela Saúde, vislumbrando a consolidação do SUS em três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A saúde do idoso é uma das seis

prioridades pactuadas com solicitação do compromisso assumido entre as três esferas de Governo. A preocupação pela saúde do idoso brasileiro é explicitada pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

No mesmo ano, com a finalidade de exaltar o cidadão envelhecido, em dezembro de 2006, institui-se a Lei nº 11.433, em que estabeleceu o dia 1º de outubro como Dia Nacional do Idoso. Data que os órgãos públicos se responsabilizam pela coordenação e implementação da PNI, sendo encarregados por promover e realizar a divulgação de eventos que valorizem a pessoa idosa na sociedade ao qual faz parte (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2006b).

Com vistas a uma política contemporânea, considerando a conclusão do processo de revisão e atualização da Portaria nº 1.395/1999, de 10 de dezembro de 1999, referente à saúde do idoso, ao Pacto pela Saúde e a proposta política aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi aprovada e emitida a Portaria nº 2.528, 19 de outubro de 2006, que se refere à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A PNSPI tem como proposta basilar a promoção do envelhecimento saudável com ênfase na manutenção e melhora da capacidade funcional do idoso, com articulação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na atenção integral à saúde do idoso, sobretudo dos idosos frágeis e/ou vulneráveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c).

As diretrizes para o alcance desta política estão relacionadas a: promoção do envelhecimento saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; capacitação e gestão de profissionais de saúde do SUS, por meio da educação permanente dos profissionais na área de saúde da pessoa idosa; divulgação da PNSPI à comunidade e gestores; cooperação das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa ao nível nacional e internacional; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas com idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c).

Outra importante política que tem repercussão sobre as ações necessárias à promoção da saúde do idoso é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Essa política estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica

para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Também afirma a AB com enfoque na Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d).

Também é uma conquista a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), regulamentada pela Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, em continuidade às ações de atenção à saúde no Brasil, com vista ao fortalecimento e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde e melhor qualidade de vida do cidadão e sua coletividade, nos serviços e na gestão do SUS. Dentre os objetivos, destacam-se a promoção da qualidade de vida, a minimização dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes expressos pelo modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006e).

Em 2006, o MS publicou a primeira versão do Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, com referência ao Pacto pela Vida, em 2006, e às Políticas Nacionais de: Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no SUS. O caderno foi elaborado com vistas a oferecer subsídios técnicos aos profissionais que atuam na AB, em uma abordagem integral, em que constam escalas de avaliação da capacidade funcional, cognitiva, testes de estresse para cuidador, mudança de hábitos, promoção da saúde, suporte familiar e social, atenção domiciliar, além de instruções referentes às DCNT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Em 2007, a Portaria nº 3.213, de 20 de dezembro de 2007, institui o Comitê para assessorar políticas de prevenção e promoção dos cuidados da osteoporose e quedas na população idosa. Os principais objetivos estão pautados no levantamento situacional de saúde do idoso com diagnóstico de osteoporose, além da proposição mecanismos de divulgação de informações clínico-epidemiológicas, propostas de enfrentamento, apoio técnico ao programa de capacitação nos Estados e Municípios, por meio de um comitê assessor com representantes destes locais geográficos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b).

Como parte integrante da Atenção ao Idoso, o MS institui a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a ser preenchida no momento da visita domiciliária ou na unidade de saúde, de forma a realizar um levantamento das condições de sua saúde

e de identificar sinais precoces de alterações de saúde que possam comprometer a qualidade de vida individual. Na caderneta são registradas informações acerca da identificação, condição de saúde autorreferidas, doenças, uso e consumo de medicamentos, internações, quedas, alergias, vacinas, com espaço para agendamento de consultas, valores pressóricos, de peso e glicêmicos, além de orientações gerais sobre o autocuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

No mesmo ano, foi lançado o Guia Prático do Cuidador que congregou informações da Política de Assistência Social fornecidas pela Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Este Guia contém orientações básicas para os cuidadores informais frente à atenção a saúde da pessoa que necessita de cuidados, seja com limitações físicas ou cognitivas. Ao mesmo tempo, subsidia o cuidador no reconhecimento de estresse pessoal e da pessoa cuidada, com vista a melhor qualidade de vida de ambos no espaço familiar. Não obstante, não se dispensa orientações de profissionais de saúde no planejamento da assistência a ser prestada à pessoa que receberá o cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Outra política que atende também ao idoso é a Portaria nº 33, de 23 de janeiro de 2008, em que são definidos os objetivos específicos para o projeto Olhar Brasil. Este projeto atende desde alunos matriculados na rede pública de ensino fundamental, até população de pessoas idosas, com correção de erros de refração por meio da assistência oftalmológica, referência e contrarreferência, encaminhamento para serviços especializados dentro de convênios preestabelecidos. Todas as esferas envolvidas possuem atribuições e responsabilidades, cada qual dentro do seu nível de atuação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c).

A Portaria GM nº 2.669, de 3 de novembro de 2009, estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011. A saúde do idoso é elencada como primeira prioridade além da formação e educação permanente na área de saúde da pessoa idosa aos profissionais de saúde do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que impactam nas condições de saúde da população deverá ocorrer por meio de

definições das metas Brasil, estabelecidas nesta Portaria, nas três esferas de Governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As políticas acima descritas representam grandes avanços por meio de ações programáticas legais que visam à proteção integral de toda população, especialmente a idosa, abordadas em dimensões variadas, de cunhos social, político, ambiental e econômico, advindos também das melhorias nas condições de saúde, implementação de um sistema de saúde estruturado, abrangente e com participação social (MOURA; DOMINGOS; RASSY, 2010; VICTORA et al., 2011).

A mobilização profissional e da sociedade civil em busca de transformações sociais por meio da validação e cumprimento destes dispositivos legais se faz necessária para que todos os atores envolvidos nesse processo, idoso, família, sociedade e Estado, consigam concretizar o que está posto nos atos normativos (MOURA; DOMINGOS; RASSY, 2010).

Diante do resgate histórico de políticas públicas de saúde ao idoso, pontuando os ganhos nesta área e reconhecendo desafios, discute-se a relação com a formação dos profissionais de saúde que atendem este estrato populacional (LUCCHESE; VERA; PEREIRA, 2010). De forma ativa e construtiva, deve ser contínua a formação e educação permanente de profissionais aptos a atenderem o idoso e sua família (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Neste contexto, é necessário corresponsabilidade da intersetorialidade instituída pelas escolas formadoras, serviços e comunidade, considerando as reais necessidades locais, com incentivo à autonomia e à autogestão do próprio aprender na realidade do indivíduo e sua família (LUCCHESE; VERA; PEREIRA, 2010).

## 4. MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 Tipo de Estudo

Estudo epidemiológico, de base populacional e delineamento transversal, realizado com idosos residentes na área urbana do Município de Goiânia - GO. Este trabalho de doutoramento integra a Pesquisa Matriz vinculada à Rede de Vigilância à Saúde do Idoso intitulada: “Situação de saúde da população idosa do Município de Goiânia/GO”, a qual recebeu financiamento da Fundação Apoio à Pesquisa no Estado de Goiás (FAPEG/GO) - Edital 001/2007 e incentivo financeiro sob a forma de bolsa de estudos para o doutoramento, da Universidade Federal de Goiás (UFG), nos anos de 2011 e 2012.

Este projeto está vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES), da Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

### 4.2 Local

O campo de estudo foi o Município de Goiânia-GO, localizado na região do Planalto Central Brasileiro, área total de 732,8km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 1.776,75 (hab/km<sup>2</sup>), e taxa geométrica média de crescimento anual da população residente de 1,77% (IBGE, 2010).

De acordo com o IBGE (2010), mais de quatro milhões de pessoas vivem na região metropolitana de Goiânia, o que a faz ser a sétima mais populosa do país. O último Censo revelou que em 2010, a capital do Estado de Goiás possuía 1.302.001 habitantes, destes, 9,6% pessoas com idade maior ou igual a 60 anos (IBGE, 2010).

### 4.3 População

A população alvo do estudo foi constituída por pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes em seus domicílios no Município de Goiânia, Goiás, Brasil.

Consideraram-se os critérios de inclusão: (1) indivíduo que possuía idade igual ou superior a 60 anos; (2) residência na área urbana de Goiânia; (3) morador do domicílio visitado; (4) que não necessitasse de ajuda para responder ao questionário semiestruturado; (5) que respondesse todas as questões acerca do

APGAR de Família.

#### 4.4 Amostra e amostragem

Para o projeto da Rede de Vigilância à Saúde do Idoso (REVISI) o tamanho da amostra probabilística foi calculado considerando a população de idosos de Goiânia (IBGE, 2007) (7% da população -1.249.645 ano base 2007), a partir do nível de confiança de 95%, nível de significância de 5%, frequência esperada de 30% para os agravos estudados no projeto matriz, precisão absoluta de 5%, efeito de desenho da amostra por conglomerados (DEFF) de 1.8 e acréscimo de 11% para possíveis perdas.

O cálculo da amostra foi realizado no sítio OpenEpi® versão 2.3.1 (2010), resultando em uma amostra representativa de 934 idosos.

Dos 934 idosos entrevistados, foram excluídos 110 indivíduos por não terem respondido as cinco questões acerca do APGAR de Família bem como questionários respondidos por cuidadores e familiares (11,78%). Foi averiguado se a amostra do projeto era suficiente para o desfecho deste estudo, ou seja, a disfuncionalidade familiar.

Assim, o cálculo desta pesquisa foi realizado no mesmo software para estudo transversal com amostragem por conglomerados considerando a média da frequência de disfuncionalidade familiar de 30% (SANTOS; PAVARINI, 2011; LINHARES et al, 2011; CRUZ et al., 2012) e precisão absoluta de 3%, DEFF de 1.8. Foi estimada uma amostra de 690 idosos para um poder de 80%, certificando desta forma que, a amostra do projeto era representativa para o desfecho deste estudo que incluiu 824 idosos.

O procedimento de amostragem da pesquisa matriz deu-se por conglomerado. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) define-o como um grupamento natural de elementos da população, aos quais são heterogêneos internamente em relação à característica estudada, porém de comportamento similar entre os conglomerados (TORRES, 2006).

O sistema de amostragem em múltiplos estágios que ocorreu a partir da identificação dos Setores Censitários (SC) estritamente urbanos. Os SC costumam se constituir em conjuntos de cerca de 200 domicílios em áreas urbanas e, em menor número nas áreas rurais (KLEIN; BLOCH, 2009). Consideraram-se como domicílios as unidades amostrais e os indivíduos com idade igual ou maior que 60



anos as unidades elementares de observação/objeto de estudo.

Para a delimitação dos SC foram utilizados mapas de campos e memorial descritivo do Município de Goiânia (IBGE, 1996). O Mapa Urbano Básico Digital de Goiânia (MUBDG) foi fornecido pela Instituição municipal responsável pela construção da malha digital da cidade, a COMDATA.

A zona urbana de Goiânia/GO possui 912 SC estritamente urbanos com média de 980 habitantes cada. Considerando-se 7% da população de idosos em Goiânia, estimou-se 16,3 idosos por setor. Para alcançar o tamanho da amostra considerou-se uma média de 17 idosos entrevistados por SC. Assim, a amostra dividida pela média de idosos estimada em todos os SC resultou em necessidade de sorteio de 55 deles, como exposto:  $934/17=54,9$ . Prevendo a ocorrência de baixa participação em algum setor ou necessidade de reposição, acrescentou-se um setor ao número estimado de 55, contudo, foram sorteados 56 SC.

Para todos os SC da amostra foi feito um segundo sorteio para a definição do primeiro quarteirão, sorteio da quadra e esquina de início das entrevistas, visita à primeira casa a partir da esquina sorteada e domicílio do idoso com aplicação do termo de consentimento e início da entrevista para a coleta de dados.

Uma vez definido o quarteirão visitou-se 17 residências/casas. Quando o número de domicílios residenciais do SC não era suficiente para completar a amostra, outro SC já estava sorteado, e o entrevistador prosseguia até completar o total calculado. Foi excluído todo imóvel não residencial.

#### 4.5 Seleção dos pesquisadores de campo e estudo piloto

A seleção das pesquisadoras de campo foi conduzida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Os critérios para seleção foram: 1) ser do sexo feminino, 2) ter idade acima de 21 anos, 3) possuir 2º grau completo; 4) ter disponibilidade 6 horas diárias. Todas receberam treinamento de idealizadores do estudo seccional para a coleta de dados, por meio da aplicação do instrumento de tomada de informação e escalas de interesse, antes do teste piloto.

O estudo piloto foi realizado nos meses de outubro e novembro de 2009, com população de 50 idosos de um SC não sorteado para a coleta dos dados. O objetivo do estudo piloto foi realizar um ensaio reproduzindo todas as estratégias e métodos utilizados para a coleta de dados, identificar aspectos logísticos,

operacionais, com vistas ao treinamento das entrevistadoras, além de testar os instrumentos de coleta de dados.

O questionário (Apêndice 2) foi elaborado por pesquisadores da Rede de Vigilância a Saúde do Idoso (REVISI). Após o estudo piloto o questionário foi revisado e foram efetuadas alterações de questões que se mostraram ineficientes para atender os objetivos propostos.

Trata-se de um questionário estruturado, composto por informações acerca da identificação do sujeito visando sua caracterização sociodemográfica e perfil social. Além dos dados de identificação, o questionário foi composto por 12 seções, a saber: dados sobre o cuidador; saúde geral do idoso autorreferida e antecedentes familiares; verificação da pressão arterial e registro do peso e altura referidos; hábitos de vida; avaliação da dor; sintomas respiratórios; avaliação funcional; qualidade de vida; fragilidade; quedas e acesso a serviços de saúde.

#### 4.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados entre os meses de dezembro de 2009 e abril de 2010 nos domicílios sorteados com idosos que consentiram em participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE de forma manual, digital ou seu representante legal, após leitura e esclarecimento de dúvidas (Apêndice 1).

A coleta de dados consistiu na aplicação de questionário semiestruturado e aplicação de escalas de avaliação da capacidade funcional e cognitiva (Apêndice 2). Os questionários preenchidos eram entregues em uma secretaria central para a monitorização e controle de qualidade dos dados. Quando alguma incongruência era identificada, a pesquisadora de campo era informada que deveria retornar no domicílio do sujeito da pesquisa, para efeito de correção dos registros antes de seu envio para o banco de dados eletrônico.

Os dados foram digitados no programa *Excel® for Windows 2003-2007*. Havendo necessidade de confirmação de algum dado, foram também realizadas ligações telefônicas, quando o idoso dispunha desse meio de comunicação.

#### 4.7 Variáveis deste estudo

Para avaliação do Relacionamento Familiar foi aplicado o índice APGAR de Família (item 75, 76, 77, 78 e 79), variáveis socioeconômicas e demográficas (itens 7, 8.1, 9, 10, 11, 17, 19, 20 e 27), condições de saúde autorreferidas (28, 29, 30, 35,

36, 37, 38, 52, 73, 74, 85, 90, 98, 99 e 100), avaliação cognitiva (Mini Exame do Estado Mental), hábitos de vida (41, 46 e 49).

#### 4.7.1 Variável desfecho

A variável de desfecho deste estudo é o Relacionamento Familiar, procedente da percepção da pessoa índice, neste caso, o idoso que respondeu ao índice APGAR de Família de Smilkstein (1978).

Para avaliar a Funcionalidade Familiar, foi aplicado o índice APGAR de Família. O '*Family APGAR*' foi idealizado para ser utilizado pelo profissional médico no contexto da prática clínica, na tentativa de resolução da queixa do paciente e compreensão da estrutura familiar. As questões designadas permitem mensurar qualitativamente a satisfação do membro familiar com cada um dos cinco domínios da função familiar (SMILKSTEIN, 1978).

O instrumento é constituído por cinco domínios que mensuram a satisfação com os cuidados recebidos do membro familiar, sobre suas famílias, como um recurso ou como um fator estressor (DUARTE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Trata-se de um instrumento de fácil aplicação, rápido, simples e auxiliar na identificação precoce da disfuncionalidade familiar, com vista à adequacidade do plano de cuidados por meio de intervenções mais assertivas (DUARTE, 2001). Após a tradução e validação para o português brasileiro, o índice passou a ser identificado como 'APGAR de Família' o qual possibilita identificação da dinâmica familiar sob o ponto de vista da pessoa índice, ou seja, de cada membro específico da família (DUARTE, 2001).

O índice pode ser aplicado nos diversos ciclos de vida familiar (LEON-SÁNCHEZ et al., 2008; DENG et al., 2010; GONÇALVES et al., 2011a) em pessoas com doenças crônicas (ALBA et al., 2009; URZUA et al., 2011; LIM; MANCHING; PENSERGA, 2012), pessoas com capacidade funcional prejudicada (TORRES et al., 2009), cuidadores (OCAMPO et al, 2007; RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ et al., 2010), estudantes (MARTINI et al., 2007), entre outros, além de permitir sua utilização durante o cuidado por diversos profissionais, especialmente por enfermeiros na AB (SANTOS, PAVARINI, BARHAM, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Utilizado em estudos nacionais e internacionais, é também sugerido pelo Ministério da Saúde (MS) para mensurar a funcionalidade familiar do idoso na AB

(PAVARINI et al., 2006; OCAMPO et al., 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a; TORRES et al., 2009; SANTOS, PAVARINI, 2011).

Um dos estudos pioneiros no país com o uso desta ferramenta como variável preditora é a pesquisa intitulada Saúde, Bem estar e Envelhecimento (SABE). Por meio de um convênio interagencial ao nível mundial, a pesquisa envolve sete metrópoles da América Latina, dentre elas o Município de São Paulo, na região sudeste do país. O objetivo geral deste estudo foi reunir informações sistemáticas e especializadas sobre a vida de um segmento populacional, em relação às condições de vida, redes de apoio, acesso aos serviços públicos, além das condições econômicas, sociais e de saúde (LEBRÃO, 2003).

O acrônimo APGAR é derivado das palavras iniciais de: *Adaptation* (adaptação), *Partnership* (companheirismo), *Growth* (desenvolvimento), *Affection* (afetividade) e *Resolve* (capacidade resolutive), assim:

-Adaptação (*Adaptation*) é a capacidade de uso dos recursos intra e extrafamiliares, frente ao estresse familiar na resolução de problemas que afetam o equilíbrio no relacionamento familiar, em relação a recorrer à família em busca de ajuda quando alguma coisa incomoda e preocupa o membro familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

*“Estou satisfeito(a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a, p.175).

-Companheirismo (*Partnership*) representa a reciprocidade de satisfação do membro familiar em relação à comunicação e solução de problemas, ou seja, a capacidade da família em dividir responsabilidades, decisões, de forma a “manter seus membros protegidos e alimentados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a, p. 175). Envolve conversas familiares e compartilhamento de problemas.

*“Estou satisfeito(a) com a maneira com a qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a, p.175).

-Desenvolvimento (*Growth*) representa a liberdade, disponibilidade pela família com vistas à mudança de papéis, maturidade e desenvolvimento emocional, por meio de apoio, ajuda e mútuas orientações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

*“Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a, p.175).

-Afetividade (**A**ffection) representa a relação de cuidado (afeição) existente entre os membros familiares, isto é, a interação emocional no contexto familiar, de como família reage às emoções expressas como consternação, fúria e amor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

*“Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a, p.175).

-Capacidade resolutiva (**R**esolve) é a satisfação que o membro que avalia o cuidado recebido da família tem em relação ao tempo compartilhado juntos, isto é, o compromisso entre os membros dedicado uns aos outros, inclusive a divisão de bens materiais, propriedade e espaço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

*“Estou satisfeito(a) com a maneira com a qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a, p.175).

A maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis intervenções na mudança de papéis é evidenciada pelos altos índices obtidos no APGAR de Família. O baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

O total dos escores vão de zero a dez pontos: 0 a 4 = Elevada Disfunção Familiar (EDF); 5 a 6 = Moderada Disfunção Familiar (MDF) e 7 a 10 = Boa Funcionalidade Familiar (BFF) (SMILKSTEIN, 1978; DUARTE, 2001). Assim, escores  $\geq 7$  se referem à Boa Funcionalidade Familiar (BFF) e escores  $<7$  a Disfuncionalidade Familiar (RODRIGUEZ-SANCHEZ et al., 2011).

A consistência interna do APGAR de Família quanto aos domínios, demonstrou capacidade em representar o fenômeno garantindo confiabilidade em suas propriedades psicométricas, com resultado alfa de 0,875 (prova de Kruskal-Wallis) (DUARTE, 2001). O alfa de Cronbach no questionário aplicado na amostra dos 824 idosos foi 0,932, ou seja, satisfatório para comparação entre grupos (FIELD, 2009; LATTIN, 2011).

#### 4.7.2 Variáveis preditoras

As variáveis preditoras utilizadas foram subdivididas em três blocos, de acordo como exposto no quadro 1.

A capacidade funcional foi mensurada por meio das autoavaliação de Atividade Básica de Vida Diária (ABVD), Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD), e a capacidade cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

A avaliação da capacidade funcional foi mensurada por ferramentas utilizadas em estudos nacionais e internacionais e sugeridas pelo MS para avaliar a capacidade funcional do idoso na AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; NUNES et al., 2010; SANTOS; PAVARINI; 2011; DENG et al., 2010; BRITO; PAVARINI, 2012).

A escala de ABVD, também denominada de autocuidado, avalia a independência no desempenho de seis funções: banho; vestir-se; ir ao banheiro; transferência; continência; alimentação. Está identificada em letras, em uma variação de A a G e 'outra', no qual a letra A representa independência para todas as atividades, as demais indicam algum tipo de dependência, e G dependência em todas as atividades (KATZ et al., 1963). Nesta pesquisa, esta variável preditora foi escalonada em independência total, dependência parcial e totalmente dependente para as ABVD.

As atividades que possibilitam que o idoso possa se manter em uma vida independente são mensuradas pela escala de AIVD. Neste sentido, é possível determinar se a pessoa exibe independência total, dependência parcial e totalmente dependente para as AIVD. São elas: usar o telefone; locomover-se por meio de transporte; fazer compras; preparar suas próprias refeições; arrumar a casa; fazer trabalhos domésticos manuais; lavar e passar roupa; tomar remédios na dose e horários corretos; cuidar das finanças. Essas atividades compõem uma escala de 9 a 27 pontos, no qual a escala 9 se refere à dependência total e 27, a independência (LAWTON; BRODY, 1969).

A habilidade cognitiva foi avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Este instrumento avalia a orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, atenção, cálculo, linguagem, escrita e cópia de desenho. Rápido, fácil de ser aplicado, pode ser empregado em estudos populacionais nos diversos cenários de prática (BRUCKI et al., 2003). Para as notas de corte consideraram-se

os anos de escolaridade, a saber: Analfabetos = 20 pontos; 1-4 anos de estudo = 25 pontos; 5-8 anos de estudo = 26 pontos; 9-11 anos de estudo = 28 pontos; superior a 11 anos de estudo = 29 pontos. Este teste não substitui a avaliação neuropsicológica nos sujeitos com baixos escores, necessitando verticalizar a investigação de perdas funcionais (BRUCKI et al., 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

**Quadro 1** Distribuição das variáveis independentes do estudo, segundo o número de questão no protocolo de coleta de dados e categorização.

<b>Bloco</b>	<b>Variáveis preditoras</b>	<b>Número da questão (Apêndice 2)</b>	<b>Categorização</b>
<b>Socioeconômicas e Demográficas</b>	Sexo	7	masculino ou feminino
	Idade	8.1	60 a 69 anos, 70 a 79 anos ou 80 anos e mais
	Estado civil	9	casado, viúvo, solteiro e divorciado
	Escolaridade	11	analfabeto/sabe ler e escrever, primário completo/incompleto, ensino médio completo/incompleto ou superior completo/incompleto.
	Filhos	10	sim ou não
	Renda Familiar do idoso	17	em salário mínimo R\$: 510,00 sem renda, $\leq$ 1 salário mínimo, 1 a 3 salários ou maior que 3 salários
	Residir sozinho	19	sim ou não
	Tipo de Moradia	20	própria; alugada; outros
<b>Condições de saúde autorreferidas</b>	Cuidador	27	ter ou não cuidador
	Autopercepção de saúde	28 e 29	ótima/boa, regular ou ruim/péssima; comparação da saúde em relação a outra pessoa: melhor, igual, pior
	Hipertensão	30	sim ou não
	Diabetes	30	sim ou não
	Doença pulmonar obstrutiva crônica	30	sim ou não
	Acidente vascular encefálico	30	sim ou não
	Doença osteomuscular	30	sim ou não
	Osteoporose	30	sim ou não
	Câncer	30	sim ou não
	Infarto agudo do miocárdio	30	sim ou não
	Déficit visual	35 e 36	sem déficit ou com déficit
	Déficit auditivo	37 e 38	sem déficit ou com déficit
	Dor nos últimos 3 meses	52	sim ou não
	Quedas	85	sim ou não
	Procura por serviços de saúde	90	sim ou não
	Hospitalização no último ano	98, 99 e 100	sim ou não; atendimento: público, particular, plano de saúde; tempo da internação em dias
Função cognitiva Analisada em conformidade ao proposto por BRUCKI e	Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	Classificação: Analfabetos=20 pontos 1-4 anos de escolaridade=25 pontos 5-8 anos de escolaridade=26 pontos	

	colaboradores, 2003.		9-11 anos de escolaridade=28 pontos Superior a 11 anos=29 pontos
	Capacidade para ABVD	73	Classificação: Independência, Dependência parcial, Dependência total
	Capacidade para AIVD	74	Classificação: Independência Dependência parcial Dependência total
<b>Hábitos de vida</b>	Tabagismo	41	sim ou não
	Prática de atividade física	46	sim ou não
	Consumo de bebida alcoólica	49	sim ou não

#### 4.8 Análise dos Dados

Os dados foram digitados em dupla entrada no programa *Excel for Windows*® 2003-2007. Após a digitação, foi realizada a limpeza do Banco de Dados e checagem das inconsistências. A análise dos dados foi obtida por medidas de frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão no *Software IBM SPSS for Windows* versão 20.0.

Para análise de associação univariada entre a funcionalidade familiar e variáveis predictoras, utilizou-se o teste Qui Quadrado ( $\chi^2$ ) ou Fischer e nível de significância de 5%. A medida de efeito utilizada foi a Razão de Prevalência (RP).

A análise multivariada foi realizada por meio da regressão de *Poisson* com variância robusta, para identificar o possível efeito independente dos fatores associados à funcionalidade familiar. Para a construção do modelo foram utilizadas as variáveis independentes que obtiveram valor de  $p$  menor ou igual a 0,20 na análise univariada. Os testes da análise multivariada serão descritos de acordo com os objetivos propostos na elaboração dos artigos.

#### 4.9 Preceitos Éticos

A pesquisa “Situação de Saúde da População Idosa do Município de Goiânia/GO” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (COEP nº 050/2009) (Anexo 1), de acordo com os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, expressos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Para obtenção do consentimento do sujeito da pesquisa, os idosos foram abordados em seus domicílios e convidados a participarem da pesquisa. Receberam



orientações quanto aos objetivos, métodos, riscos e benefícios, além da garantia de anonimato e confidencialidade dos dados.

Todos os idosos que aceitaram participar da pesquisa assinaram ou identificaram com a marca digital o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Respeitaram-se os valores culturais, sociais, morais, religiosos, hábitos e costumes dos sujeitos entrevistados. Durante a coleta de dados, foi resguardada a privacidade do idoso para que o mesmo pudesse se expressar de forma livre. Para tanto, o questionário foi aplicado em local reservado, sem o cuidador ou familiar.

Caso desejassem retirar o consentimento durante a pesquisa, eram informados que tal decisão não acarretaria em nenhum prejuízo para si e para sua família. Além disso, foram informados de que os dados da pesquisa seriam armazenados por cinco anos na instituição do pesquisador responsável, sendo destruídos após este período. O TCLE foi assinado e constava de duas vias, uma do idoso e outra do pesquisador responsável e só após a assinatura era iniciada a coleta de dados.

Tomou-se o cuidado de evitar o cansaço e estresse que talvez pudesse ocorrer com o idoso durante a coleta de dados, lhe ofertando a possibilidade de responder às questões em dias alternados.

Foram ponderados os riscos e benefícios da pesquisa. Entre os riscos esperados, admitiu-se que o idoso poderia se sentir irritado, cansado, incomodado e impaciente com as perguntas realizadas. Para minimizá-los a entrevista foi realizada na residência do idoso, sendo que ele pôde optar pelo melhor local para seu conforto e comodidade e também os melhores dia e horário, caso fosse da vontade do sujeito a entrevista também poderia ser realizada em dias alternados, para evitar o desgaste e cansaço em responder as perguntas.

## **5. RESULTADOS**

Os resultados foram apresentados em formato de artigos, submetidos à periódicos científicos na área da saúde, a saber:

Artigo 1 – Fatores associados à funcionalidade familiar de idosos: estudo populacional.

Artigo 2 - Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados.

Artigo 3 – Funcionalidade familiar em muito idosos residentes em domicílio.

# **ARTIGO 1**

## **FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS: ESTUDO POPULACIONAL**

**IVANIA VERA  
E COLABORADORES**

**RESUMO:** Esta pesquisa objetivou analisar a funcionalidade familiar na perspectiva de idosos e estimar os fatores associados. Estudo epidemiológico, de base populacional com delineamento transversal conduzido com 824 idosos extraídos da amostra probabilística de 934 idosos. Os dados foram coletados entre dezembro/2009 e abril/2010 nos domicílios dos idosos por meio de questionário e escalas de avaliação da capacidade funcional, cognitiva da avaliação da funcionalidade do relacionamento familiar. Verificou-se avaliação de boa funcionalidade por 81,9% de idosos e os fatores associados a boa funcionalidade foram: idade, referir escolaridade ensino médio, receber renda, saúde ruim/péssima, queixar dor, osteoporose e câncer. Observou-se que quanto maior a independência financeira e autonomia na capacidade funcional, menor é a atenção dispensada ao idoso, refletido pelo domínio de menor tempo compartilhado junto.

Palavras-chave: Enfermagem. Idoso. Relações familiares. Promoção da saúde.

### **INTRODUÇÃO**

O ambiente familiar pode determinar as características e o comportamento do idoso. A funcionalidade familiar (FF) tem relação intrínseca com o modo de viver a vida dos membros que a compõe, em condições de controle de doenças crônicas não transmissíveis (ALBA et al., 2009), bem como na melhor qualidade de vida (ANDRADE; MARTINS, 2011; LIM; MANCHING; PENSERGA, 2012).

Uma família é considerada funcional quanto há definição de tarefas ou funções claras e aceitas pelos membros familiares, no auxílio à resolução de problemas utilizando recursos próprios ou mobilizando recursos externos disponíveis (SANTI, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Há predomínio de uma atmosfera saudável e harmoniosa entre as pessoas, há possibilidade de crescimento de todos, incluindo o idoso, pois cada um possui lugares e posições definidos e, as diferenças são respeitadas e levadas em consideração (MENDES et al., 2005).

Por outro lado, essa funcionalidade pode ser perturbada quando houver demandas de cuidado e se já houver indícios de disfunção familiar, haja vista que, a necessidade de adaptabilidade às mudanças de papéis, estado de estresse, desrespeito, sobreposição na hierarquia, ruídos na comunicação e não (re)organização do sistema familiar na articulação de forças para resolução de problemas, comprometem o relacionamento e acenderão situação de disfuncionalidade familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; GONÇALVES et al., 2011).

A presença do idoso no domicílio altera e modifica os arranjos familiares o que atribui à família funções como proteção e cuidado de idosos, sobretudo, na longevidade e no convívio intergeracional (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; PEDRAZZI et al., 2010).

Estudos quanto às relações familiares e sua funcionalidade quando há a presença de idosos, ainda mais diante de lacunas de conhecimentos científicos acerca do tema (DENG et al, 2010; SANTOS, PAVARINI; BARHAM, 2011) e na precisão de desenvolvimento de estratégias de fortalecimento da atenção domiciliar a esta população (GONÇALVES et al., 2011; SANTOS; PAVARINI, 2011).

Diante do exposto e da necessidade de avaliar a Funcionalidade Familiar (FF) de idosos frente ao desafio do envelhecimento populacional e o convívio intergeracional, este estudo tem como objetivo analisar a funcionalidade familiar e os fatores associados em idosos em uma capital do Centro Oeste brasileiro.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Estudo transversal de base populacional que está aninhada em uma pesquisa matriz intitulada “Situação de saúde da população idosa do Município de Goiânia/GO”. A partir da população idosa residente em Goiânia, realizou-se um cálculo amostral para a pesquisa matriz considerando-se os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, nível de significância de 5%, frequência esperada de 30% para os agravos estudados no projeto matriz, precisão absoluta de 5%, efeito de desenho da amostra por conglomerados (DEFF) de 1.8 e acréscimo de 11% para possíveis perdas.

O cálculo da amostra foi realizado no sítio OpenEpi® versão 2.3.1 (2010), resultando em uma amostra representativa da população de idosos residentes na

zona urbana de Goiânia de 934 idosos.

Dos 934 idosos entrevistados, foram excluídos 110 indivíduos por não terem respondido as cinco questões acerca do APGAR de Família bem como questionários respondidos por cuidadores e familiares (11,78%). Foi averiguado se a amostra do projeto era suficiente para o desfecho deste estudo, ou seja, a disfuncionalidade familiar.

Assim, o cálculo desta pesquisa foi realizado no mesmo software para estudo transversal com amostragem por conglomerados considerando a média da frequência de disfuncionalidade familiar de 30% (SANTOS; PAVARINI, 2011; LINHARES et al., 2011; CRUZ et al., 2012) e precisão absoluta de 3%, DEFF de 1.8. Foi estimada uma amostra de 690 idosos para um poder de 80%, certificando desta forma que, a amostra do projeto era representativa para o desfecho deste estudo que incluiu 824 idosos.

Para amostra realizou-se amostragem probabilística, por conglomerados. Foram sorteados 56 setores censitários (SC) de um total de 912 estritamente urbanos de Goiânia, Goiás, Brasil. Para todos os SC da amostra foi feito um sorteio para a definição do primeiro quarteirão e nesse, uma esquina para início da coleta de dados. A partir da esquina inicial a primeira residência era visitada. Foi excluído todo imóvel não residencial. Foram entrevistados os idosos que preencheram os seguintes critérios (1) idade igual ou superior a 60 anos; (2) residência na área urbana de Goiânia; (3) morador no domicílio visitado.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2009 e abril de 2010. Para o procedimento os entrevistadores receberam treinamento de pesquisadores para a coleta de dados, por meio da aplicação do questionário e escalas de interesse. O teste piloto foi aplicado em SC não sorteado com intenção de aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados, bem como os aspectos logísticos e operacionais.

Em espaço reservado foi solicitada autorização do idoso por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, aplicação do questionário semiestruturado com informações acerca da caracterização socioeconômica e demográfica, cuidador, condições de saúde e dor autorreferidas, quedas, hospitalização no último ano e acesso a serviços de saúde.

Este estudo elegeu o índice '*Family APGAR*' como o instrumento para a identificação precoce da disfuncionalidade familiar, por meio de cinco domínios, a

partir da pessoa índice (SMILKSTEIN, 1978; DUARTE, 2001). Os domínios aferem a capacidade de adaptação intrafamiliar e uso dos recursos disponíveis; convivência/comunicação expresso na capacidade em dividir responsabilidade e decisões; crescimento/desenvolvimento para a mudança de papéis no alcance a maturidade emocional; afetividade recebida e disponibilizada aos membros familiares e capacidade resolutiva/tempo compartilhado juntos na unidade familiar (SMILKSTEIN, 1978; DUARTE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A variável desfecho deste estudo foi a Boa Funcionalidade Familiar (BFF), mensurada por meio do APGAR de Família que estima a percepção de FF na perspectiva da pessoa índice. O índice é constituído por meio dos domínios caracterizados pelas iniciais do acrônimo APGAR: **A**daptation (adaptação), **P**artnership (companherismo), **G**rowth (desenvolvimento), **A**ffection (afetividade) e **R**esolve (capacidade resolutiva) (SMILKSTEIN, 1978; DUARTE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Para cada conceito há uma questão que o respondente indica, numa escala de zero a dez, seu grau de satisfação.

Uma pontuação total de zero a quatro revela uma família com severa disfunção familiar, isto é, elevada disfunção familiar (EDF), pontuação de cinco a seis revela moderada disfuncionalidade familiar (MDF) e escores acima de sete, uma família altamente funcional, ou seja, BFF (SMILKSTEIN, 1978; DUARTE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Assim, a variável desfecho foi dicotomizada em (BFF), representada por escores  $\geq 7$  e Disfuncionalidade Familiar (DF) representados pelos escores  $<7$  (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A consistência interna do APGAR de Família quanto aos domínios, demonstrou capacidade em representar o fenômeno garantindo confiabilidade em suas propriedades psicométricas, com resultado alfa de 0,875 (prova de Kruskal-Wallis) (DUARTE, 2001). Para a amostra dos 824 idosos, o alfa de *Cronbach* foi 0,932 (FIELD, 2009; LATTIN, 2011).

As variáveis de exposição foram as demográficas, condições de saúde e capacidade funcional. Os instrumentos utilizados para avaliar a capacidade funcional foram as escalas de Atividade Básica de Vida Diária (ABVD) (KATZ et al., 1963) e Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD) (LAWTON; BRODY, 1969).

A análise dos dados foi realizada no *Software IBM SPSS for Windows* versão 20.0. As variáveis foram analisadas primeiramente de forma descritiva. As

variáveis categóricas foram expressas por frequência absoluta e relativa e as contínuas por média e desvio padrão. Para análise univariada entre a FF dos idosos e variáveis de exposição utilizou-se o teste Qui Quadrado ( $\chi^2$ ) ou Fischer, considerando um nível de significância de 5%. A magnitude da associação foi expressa pela Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). A regressão logística múltipla foi aplicada para identificar os fatores associados à BFF por meio da construção do modelo com as variáveis preditoras que obtiveram valor  $p$  menor ou igual a 0,20 na análise univariada.

Em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Brasil, o estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG) - protocolo nº 050/2009.

## RESULTADOS

Dos 934 idosos entrevistados, 824 (88,2%) responderam as cinco questões acerca do APGAR de Família. Em relação à dinâmica familiar, a percepção de BFF foi estimada em 81,9% (n=675). A DF foi estimada em 18,1% (n=149), distribuídos em 10,3% com MDF (n=85) e 7,8% (n=64) com EDF. A média do escore foi de 8,64 pontos (dp=2,410). A figura 1 mostra a FF segundo os domínios do APGAR de Família. A categoria de resposta 'sempre' foi predominante em todos os domínios do APGAR.

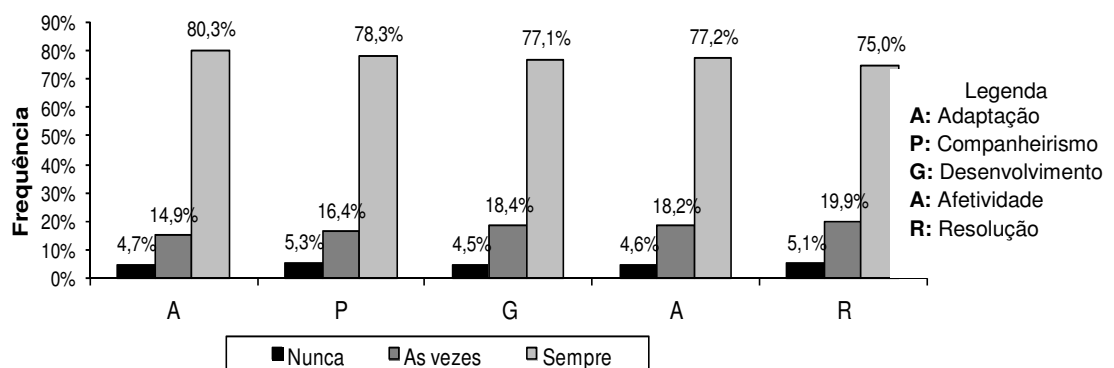


Figura1. Funcionalidade familiar segundo domínios do APGAR de Família na percepção de idosos do Município de Goiânia, Goiás, Brasil, 2010 (n=824).

Observa-se que 62,8% dos idosos entrevistados eram do sexo feminino, média de idade de 70,74 anos (dp= 7,79) (Tabela 1). Na análise univariada, foram

associadas à BFF em idosos as variáveis de exposição: faixa etária 60-69 anos (RP: 0,89; IC95%: 0,83-0,95), idade  $\geq 80$  anos (RP: 1,12; IC95%: 1,05-1,20), estado civil solteiro (RP: 0,88; IC95%:0,76-1,01), analfabeto (RP: 0,89; IC95%:0,80-1,00), nível de escolaridade ensino médio (RP:1,11; IC95%:1,04-1,19), receber renda (RP:1,35; IC95%: 1,22-1,49), renda de até 1 SM (RP: 0,91; IC95%: 0,84-0,99), residir sozinho (RP:0,90; IC95%: 0,80-1,01), residir com outras pessoas (inclui filhos, netos, sobrinhos, amigos) (RP: 1,87; IC95%:1,72-2,04), em casa própria (RP:1,11; IC95%: 1,01-1,22) e casa alugada (RP:0,88; IC95%:0,78-1,00).

Quanto às condições de saúde, associaram-se à BFF: saúde autorreferida ótima/boa (RP:1,12; IC95%:1,05-1,19), saúde ruim/péssima (RP:0,74; IC95%: 0,62-0,89), queixa de dor (RP:0,90; IC95%: 0,85-0,96), diabetes (RP:2,46; IC95%: 1,95-3,11) e câncer (RP: 1,15; IC: 1,06-1,24). (Tabela 2).

Com relação à capacidade funcional, a pontuação média da AIVD foi 24,4, mediana de 26,0 (dp=3,592) com independência para o autocuidado de acordo com a ABVD em 95,5% (n=787) (Tabela 3).

**Tabela 1** Prevalência e fatores associados à Funcionalidade Familiar segundo variáveis demográficas e socioeconômicas de idosos do Município de Goiânia, Goiás, Brasil. Dez 2009 - Abr 2010. (n=824).

		Família Funcional (BFF)	Família Disfuncional (FD)	RP (IC 95%)	p*
<b>Sexo</b>	<b>n (%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>		
Feminino	514 (62,8)	424(82,5)	90(17,5)	1,02 (0,95-1,09)	0,582
Masculino	310 (37,6)	251(81,0)	59(19,0)	1,00	
<b>Faixa etária</b>					
60 – 69 anos	420(51,0)	324(77,1)	96(22,9)	0,89 (0,83-0,95)	0,000*
70 – 79 anos	273(33,1)	233(85,3)	40(14,7)	1,06 (1,00-1,13)	0,071
80 ou mais anos	131(15,9)	118(90,1)	13(9,9)	1,12 (1,05-1,20)	0,008*
<b>Estado civil</b>					
Casado	421(51,2)	350(83,1)	71(16,9)	1,03 (0,97-1,10)	0,327
Viúvo	251(30,5)	207(82,5)	44(17,5)	1,01 (0,94-1,08)	0,760
Solteiro	73(8,9)	53(72,6)	20(27,4)	0,88 (0,76-1,01)	0,031*
Divorciado	76(9,2)	62(81,6)	14(18,4)	1,00	
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	112(13,6)	83(74,1)	29(25,9)	0,89 (0,80-1,00)	0,022*
Sabe ler/ escrever	39(4,7)	33(84,6)	6(15,4)	1,04 (0,90-1,19)	0,646
Primário	401(48,7)	325(81,0)	76(19,0)	0,98 (0,92-1,05)	0,559
Ensino médio	187(22,7)	166(88,8)	21(11,2)	1,11 (1,04-1,19)	0,005*
Superior	82(10,0)	65(79,3)	17(20,7)	1,00	
<b>Filhos</b>					
Sim	757(91,9)	624(82,4)	133(17,6)	1,09 (0,95-1,25)	0,176
Não	66(8,0)	50(75,8)	16(24,2)	1,00	
<b>Recebe renda</b>					
Sim	686(83,3)	575(83,8)	111(16,2)	1,35 (1,22-1,49)	0,000*
Não	136(16,5)	99(72,8)	37(27,2)	1,00	
<b>Renda familiar (*SM)</b>					
Até 1 SM	210(25,5)	161(76,7)	49(23,3)	0,91 (0,84-0,99)	0,016*
1-3 SM	275(33,4)	218(79,3)	57(20,7)	1,00	
> 3SM	279(33,9)	248(88,9)	31(11,1)	0,94 (0,85-1,04)	0,245
<b>Residentes no domicílio</b>					
Sozinho	107(13,0)	80(74,8)	27(25,2)	0,90 (0,80-1,01)	0,031*



Com cônjuge	163(19,8)	134(82,2)	29(17,8)	1,00 (0,92-1,08)	0,989
Com filhos	91(11,0)	76(83,5)	15(16,5)	1,00	
Cônjuge e filhos	191(23,2)	159(83,2)	32(16,8)	1,02 (0,95-1,09)	0,658
Outros	267(32,4)	224(83,9)	43(16,1)	1,87(1,72-2,04)	0,000*
<b>Tipo de Moradia</b>					
Própria	654(79,4)	549(83,9)	105(16,1)	1,11 (1,01-1,22)	0,011*
Alugada	103(12,5)	76(73,8)	27(26,2)	0,88 (0,78-1,00)	0,016*
Outra	60(8,1)	47(78,3)	13(21,7)	1,00	

RP: Razão de Prevalência/IC: Intervalo de Confiança de 95%/\* $p < 0,05$

**Tabela 2** Prevalência e fatores associados à Funcionalidade Familiar segundo variáveis preditoras de autopercepção de saúde, comorbidades, procura do serviço de saúde e hospitalização no último ano. Goiânia, Goiás, Brasil. Dez2009- Abr2010. (n=824).

Variáveis		Família Funcional (BFF)	Família Disfuncional (FD)	RP (IC 95%)	p*
<b>Autopercepção de Saúde</b>	<b>n(%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
Ótima/boa	361(43,8)	313(86,7)	48(13,3)	1,12 (1,05-1,19)	0,001*
Regular	357(43,3)	289(81,0)	68(19,0)	1,00	
Ruim/péssima	74(9,0)	46(62,16)	28(37,84)	0,74 (0,62-0,89)	0,000*
<b>Dor</b>					
Sim	482(58,5)	378(78,4)	104(21,6)	0,90 (0,85-0,96)	0,001*
Não	336(40,8)	292(86,9)	44(13,1)	1,00	
<b>Doença autorreferida</b>					
<b>Hipertensão</b>					
Sim	497(60,4)	403(81,1)	94(18,9)	0,98 (0,91-1,04)	0,468
Não	325(39,5)	270(83,1)	55(16,9)	1,00	
<b>Diabetes</b>					
Sim	151(18,3)	119(78,8)	32(21,2)	2,46 (1,95-3,11)	0,000*
Não	672(81,6)	55(82,6)	117(17,4)	1,00	
<b>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)</b>					
Sim	120(14,6)	96(80,0)	24(20,0)	0,97 (0,88-1,07)	0,547
Não	700(85,0)	576(82,3)	124(17,7)	1,00	
<b>Acidente Vascular Encefálico (AVE)</b>					
Sim	42(5,1)	34(81,0)	8(19,0)	0,99 (0,85-1,15)	0,879
Não	778(94,4)	637(81,9)	141(18,1)	1,00	
<b>Doença Osteomuscular</b>					
Sim	178(21,6)	148(83,1)	30(20,1)	1,02 (0,94-1,10)	0,627
Não	629(76,3)	513(81,6)	116(18,4)	1,00	
<b>Osteoporose</b>					
Sim	202(24,5)	173(85,6)	29(14,4)	1,06 (0,99-1,14)	0,109
Não	620(75,2)	500(80,6)	120(19,4)	1,00	
<b>Câncer</b>					
Sim	58(7,0)	54(93,1)	4(6,9)	1,15 (1,06-1,24)	0,032*
Não	762(92,5)	617(81,0)	145(19,0)	1,00	
<b>Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)</b>					
Sim	44(5,3)	36(81,8)	8(18,2)	1,00 (0,87-1,15)	0,998
Não	775(94,1)	634(81,8)	141(18,2)	1,00	
<b>Déficit Visual</b>					
Sim	718(87,2)	587(81,8)	131(18,2)	0,98 (0,89-1,07)	0,637
Não	104(12,6)	87(83,7)	17(16,3)	1,00	
<b>Déficit auditivo</b>					
Sim	208(25,3)	169(81,3)	39(18,7)	0,99 (0,92-1,07)	0,779
Não	615(74,6)	505(82,1)	110(17,9)	1,00	
<b>Quedas</b>					
Sim	268(32,5)	225(84,0)	43(16,0)	1,04 (0,97-1,11)	0,283
Não	549(66,6)	444(80,9)	105(19,1)	1,00	
<b>Procura do Serviço de Saúde</b>					
Sim	528(64,1)	435(82,4)	93(17,6)	1,01 (0,95-1,08)	0,710
Não	284(34,5)	231(81,3)	53(18,7)	1,00	
<b>Hospitalização últimos 12 meses</b>					
Sim	172(20,9)	139(80,8)	33(19,2)	0,98 (0,90-1,06)	0,620
Não	576(69,9)	475(82,5)	101(17,5)	1,00	

RP: Razão de Prevalência/IC: Intervalo de Confiança de 95%/\* $p < 0,05$

**Tabela 3** Prevalência e fatores associados à Funcionalidade Familiar segundo a capacidade funcional Goiânia, Goiás, Brasil. Dez2009- Abr2010. (n=824).

Variáveis	n(%)	Família Funcional (BFF) n(%)	Família Disfuncional (FD) n(%)	RP (IC95%)	p*
<b>Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)</b>					
Independência total	787(95,5)	645(82,0)	142(18,0)	1,01 (0,86-1,19)	0,892
Dependência parcial	33(4,0)	27(81,8)	6(18,2)	1,00 (0,85-1,18)	0,987
Dependência total	4(0,4)	3(75,0)	1(25,0)	1,00	
<b>Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)</b>					
Independência total	367(44,5)	301(82,0)	66(18,0)	1,00 (0,94-1,07)	0,947
Dependência parcial	456(55,3)	373(81,8)	83(18,2)	1,00 (0,93-1,06)	0,921
Totalmente dependente	1(0,1)	1(100,0)	-	1,00	
<b>Precisa de ajuda</b>					
Sim	309(37,5)	250(80,9)	59(19,1)	0,98 (0,91-1,04)	0,457
Não	499(60,6)	414(83,0)	85(17,0)	1,00	

RP: Razão de Prevalência/IC:Intervalo de Confiança 95%/\*p&lt;0,05

Após a análise multivariada de *Poisson* com variância robusta permaneceram associadas à BFF as variáveis preditoras: faixa etária 60-69 anos (RP=0,92;IC95%:0,88-0,97), faixa etária ≥80 anos (RP=1,07;IC95%:1,02-1,13), escolaridade referida ensino médio (RP=1,07;IC95%:1,02-1,13), receber renda (RP=1,08;IC95%:1,02-1,15), autorreferir saúde ruim/péssima (RP=0,86;IC95%:0,78-0,94), queixa de dor (RP=1,05;IC95%:1,01-1,10), osteoporose (RP=0,92;IC95%:0,87-0,96) e câncer (RP=0,89;IC95%:0,84-0,95). (Tabela 4).

**Tabela 4.** Variáveis preditoras que mantiveram associados à Funcionalidade Familiar em idosos na análise multivariada. Goiânia, Goiás, Brasil. Dez 2009 - Abr 2010. (n=824).

	RP (IC95%) Bruto	p*	RP (IC95%) Ajustado	p*
<b>Faixa etária</b>				
60 – 69 anos	0,89 (0,83-0,95)	0,000*	0,92 (0,88-0,97)	0,001*
70-79 anos	1,00		1,00	
80 ou mais anos	1,12 (1,05-1,20)	0,008*	1,07 (1,02-1,13)	0,007*
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	0,89 (0,80-1,00)	0,022*	0,94 (0,88-1,01)	0,109
Sabe ler/escrever	1,04 (0,90-1,19)	0,646	1,02 (0,92-1,15)	0,680
Primário	0,98 (0,92-1,05)	0,559	0,99 (0,92-1,03)	0,770
Ensino médio	1,11 (1,04-1,19)	0,005*	1,07 (1,02-1,13)	0,006*
Superior	1,00		1,00	
<b>Recebe renda</b>				
Sim	1,35 (1,22-1,49)	0,000*	1,08 (1,02-1,15)	0,009*
Não	1,00		1,00	
<b>Autopercepção de saúde</b>				
Ótima/boa	1,12 (1,05-1,19)	0,001*	1,04 (1,00-1,09)	0,051
Regular	1,00		1,00	
Ruim/péssima	0,74 (0,62-0,89)	0,000*	0,86 (0,78-0,94)	0,001*
<b>Dor</b>				
Sim	0,90 (0,85-0,96)	0,001*	1,05 (1,01-1,10)	0,012*
Não	1,00		1,00	
<b>Osteoporose</b>				
Sim	1,06 (0,99-1,14)	0,109	0,92 (0,87-0,96)	0,001*

Não	1,00		1,00	
<b>Câncer</b>				
Sim	1,15 (1,06-1,24)	0,032*	0,89 (0,84-0,95)	0,000*
Não	1,00		1,00	

## DISCUSSÕES

A avaliação das relações familiares sob a ótica dos idosos revelou BFF prevalente, confirmando o fenômeno em pesquisas anteriores que também aplicaram o APGAR de Família (NAVARRO et al., 2010; PAIVA et al., 2011; SANTOS; PAVARINI, 2011; GONÇALVES et al., 2011).

Os resultados favoráveis à BFF não exige ofertar atenção à família, provedora do cuidado, uma vez que na contemporaneidade novas experiências de convívio em face de maior expectativa de vida, maior chance de dependência funcional, exigirá maiores intervenções no cuidado domiciliar (GONÇALVES et al., 2011).

Em relação aos domínios do APGAR de Família, a capacidade da família se adaptar frente às situações de estresse (Adaptação), compartilhar decisões e responsabilidades (Companheirismo) foram superiores quando comparados aos demais domínios em que foi medida, isto é, a Afetividade, Desenvolvimento e o tempo compartilhado junto. No entanto, em estudo realizado na Espanha, o tempo compartilhado junto também foi uma das principais queixas dos idosos (GUERRERO; CATALAN, 2011).

Neste contexto, quando a família é capaz de se adaptar frente às situações de estresse, gerir conflitos, compartilhar decisões e responsabilidades, indica que seus membros estão aptos a prover atenção, com readaptação de papéis e funções frente às possíveis crises ou mudanças de *status*. Isto também é declarado em outros estudos em que a BFF influenciou na melhor Qualidade de Vida (QV) (ANDRADE, MARTINS, 2011; LIM; MANCHING; PENSERGA, 2012), no controle da dor (DENG et al., 2010) e, em uma velhice bem sucedida, com capacidade da família em atender às demandas da pessoa idosa, como um forte recurso psicossocial (PAIVA et al., 2011; SANTOS; PAVARINI, 2011).

Nesta pesquisa, gênero não apresentou associação estatística com o APGAR de Família. Apesar disso, é importante considerar esta questão na percepção da dinâmica nas relações familiares, uma vez que a mulher tem apresentado

percentagens superiores de DF em relação ao sexo oposto (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011; ANDRADE, MARTINS, 2011).

Idade e BFF foram associadas estatisticamente. Sabe-se, porém que ambas influenciam a QV de idosos, revelado pela maior longevidade e pior QV e vice versa (ANDRADE, MARTINS, 2011). A associação dos muito idosos com a BFF destaca-se quando comparada aos jovens idosos, pois apresentam maior estimativa de boas relações familiares. Fato que pode ser reflexo de famílias mais numerosas, pois esta faixa etária expressou maior taxa de natalidade na década de 1940, em que o número de filhos por mulher era de 6,2 filhos, conseqüentemente, maior suporte social ofertado por suas famílias numerosas (IBGE, 2010).

Por conseguinte, as práticas conceptivas, renda, nível educacional, separação da nupcialidade e sexualidade influenciaram na taxa de fecundidade, em que se observa uma menor densidade domiciliar resultante de taxas de 1,9 filhos por mulher, que por sua vez, está abaixo da reposição da população (IBGE, 2010). Tais fatores modificam a estrutura familiar, frente a uma maior demanda pela população idosa, que historicamente foi acolhida e cuidada pela família (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; MENDES et al., 2005; PEDRAZZI et al., 2010).

O processo de envelhecimento vem apresentando características específicas como receber rendimentos permanentes e ter moradia, todas advindas de conquistas sociais. Outros aspectos referem-se o nível de escolaridade que também cresce nesta população com maior frequência à escola (CAMARANO; KANSO; MELO, 2004). Estas transformações foram apontadas pelos fatores associados nesta pesquisa e, fortalecidos pelos resultados da avaliação de ABVD que indicam independência no autocuidado.

Em relação às condições de saúde, ao autorreferirem saúde ruim/péssima, revela que estas pessoas buscam e consomem mais saúde, quando comparados aos outros grupos etários. A cooperação individual e o comportamento saudável em todas as idades como atividade física, dieta saudável, evitar uso e consumo de álcool e outras drogas podem prevenir e retardar o desenvolvimento de DCNT (ONU, 2012). A família contribui no desenvolvimento e atendimento às demandas no processo saúde doença (PAIVA et al., 2011), controle das taxas glicêmicas do diabetes (ALBA et al., 2009), controle da dor com melhor QV (LIM; MANCHING; PENSERGA, 2012).

O envelhecimento populacional, resultante das ações de promoção e recuperação da saúde além do processo de urbanização ascendeu em uma maior incidência de doenças crônicas e degenerativas (DCD), em especial o câncer. Esta DCD pode interferir na harmonia da FF, sobretudo, se o acometido for o provedor e única fonte de renda, bem como na coerção de inversão dos papéis e funções dentro da família (INCA, 2012).

Por outro lado, se a pessoa tem câncer a família pode se unir e melhorar as relações familiares. Como efeito, suscitam em um maior investimento na identificação precoce dos fatores de risco desta morbidade, como sedentarismo e qualidade de vida ruim, sobretudo no gênero feminino (PINHEIRO et al., 2010). Igualmente, promover a participação de pessoas mais velhas em ambientes físicos e sociais promove a transição multigeracional e a saúde das pessoas (ONU, 2012).

O comportamento exigido para uma atividade mais ativa determina ambientes adequados, suporte social e infraestrutura, o que viabiliza o aumento da atividade física e lazer de idosos. Fatores e circunstâncias promotoras do envelhecimento saudável, prevenção de quedas e promoção da saúde (GIEHL et al., 2012).

Os resultados desta pesquisa estimaram uma prevalência elevada de BFF em famílias de idosos do sexo feminino, em situação social favorável em termos de fonte de renda, moradia própria e maior escolaridade, com filhos, residindo em ambiente familiar composto por outros parentes e amigos. Analisando o nível de estudo atingível historicamente pela geração, estes dados convergem com resultados de pesquisas que apontam para uma sobrevivência humana com melhores condições sociais e maior convívio intergeracional (CAMARANO, KANSO, MELLO, 2004; MENDES et al., 2005), melhores condições econômicas e com parcelas significativas de contribuição na renda familiar, quando comparado aos mais jovens (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Cabe destacar a participação do idoso na força de trabalho, em que 47% dos homens e quase 24% das mulheres fazem parte, isto é, estão economicamente ativos e contribuem para e na sociedade em que vivem (ONU, 2012). Isto corrobora com os dados desta pesquisa em revelar associação entre renda e BFF, no sentido de que a renda pode favorecer positivamente as relações familiares.

## CONCLUSÕES

Os resultados indicam que os idosos avaliaram positivamente a funcionalidade de suas famílias em relação aos domínios do APGAR de Família. Isso indica que a família tem utilizado recursos próprios ou mobilizado recursos externos disponíveis na promoção do bem estar dos seus membros ao acolher suas demandas no relacionamento.

Entre os fatores associados à BFF avaliados pelos idosos, destacou-se idade, ensino médio, receber renda, saúde ruim/péssima, queixar-se de dor, osteoporose e câncer.

A pesquisa também demonstrou que conquistas sociais, financeiras e autonomia na capacidade funcional, vem ocasionando uma menor atenção familiar dispensada ao idoso. Verificou-se também que a presença de sintomas crônicos, como dor, pode ocasionar a aproximação de familiares, pela necessidade de atenção e cuidados específicos, com vista a BFF observada e ao mesmo tempo, fortalecer o convívio familiar e garantir proteção integral deste idoso.

Investimentos que priorizem a realidade da transição epidemiológica e demográfica ao qual vivencia a humanidade são necessários na promoção da saúde, prevenção de doenças e controle das DCNT para que os idosos vivenciem uma a sobriedade conquistada com melhor QV no espaço familiar e na comunidade ao qual está inserida.

Não se encontrou estudos que retratassem a dinâmica de idosos não institucionalizados nesta localidade. Este é o primeiro estudo a analisar e verificar os fatores associados com dinâmica das relações familiares de idosos residentes em domicílio em uma capital do Centro-Oeste brasileiro.

Contudo, tratando-se de um estudo transversal e observacional tem-se o limite de inferência de causalidade. No entanto pelo cálculo de amostragem probabilística estes resultados são generalizáveis em outros indivíduos de mesmo estrato populacional, no desenvolvimento de políticas públicas, fortalecimento da família enquanto provedora e cuidadora da pessoa idosa. Ao mesmo tempo subsidiar nas atividades de gestão do SUS, ensino e pesquisa por sumarizar informações rápidas da realidade em que se encontram estas pessoas.

## REFERÊNCIAS

- Alba LH, Bastidas C, Vivasc JM, Gil F. Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Gac Méd Méx.* [Internet]. 2009 [cited 2012 out 20]; 145(6):469-474. Available from: [http://www.anmm.org.mx/2012/publicaciones/gaceta\\_medica\\_de\\_mexico/2009/vol\\_145\\_n6.pdf](http://www.anmm.org.mx/2012/publicaciones/gaceta_medica_de_mexico/2009/vol_145_n6.pdf)
- Andrade A, Martins R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium* [Internet]. 2011 [cited 2012 out 20]; 40: 185-199. Available from: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>
- Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA. (org). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2004. p.25-73.
- Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalence of falls and associated factors in elderly individuals. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2012 ago 20]; 46(1):138-146. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/en\\_3070.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/en_3070.pdf)
- Deng J, Hu J, Wu W, Dong B, Wu H. Subjective well-being, social support, and age-related functioning among the very old in China. *Int J Geriatr Psychiatry*. [Internet]. 2010 [cited 2012 out 20]; 25(7):697-703. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20033902>
- Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. [tese de doutorado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001. 196 p.
- Field, A. *Descobrimo a estatística usando SPSS*. Trad. Viali L. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Giehl MWC, Scheider IJC, Corseul HX, Benedetti TRB, d'Orsi E. Physical activity and environment perception among older adults: a population study in Florianópolis, Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2012 out 20]; 46(3):516-25. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/en\\_2699.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/en_2699.pdf)
- Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto do Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2011 [cited 2012 out 20]; 19(3) 9 telas. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf)
- Guerrero LL, Catalan AG. Biopsychosocial factors related to the length of hospital stay in older people. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2011 [cited 2012 dez 28]; 19(6):1377-1384. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/14.pdf>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População total - Goiás. *Contagem da População 2010. Censos, 2010* [cited 2012 out 20]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_goiias.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_goiias.pdf).
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa

2012: incidência de câncer no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2011. [cited 2012 oct 10]. Available from:

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-919.

Lattin JM. Análise de dados multivariados. Lattin JM, Carroll JD, Gree PE, editors. São Paulo:Cengage Learning, 2011.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontology*. 1969;9(3):179-86.

Linhares JC, Oliveira EM, Eloia SC, Freitas CASL, Shinkai H, Lira TQ. Condições sociais e de saúde de idosos acompanhados pela atenção primária de sobral /CE. *Rev Rene* [Internet].2011 [cited 2012 oct 20];12(n. esp.):922-9. Available from: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_html\\_site/a05v12espn4.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_html_site/a05v12espn4.html)

Lim AT, Manching I, Penserga EG. Correlation between Family APGAR scores and health-related quality of life of Filipino elderly patients with knee osteoarthritis. *Int J Rheum Dis*. [Internet]. 2012 [cited 2012 out 20]; 15(4):407-4013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22898221>

Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*. 2005 [cited 2012 out 20]; 18(4): 422-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Navarro SR, Duarte YAO, Lebrão ML, Nunes DP. Envelhecimento e funcionalidade familiar: panorama do Município de São Paulo-Estudo SABE. Programa de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo - PICUSP/2009-2010. 18º SIICUSP - Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP; 2010; São Paulo; SP. Brasil:2010. Available from :<http://www.ee.usp.br/pesquisa/site/inicia%C3%A7%C3%A3o%20cient%C3%ADfica%20rabalhos%20realizados/IC-PICUSP-2009-2010/Su%C3%A9llen%20%20Yeda%20Duarte.pdf>

ONU. Organização das Nações Unidas. Ageing in the Twenty-First Century a Celebration and a Challenge. 2012 [cited 2012 out 20]. Available from: <http://unfpa.org/ageingreport/>

Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira, RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2011 [cited 2012 out 20]; 16(1):22-8. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21107/13933>

Pedrazzi, EC, Talita TDM, Vendruscolo TRP, Fabrício-Webe SCC, Cruz IR, Cruz IR, Rodrigues RAP. Household arrangements of the elder elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2012 out 20];18(1):18-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/04.pdf>

Pinheiro MM, Ciconeli RM, Martini LA, Ferraz MB. Risk factors for recurrent falls among Brazilian woman and man: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZO). *Cad*



Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2012 ago 20]; 26(1):89-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20209213>

Santi, PMH. La familia funcional y disfuncional, um indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997; 13(6). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Santos AA, Pavarini SCI, Barham EJ. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2011 [cited 2012 out 20]; 20(1): 102-10. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072011000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072011000100012&script=sci_arttext)

Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 [cited 2012 out 20]; 13(2):361-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a24.htm>

Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Practice [Internet]. 1978 [cited 2011 out 20]; 6(6):1231-1239. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>.

World Health Organization (WHO) .Global brief for World Health Day 2012. Genebra: World Health Organization. 2012. [cited 2012 out 20]. Available from: <http://www.who.int/world-health-day/2012/en/>

Wu ZQ, Sun L, Sun YH, Zhang XJ, Tao FB, Cui GH. Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. Aging & Mental Health. [Internet]. 2010 [cited 2012 out 20]; 14(1):108–112. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20155527>

## ARTIGO 2

### FATORES ASSOCIADOS À DISFUNCIONALIDADE FAMILIAR EM IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS

IVANIA VERA  
E COLABORADORES

**RESUMO:** Esta investigação estima os fatores associados à disfuncionalidade familiar por idosos. Estudo transversal, descritivo, analítico desenvolvido com idosos na área urbana que relataram disfuncionalidade familiar. Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado que contemplou variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde autorreferida, funcionalidade global e a dinâmica familiar avaliada por meio do índice APGAR de Família. Para os 149 idosos, que apresentaram disfuncionalidade familiar, o aspecto mais frágil da dinâmica familiar foi o diálogo e o tempo que a família compartilha com o idoso. A análise por meio da regressão de *Poisson* determinou que a elevada disfuncionalidade familiar foi associada a queda e episódio pregresso de infarto agudo do miocárdio. A autonomia, a capacidade funcional preservada e a ausência de déficit cognitivo foram aspectos positivos neste estrato populacional. Os resultados fornecem indicadores relevantes da necessidade de melhorar a atenção comunitária à família de pessoas idosas, considerando a necessidade de promover ações de cuidados à saúde que promovam o envelhecimento ativo e saudável, minimizando as complicações associadas a este processo.

Palavras Chave: Enfermagem; Idoso; Família; Relações familiares; Estudos transversais.

### INTRODUÇÃO

Para o processo de envelhecimento ativo e saudável é reconhecido o papel fundamental da família no processo de cuidar do idoso. A família é reconhecida como um sistema vivo e o principal ambiente social do indivíduo no qual são compartilhadas as crenças, os valores, as atitudes e comportamentos construídos ao longo da história individual e coletiva deste grupo social (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007; PEDRAZZI et al., 2010; CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Neste ínterim, pesquisadores descrevem que quanto mais harmonioso e equilibrado for o sistema familiar, melhor será a adaptação do indivíduo frente às demandas relacionadas ao processo de envelhecimento (MENDES et al., 2005).

Em contrapartida, quando o sistema familiar apresenta dificuldades em aceitar e entender o processo de envelhecimento de um de seus membros, a convivência familiar se torna conflituosa e poderá trazer repercussões físicas, emocionais, sociais e econômicas para o enfrentamento desta etapa na vida da família (MENDES et al., 2005; SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011).

Alguns dos desafios enfrentados por famílias de pessoas idosas relacionam-se as altas taxas de incapacidades, limitações funcionais, deficiências sensoriais, demenciais e elevada frequência de condições crônicas associadas ao envelhecimento tais como, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças osteomusculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; WHO, 2012). Outros fatores também merecem atenção para a funcionalidade familiar, tais como as condições sociais, a constituição familiar e os aspectos intrínsecos à idade, sexo e capacidade cognitiva (WU et al., 2010; SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011).

Neste sentido, o tratamento e cuidado de idosos, a complexidade das condições de saúde e os custos poderão determinar a qualidade das relações familiares e interferir na funcionalidade familiar reconhecida como variável preditora para o envelhecimento ativo e saudável (WHO, 2012).

Por definição, uma família é considerada funcional quando há demarcação de tarefas ou funções claras e aceitas pelos membros familiares, no auxílio à resolução de problemas utilizando recursos próprios (SANTI, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Em situação oposta, a família disfuncional é aquela em que se presencia desrespeito, sobreposição na hierarquia, ruídos na comunicação e não (re)organização do sistema familiar, na articulação de forças para resolução de problema (SANTI, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Neste sentido a funcionalidade familiar tem sido objeto de estudo frente ao envelhecimento (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002; ARIZA et al., 2006; LEON SANCHEZ et al., 2008), associado ao papel do cuidador (OK-SOO; SUNG-HEE, 2009; CHIOU et al., 2009; RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ et al., 2011) e à vivência de condições crônicas (DOIS; CAZENAVE, 2009; SANTOS; PAVARINI, 2011).

Bem como, outros estudos científicos associaram a disfuncionalidade familiar à solidão em idosos (OK-SOO; SUNG-HEE, 2003; OCAMPO et al., 2006), a

falta de atenção e promoção de cuidado familiar a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (MARTINI et al., 2007), a solidão em portadores de HIV/AIDS (SUN et al., 2009) e ao baixo apoio social e à sobrecarga de cuidadores de idosos (CHIOU et al., 2009).

Diante do exposto, este estudo preocupou-se com a disfuncionalidade familiar pelo fato de que esta condição indica relações frágeis que merecem melhor investigação por parte dos profissionais de saúde. Somado a isso, observa-se por meio de busca bibliográfica uma deficiência no conhecimento acerca da compreensão da funcionalidade familiar de idosos, assim como na verificação dos fatores associados à disfuncionalidade familiar e que precisam de intervenção para promoção da saúde da família. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência e os fatores associados à disfuncionalidade familiar bem como a capacidade funcional da comunidade idosa da capital do Estado de Goiás, Brasil.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Estudo transversal que se constitui em um recorte da pesquisa matriz conduzida pela Rede de Vigilância a Saúde do Idoso (REVISI) intitulada “Situação de saúde da população idosa do município de Goiânia, Goiás”.

O processo de amostragem da pesquisa matriz deu-se por conglomerados, em múltiplos estágios. O tamanho da amostra probabilística foi calculado considerando a população de idosos de Goiânia (7% da população -1.249.645 ano base 2007), a partir do nível de confiança de 95%, nível de significância de 5%, frequência esperada de 30% para os agravos estudados no projeto matriz, precisão absoluta de 5%, efeito de desenho da amostra por conglomerados (DEFF) de 1.8 e acréscimo de 11% para possíveis perdas.

O cálculo da amostra foi realizado no sítio OpenEpi® versão 2.3.1 (2010), resultando em uma amostra representativa da população de idosos residentes na zona urbana de Goiânia de 934 idosos.

Este estudo analisou 149 idosos que na avaliação da dinâmica familiar por meio do Índice APGAR de Família indicaram escores finais compatíveis com disfuncionalidade familiar. Assim, considerou-se elegível: (1) indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos; (2) residir na área urbana de Goiânia; (3) ser morador do domicílio visitado. Os dados foram coletados entre os meses de dezembro de

2009 e abril de 2010, por pesquisadores de campo treinados para estudos seccionais nos domicílios sorteados.

Os idosos foram entrevistados em seus domicílios após consentimento, em espaço reservado. Aplicou-se um roteiro de entrevista estruturado, composto por informações acerca da identificação do sujeito, caracterização sociodemográfica, perfil social, dados sobre o cuidador, saúde geral do idoso autorreferida, avaliação da dor autorreferida, avaliação funcional por meio das escalas de Atividade Básica de Vida Diária (ABVD) e Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD), quedas, acesso a serviços de saúde, APGAR de Família e Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Na avaliação funcional foram utilizadas as escalas de avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (KATZ et al., 1963) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (LAWTON; BRODY, 1969). Estas escalas são orientadas pelo Ministério da Saúde (MS) na avaliação da capacidade funcional do idoso na atenção primária e utilizadas em diversos estudos nacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; SANTOS; PAVARINI, 2011; DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011).

Para avaliar as ABVD, Katz e colaboradores (1963) propuseram as seguintes atividades: transferência, ir ao banheiro, continência, vestir, tomar banho e alimentação. Para mensurar o grau de dependência os autores estabeleceram uma escala que varia de A (independência nas atividades) a G (dependência em todas as atividades). Neste estudo, esta variável foi escalonada em independência total, dependência parcial (quando o idoso referia alguma incapacidade funcional) e totalmente dependente para as ABVD.

As AIVD propostas por Lawton e Brody (1969) são: usar o telefone, meio de transporte, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais, lavar e passar roupa, tomar remédios, cuidar das finanças. Essas atividades compõem uma escala de 9 a 27 pontos, no qual 9 se referem à dependência total e 27, a independência. A partir destas atividades, considerou-se independência total, dependência parcial e totalmente dependente para as AIVD.

Para avaliar a satisfação subjetiva com o cuidado recebido dos participantes familiares utilizou-se o instrumento APGAR de Família. Traduzido e validado no Brasil o índice mensura a dinâmica de funcionamento familiar, como um recurso ou como um fator estressor (DUARTE, 2001). O acrônimo APGAR é derivado das

palavras iniciais de: **Adaptation** (adaptação), **Partnership** (companherismo), **Growth** (desenvolvimento), **Affection** (afetividade) e **Resolve** (capacidade resolutive). Aos domínios são atribuídos valores que, ao final, são somados resultando em um escore total, cuja representação numérica relaciona-se diretamente com a condição da dinâmica familiar (boa funcionalidade, moderada ou elevada disfuncionalidade) (SMILKSTEIN, 1978, DUARTE, 2001, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

As opções de resposta para todas as questões do índice são 0, 1 e 2 pontos. Zero para a opção “nunca”, um para “algumas vezes” e dois “para sempre”. O total dos escores vão de 0 a 10 pontos. A classificação da funcionalidade familiar corresponderá de: 0 a 4 = Elevada Disfunção Familiar (EDF); 5 a 6= Moderada Disfunção Familiar (MDF) e 7 a 10= Boa Funcionalidade Familiar (BFF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; SMILKSTEIN, 1978, DUARTE, 2001).

A consistência interna do APGAR de Família quanto aos domínios, demonstrou capacidade em representar o fenômeno garantindo confiabilidade em suas propriedades psicométricas, com resultado alfa de 0,875 (prova de Kruskal-Wallis) (DUARTE, 2001). O alfa de *Cronbach* no questionário aplicado na amostra dos 149 idosos foi 0,711 (FIELD, 2009; LATTIN, 2011).

A função cognitiva foi avaliada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Instrumento multiprofissional que fornece informações sobre a orientação temporal, espacial, memória, atenção, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, escrita e cópia de desenho. Considerando que o ensino no país possui características regionais próprias foi ponderada as seguintes notas de corte por anos de escolaridade, conforme recomendado por estudiosos da área: Analfabetos= 20 pontos; 1-4 anos de escolaridade=25 pontos; 5-8 anos de escolaridade=26 pontos; 9-11 anos de escolaridade=28 pontos; superior a 11 anos de escolaridade= 29 pontos. Fácil aplicação e rápido no rastreamento da função cognitiva estão indicados para ser usado em diversos cenários de prática categorizada nesta pesquisa por ‘anos de estudo’, dicotomizada em analfabetos e indivíduos com escolaridade variada (BRUCKI et al., 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Escores inferiores devem ser encaminhados à avaliação neuropsicológica para aprofundar investigação de perdas funcionais (BRUCKI et al., 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Para análise dos dados, considerou-se a variável de desfecho deste estudo expressa pela EDF. As variáveis preditoras foram os dados sociodemográficos, condições de saúde autorreferidas, capacidade funcional e cognitiva.

Os dados foram digitados no programa Excel for Windows<sup>®</sup> 2003-2007 após dupla conferência. A análise dos dados foi obtida por medidas de frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão no *Software* IBM SPSS for *Windows* versão 20.0. Para análise de associação univariada entre a elevada disfuncionalidade familiar e variáveis preditoras utilizou-se o teste Qui Quadrado ( $\chi^2$ ) ou Fischer, e nível de significância de 5%. A medida de efeito utilizada foi a Razão de Prevalência (RP).

A análise multivariada foi realizada através da regressão de *Poisson* com variância robusta, para identificar o possível efeito independente dos fatores associados à elevada disfuncionalidade familiar. Para a construção do modelo foram utilizadas as variáveis independentes que obtiveram valor de  $p$  menor ou igual a 0,20 na análise univariada. Realizou-se o teste de “*Goodness of Fit chi-square*” para verificar a adequacidade do modelo de análise multivariada.

As variáveis que entraram na análise multivariada foram escalonadas em 3 blocos: Bloco 1: variáveis socioeconômico demográfico: estado civil solteiro, nível de escolaridade e ter filhos; Bloco 2: condições de saúde autorreferida: dor, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), infarto agudo do miocárdio(IAM), déficit auditivo, e quedas; Bloco 3 –capacidade funcional (dependência parcial e dependência total).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG) sob o protocolo nº 050/2009, de acordo com os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Brasil, sobre pesquisas envolvendo seres humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

## **RESULTADOS**

Com base no APGAR de Família, identificou-se 149 idosos com DF correspondendo a 18,1% da amostra de idosos. A média de pontuação do Índice APGAR foi de 4,01 ( $\pm 1,842$ ). As características sociodemográficas da amostra estão expostas na Tabela 1.

**Tabela 1** Variáveis socioeconômicas e demográficas utilizadas para caracterizar os idosos de acordo com a Disfuncionalidade Familiar. Goiânia, Goiás, Brasil, Dez 2009- Abr 2010 (N=149).

		<b>Elevada Disfunção Familiar</b>	<b>Moderada Disfunção Familiar</b>	<b>RP (IC95%)</b>	<b>*p</b>
<b>Sexo</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>		
Feminino	90(60,4)	42(46,7)	48(53,3)	1,25 (0,84-1,86)	0,258
Masculino	59(39,6)	22(37,3)	37(62,7)	1,00	
<b>Faixa etária</b>					
60 – 69 anos	96(64,4)	41(42,7)	55(57,3)	0,94 (0,65-1,37)	0,761
70 – 79 anos	40(26,8)	17(42,5)	23(57,5)	0,97 (0,64-1,47)	0,866
80 ou mais anos	13(8,8)	7(53,8)	6(46,2)	1,00	
<b>Estado civil</b>					
Casado	71(47,7)	24(33,8)	47(66,2)	0,66 (0,45-0,97)	0,003*
Viúvo	44(29,5)	17(38,6)	27(61,4)	0,86 (0,56-1,33)	0,490
Solteiro	20(13,4)	15(75,0)	5(25,0)	1,97 (1,41-2,76)	0,002*
Divorciado	14(9,4)	8(57,1)	6(42,9)	1,00	
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	29(19,5)	7(24,1)	22(75,9)	0,51 (0,26-1,00)	0,022*
Sabe ler e escrever	6(4,0)	4(66,7)	2(33,3)	1,00	
Primário	76(51,0)	34(44,7)	42(55,3)	1,09 (0,75-1,58)	0,653
Ensino médio	21(14,1)	11(52,4)	10(47,6)	1,27 (0,80-2,00)	0,346
Superior	17(11,4)	8(47,1)	9(52,9)	1,11 (0,65-1,91)	0,716
<b>Filhos</b>					
Sim	133(89,3)	51(38,3)	82(61,7)	0,55 (0,39-0,78)	0,017*
Não	16(10,7)	13(81,25)	3(18,75)	1,00	
<b>Renda familiar do idoso (#SM)</b>					
Até 1 SM	49(35,8)	22(44,9)	27(55,1)	1,07 (0,72-1,59)	0,746
1-3 SM	57(41,6)	23(40,4)	34(59,6)	0,90 (0,60-1,33)	0,588
> 3SM	31(22,6)	14(45,2)	17(54,8)	1,00	
<b>Residentes no domicílio</b>					
Uniresidente	27(18,5)	16(59,3)	11(40,7)	1,50 (1,02-2,20)	0,061
Com alguém	119(81,5)	47(39,5)	72(60,5)	1,00	
<b>Tipo de Moradia</b>					
Própria	105(70,5)	42(40,0)	63(60,0)	0,89 (0,59-1,35)	0,584
Alugada	27(18,1)	12(44,4)	15(55,6)	1,09 (0,68-1,76)	0,719
Outra	13(8,8)	6(46,2)	7(53,8)	1,00	

#Salário mínimo em Reais = R\$ 510,00; RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; \*p<0.05.

Ao avaliar o grau de satisfação com os domínios do APGAR de família, identificou-se que para todos os domínios avaliados os idosos mencionaram a satisfação moderada. (Tabela 2)

**Tabela 2.** Frequência dos domínios do APGAR de Família respondidos pelos idosos com disfuncionalidade familiar. Goiânia, Goiás, Brasil. Dez 2009- Abr2010 (N=149).

	<b>Adaptation n (%)</b>	<b>Partnership n (%)</b>	<b>Growth n (%)</b>	<b>Affection n (%)</b>	<b>Resolve n (%)</b>
<b>[0] nunca</b>	38 (25,5)	43 (28,9)	36 (24,2)	36 (24,2)	42 (28,2)
<b>[1] as vezes</b>	97 (65,1)	99 (66,4)	104 (69,8)	107 (71,8)	93 (62,4)
<b>[2] sempre</b>	14 (9,4)	7 (4,7)	9 (6,0)	6 (4,0)	14 (9,4)
	149 (100,0)	149 (100,0)	149 (100,0)	149 (100,0)	149 (100,0)

Em relação às condições de saúde e EDF, foram prevalentes a autopercepção de saúde ruim/péssima (53,6%), dor nos últimos 3 meses (47,1%), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (48,3%), osteoporose (48,3%), câncer



(50%), infarto agudo do miocárdio (IAM) pregresso (75%) e quedas (60,5%). A procura do serviço de saúde foi de 43,0% e a prevalência de hospitalização no último ano de 42,4%. (Tabela 3).

**Tabela 3** Variáveis de condições de saúde utilizadas para caracterização dos idosos de acordo com a Disfuncionalidade Familiar no Município de Goiânia, Goiás, Brasil. Dez 2009-Abr 2010 (N=149).

Variáveis	n(%)	Elevada Disfunção Familiar n(%)	Moderada Disfunção Familiar n(%)	RP (IC95%)	*p
<b>Auto percepção de Saúde</b>					
Ótima/boa	48(32,2)	21(43,75)	27(56,25)	1,00 (0,68-1,48)	1,000
Regular	68(45,6)	27(39,7)	41(60,3)	0,84 (0,58-1,22)	0,354
Ruim/péssima	28(18,8)	15(53,6)	13(46,4)	1,00	
<b>Dor</b>					
Sim	104(70,3)	49(47,1)	55(52,9)	1,38 (0,87-2,19)	0,143
Não	44(29,7)	15(34,1)	29(65,9)	1,00	
<b>Doença autorreferida</b>					
<b>Hipertensão</b>					
Sim	94(63,1)	38(40,4)	56(59,6)	0,86 (0,59-1,24)	0,415
Não	55(36,9)	26(47,3)	29(52,7)	1,00	
<b>Diabetes</b>					
Sim	32(21,5)	10(31,3)	22(68,8)	0,68 (0,39-1,17)	0,131
Não	117(78,5)	54(46,2)	63(53,8)	1,00	
<b>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)</b>					
Sim	24(16,1)	14(48,3)	10(41,7)	1,45 (0,97-2,16)	0,103
Não	124(83,3)	50(40,3)	74(59,7)	1,00	
<b>Acidente Vascular Encefálico (AVE)</b>					
Sim	8(5,4)	2(25,0)	6(75,0)	0,57 (0,17-1,92)	0,250
Não	141(94,6)	62(44,0)	79(56,0)	1,00	
<b>Doença Osteomuscular</b>					
Sim	30(20,1)	15(50,0)	15(50,0)	1,21 (0,80-1,84)	0,395
Não	116(78,9)	48(41,4)	68(58,6)	1,00	
<b>Osteoporose</b>					
Sim	29(19,5)	14(48,3)	15(51,5)	1,16 (0,75-1,78)	0,518
Não	120(80,5)	50(41,7)	70(58,3)	1,00	
<b>Câncer</b>					
Sim	4(2,7)	2(50,0)	2(50,0)	1,17 (0,43-3,17)	0,576
Não	145(97,3)	62(42,8)	83(57,2)	1,00	
<b>Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)</b>					
Sim	8(5,4)	6(75,0)	2(25,0)	1,82 (1,17-2,85)	0,065
Não	141(94,6)	58(41,1)	83(58,9)	1,00	
<b>Déficit Visual</b>					
Sim	131(87,9)	55(42,0)	76(58,0)	0,79 (0,49-1,30)	0,390
Não	17(11,4)	9(52,0)	8(47,1)	1,00	
<b>Déficit auditivo</b>					
Sim	39(26,2)	13(33,34)	26(66,66)	0,72 (0,44-1,17)	0,157
Não	110(78,8)	51(46,4)	59(53,6)	1,00	
<b>Quedas</b>					
Sim	43(28,9)	26(60,5)	17(39,5)	1,67 (1,18-2,37)	0,006*
Não	105(70,5)	38(36,2)	67(63,8)	1,00	
<b>Procura do Serviço de Saúde</b>					
Sim	93(62,4)	40(43,0)	53(57,0)	0,95 (0,65-1,39)	0,790
Não	53(35,6)	24(45,3)	29(54,7)	1,00	
<b>Hospitalização nos últimos 12 meses</b>					
Sim	33(22,2)	14(42,4)	19(57,6)	0,93 (0,59-1,46)	0,754
Não	101(67,8)	46(45,5)	55(54,5)	1,00	

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; \*p<0.05.

Quanto a possuir cuidador, capacidade funcional e capacidade cognitiva no estrato da EDF observou-se que 40,7% possuem cuidador, 66,7% autorreferiram capacidade funcional comprometida com dependência parcial para ABVD e 43,9% referiram independência funcional para AIVD. Quanto ao estado mental, 46,6% dos idosos com EDF apresentaram escolaridade variada, com média no escore no MEEM 23,85 pontos ( $\pm 3,761$ ), demonstrando por meio dos escores capacidade cognitiva considerada normal para a escolaridade (Tabela 4).

**Tabela 4** Disfuncionalidade Familiar segundo presença de cuidador, capacidade funcional e Mini Exame do Estado Mental de idosos do Município de Goiânia, Goiás, Brasil. Dez 2009- Abr 2010 (N=149).

		<b>Elevada Disfunção Familiar</b>	<b>Moderada Disfunção Familiar</b>	<b>RP(IC95%)</b>	<b>*p*</b>
<b>Cuidador</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>		
Sim	27(18,1)	11 (40,7)	16(59,3)	0,91 (0,55-1,50)	0,713
Não	112(75,2)	50 (44,6)	62(55,4)	1,00	
<b>Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)</b>					
Independente	142(95,3)	60 (42,3)	82(57,0)	0,59 (0,36-0,98)	0,129
Dependência parcial	6(4,0)	4 (66,7)	2(33,3)	1,56 (0,86-2,84)	0,228
Dependência total	1(0,7)	1 (100,0)	-	1,00	
<b>Atividades Instrumentais e Vida Diária (AIVD)</b>					
Independente	66(44,3)	29 (43,9)	37(56,1)	1,04 (0,72-1,51)	0,828
Dependência parcial	83(55,7)	35 (42,2)	48(57,8)	1,00	
Dependência total	0	-	-	-	
<b>Mini Exame do Estado Mental (MEEM)</b>					
Analfabetos	23 (18,3)	9 (39,1)	14(60,9)	0,84 (0,48-1,46)	0,515
Escolaridade variada	103 (81,7)	48 (46,6)	55(53,4)	1,00	

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; \* $p < 0,05$ .

Na análise univariada houve associação estatisticamente significativa com a EDF estado civil casado  $p=0,003$  (RP: 0,66; IC95%:0,45-0,97), solteiro  $p=0,002$  (RP: 1,97; IC95%:1,41-2,76), não ter escolaridade  $p=0,022$  (RP: 0,51; IC95%:0,26-1,00) e ter filhos  $p=0,017$  (RP: 0,55; IC95%:0,39-0,78), ou seja, idosos solteiros tiveram maior estimativa de associação à EDF (RP: 1,97), em relação aos idosos com filhos (RP: 0,55) e analfabetos (RP: 0,51). (Tabela 2).

Quedas foi prevalente em 60,5%, com média de 1,79 quedas ( $\pm 0,864$ ) por idoso. Referir episódio progresso de quedas foi a variável estatisticamente significativa quando analisadas as condições de saúde,  $p=0,006$  (RP: 1,67; IC95%: 1,18-2,37). (Tabela 3).

Após análise multivariada mantiveram significância estatística e associadas à EDF as variáveis preditoras do Bloco 2: episódio progresso de IAM ( $p=0,003$ ; RP:1,16; IC95%:1,05-1,28) e queda ( $p=0,004$ ; RP:1,10; IC95%:1,03-1,17). (Tabela 5).

**Tabela 5.** Variáveis preditoras que permaneceram associadas à Elevada Disfuncionalidade Familiar no Município de Goiânia, Goiás, Brasil, Dez 2009- Abr 2010 (n=149).

Variáveis	RP( IC95%)	p*	RP( IC95%)	p*
	Bruta		Ajustada	
<b>Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)</b>				
Sim	1,82 (1,17-2,85)	0,065	1,16 (1,05-1,28)	0,003*
Não	1,00		1,00	
<b>Quedas</b>				
Sim	1,67 (1,18-2,37)	0,006*	1,10 (1,03-1,17)	0,004*
Não	1,00		1,00	

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; \*p<0.05.

## DISCUSSÕES

No Brasil, o Censo de 2010 revelou que a relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres para todo o país. Na Região Centro-Oeste o quantitativo de idosos teve um crescimento, passando de 5,8% em 2010, comparado ao Censo de 1991, reforçando a tendência quanto ao declínio na fecundidade e aumento na população idosa. A relação entre os gêneros salta de 96,0 para 98,6 homens para cada grupo de 100 mulheres, de forma heterogênea, caracterizando uma tendência histórica de predominância feminina (IBGE, 2010).

O maior percentual do gênero feminino em nosso estudo (60,4%) corrobora com estudos no País, como em Jequié (BA) 70,09% (TORRES et al., 2010); Fortaleza (CE) 76,3% (PAIVA et al., 2011); São Carlos (SP) 62% (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011) e Uberaba (MG) 63,8% (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011). Em Porto (Portugal), a feminização também foi prevalente (72,9%) (GONÇALVES et al., 2011), assim como na Colômbia com 68,5% (OCAMPO et al., 2007).

O aumento de idosos na faixa etária 60-69 anos prevalece na população de estudo (64,4%), superiores aos descritos nas regiões nordeste (38,7%) (PAIVA et al., 2011) e sudeste (53,1%) (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011).

Estes fatores refletem o envelhecimento populacional advindos do desenvolvimento socioeconômico que ocorre de forma acelerada nos países de média e baixa renda, que por sua vez, desafia e oportuniza a sociedade a buscar novos modelos com vista à sociedade que se quer viver (WHO, 2012).

Concernente ao estado civil, estar casado (47,65%) compreendeu em estimativas similares aos encontrados em outros países sul americanos, como em

Concepción (Chile) com 49,7% (ZAVALA et al., 2006) e Buenaventura (Colômbia) com 37% (OCAMPO et al., 2007).

Em relação à EDF, os achados em nosso estudo (7,9%), se aproxima aos descritos por autores nacionais em diferentes regiões geográficas, como a região sudeste com 4,3% (PAVARINI et al., 2006) à 7% (SANTOS; PAVARINI, 2011) e região nordeste com 8,8% (PAIVA et al., 2011). Em outros países como Chile, a EDF foi estimada em 4,7% (ZAVALA et al., 2006) e 7,9% Colômbia (REYES et al., 2004).

Quando o índice foi aplicado exclusivamente aos muitos idosos em Portugal, 18,7% referiram EDF (GONÇALVES et al., 2011). Quando relacionado ao gênero, a EDF foi predominante no gênero feminino (46,7%). Fato observado em 17% das mulheres no estudo desenvolvido no interior da região sudeste (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011). Este fenômeno explicita que a funcionalidade é temporal, dinâmica e sofre influência do gênero, faixa etária e regiões geográficas de países entre si.

A permanência da associação entre EDF e queda entre os idosos na análise ajustada reforça a necessidade de melhorias no suporte social da pessoa idosa. Se os idosos expressaram que a família tem déficit de diálogo e tempo de convívio, tais comportamentos de desatenção e descuidado à pessoa idosa apontam para o aumento no evento queda. Sobretudo, diante de evidências científicas que identificam o ambiente domiciliar como o contexto em que mais ocorrem as quedas (PINHEIRO et al., 2010; CRUZ et al., 2012).

Neste sentido, o suporte social e ambientes adequados com infraestrutura de acessibilidade e para atividade física no lazer contribuem para um comportamento mais ativo (GIEHL et al., 2012), bem como a prevenção de quedas em idosos no ambiente familiar durante as ABVD (PINHEIRO et al., 2010). Estes são determinantes que compõem o âmbito multifatorial para o envelhecimento ativo.

Diante do exposto, é orientado que se realize a identificação de grupos e ambientes mais vulneráveis na condução do cuidado ao idoso e constituição/efetivação de políticas públicas na prevenção do evento quedas (PINHEIRO et al., 2010; CRUZ et al., 2012).

Os dados revelaram que a maior percentagem dos idosos com EDF residem sozinho (59,3%). As razões podem ser desenlace, sem filhos, ter melhores condições socioeconômicas e de saúde (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011), resultantes de avanços na medicina, na tecnologia e políticas sanitárias

(CALDAS; VERAS, 2010). Não obstante, residir com alguém não assegura atenção mais efetiva ao idoso (PAVARINI et al., 2006).

Lares unipessoais pode ser em decorrência de melhores condições socioeconômicas, autonomia, boa capacidade funcional, idade avançada e sem filhos. Situação esta que deve ser considerada pelos gestores, responsáveis pelas políticas públicas e também por estudiosos (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Em contrapartida a família atua como fator de proteção e cuidadora dos idosos, sobretudo em lares bi e trigeracionais (PEDRAZZI et al., 2010). Sendo assim, residir com os filhos, pode ser resultado de ajuda mútua entre pais e filhos, na expectativa que os filhos atendam às necessidades dos pais e os pais à dos filhos num movimento contínuo (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Neste contexto, não se deve excluir o direito do idoso de se cuidar sozinho (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004), associados à maior independência financeira pela garantia de seguridade social, melhor nível de escolaridade nas últimas décadas, ampliação do acesso aos serviços de saúde (CALDAS; VERAS, 2010).

Prosseguindo a discussão, a EDF permaneceu associada ao IAM sugerindo que o estado agudo da doença pode influenciar na qualidade da funcionalidade familiar (REYES et al., 2004).

Em relação às DCNT, o índice de disfuncionalidade familiar, se revela como significativo para outras condições de saúde como controle e convivência com o diabetes, quanto indivíduos com níveis glicêmicos controlados relacionaram-se à funcionalidade familiar (ALBA et al., 2009). Outra condição apontada foi à associação do aumento no escore do APGAR de Família à redução de queixas algícas, rigidez entre outros que constituem aspectos influentes a melhor qualidade de vida do idoso (LIM; MANCHING; PENSERGA, 2012).

## **CONCLUSÕES**

Dentre os idosos com EDF o aspecto mais frágil foi o diálogo e o tempo que a família compartilha com a pessoa índice, que pode corroborar com a inexistência de um cuidador na maioria dos casos. Essa parcela da população parece não estar participando ativamente dos processos decisórios da vida familiar e convivendo um tempo inadequado com pouco diálogo.

Mesmo diante da escassa presença da família, os idosos expressaram um envelhecimento ativo, com autonomia, capacidade funcional preservada quanto ao autocuidado e convívio social pela avaliação da ABVD e AIVD.

Por fim, os fatores associados à EDF ainda precisam continuar a serem investigados, por meio de métodos mistos para que os profissionais de saúde possam direcionar propostas de ação terapêutica de modo mais assertivo, tanto em relação à família como um todo, como em relação ao próprio idoso. Este estudo avança por despontar um conhecimento onde havia uma lacuna acerca da funcionalidade familiar na população idosa no Centro Oeste do País.

Reconhece-se que esta pesquisa não se constitui em um esgotamento na identificação de idosos com EDF e os fatores associados, uma vez que reflete uma abordagem temporal inerente ao estudo transversal, ao qual não permite inferir causalidade.

## REFERENCIAS

- Alba LH, Bastidas C, Vivasc JM, Gil F. Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Gac Méd Méx.* [Internet]. 2009 [cited 2012 ago 20]; 145(6):469-474. Available from: [http://www.anmm.org.mx/2012/publicaciones/gaceta\\_medica\\_de\\_mexico/2009/vol\\_145\\_n6.pdf](http://www.anmm.org.mx/2012/publicaciones/gaceta_medica_de_mexico/2009/vol_145_n6.pdf)
- Ariza LMF, Durán MCA, Cubillos ZJD, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev.Colomb.Psiquiatr.* [Internet]. 2006 [cited 2011 ago 13]; 35(1):23-29.
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.*[Internet]. 2003 [cited 2012 ago 20]; 61(3B):777-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>
- Caldas CP, Veras RP. O lugar do idoso na família contemporânea e as implicações para a saúde. En: Trad Leny A. Bonfim, organizadora. *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas.* Editora Fiocruz, 2010.
- Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? En: Camarano AA, organizadora. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *R Brás Est Pop.*2011; 28(1):217-230.
- Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Arch Gerontol Geriat*

[Internet]. 2009 [cited 2012 ago 20]; 48(3):419-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18602706>

Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalence of falls and associated factors in elderly individuals. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2012 ago 20]; 46(1):138-146. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/en\\_3070.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/en_3070.pdf)

Del Duca GFD, Thumé E, Hallal PC. Prevalence and factors associated with home care among older adults. Rev. Saúde Públ.[Internet]. 2011[cited 2012 ago 20]; 45(1):113-120. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en\\_1913.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en_1913.pdf)

Dois C, Cazenave A. Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 [cited 2012 ago 20]; 137(4):475-480. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n4/art04.pdf>

Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2007[cited 2012 ago 20]; 41(2):317-325. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>

Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. [these] São Paulo: Universidade de São Paulo -Escola de Enfermagem; 2001.

Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Sociodemographic characteristics, functional status and morbidity among older adults with and without cognitive decline. Acta paul. enferm. [Internet]. 2011[cited 2012 ago 20];24(1): 29-35. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en\\_v24n1a04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en_v24n1a04.pdf)

Field A. Descobrimo a estatística usando SPSS. Trad. Viali L. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Giehl MWC, Scheider IJC, Corseul HX, Benedetti TRB, d'Orsi E. Physical activity and environment perception among older adults: a population study in Florianópolis, Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2012 ago 20]; 46(3):516-25. Available from:[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/en\\_2699.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/en_2699.pdf)

Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto do Porto, Portugal. Rev. Latino-Am Enfermagem. [Internet]. 2011 [cited 2012 ago 20]; 19(3) 9 telas. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf)

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População total - Goiás. Contagem da População 2010. Censos, 2010. [Internet]. Brasil: IBGE [cited 2012 ago 20]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_goiias.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_goiias.pdf)

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA [Internet].1963 [cited 2012 ago 20]; 185(12):914-919. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=666768>

Lattin JM. Análise de dados multivariados. Lattin JM, Carroll JD, Gree PE, editors. São Paulo:Cengage Learning, 2011.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* [Internet]. 1969 [cited 2012 ago 20]; 9(3):179-86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5349366>

Leon Sanchez D, Camacho Delgado R, Valencia Ortiz M, Rodriguez-Orozco AR. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2008 [cited 2012 ago 20]; 80(3): 0-0. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v80n3/ped04308.pdf>

Lim AT, Manching I, Penserga EG. Correlation between Family APGAR scores and health-related quality of life of Filipino elderly patients with knee osteoarthritis. *Int J Rheum Dis.* [Internet]. 2012 [cited 2012 ago 20]; 15(4):407-4013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22898221>

Martini AM, Sousa FGM, Gonçalves APF, Lopes, MLH. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento Hemodialítico. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2007 [cited 2012 ago 20]; 9(2): 329-343. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7163>

Mendes MRSSB, Gusmão JL, FARO ACM, LEITE RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(4): 422-426.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96 - Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007.

Navarro R, Duarte YAO, Lebrão ML, Nunes DP. Envelhecimento e funcionalidade familiar: panorama do município de São Paulo/SP- Estudo SABE. Programa de Iniciação Científica- Universidade de São Paulo 2009-2010; São Paulo;SP. USP:2010.

Ocampo JM, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Lobo L, García CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb Med* [Internet]. 2007 [cited 2012 ago 20]; 38(1):40-46. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28338107>

Ocampo JM, Romero N, Saa HA, Herreira JA, Reyes-Ortiz CA. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali, Colombia-2001. *Colombia Médica* [Internet]. 2006 [cited 2012 ago 20]; 37(2 Suppl 1):26-30. Available from: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc06033>

Ok-Soo K, Sung-Hee B. The relationships among loneliness, social support, and family function in elderly Korean. *J Korean Acad Nurs.* [Internet]. 2003 [cited 2012 ago 20]; 33(3):425-432. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15314441>

Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira, RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2011 [cited 2012 ago 20]; 16(1):22-8. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21107/13933>

Pavarini SCI, Tonon FL, Silva JMC, Mendiondo MZ, Barhan EJ, Filizola CLS. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Rev.*



Eletr. Enf. [Internet]. 2006 [cited 2012 ago 20];8(3):326-35. Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm)

Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Fabrício-Webe SCC, Cruz IR, Cruz IR, Rodrigues RAP. Household arrangements of the elder elderly. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 [cited 2012 ago 20]; 18(1):18-25. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_04.pdf)

Pinheiro MM, Ciconeli RM, Martini LA, Ferraz MB. Risk factors for recurrent falls among Brazilian woman and man: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZO). Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2012 ago 20]; 26(1):89-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20209213>

Reyes CA, Hincapié M, Herrera MJA, Moyano PA. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo de miocardio. Cali, 2001-2002. Colomb Med [Internet]. 2004 [cited 2012 ago 20]; 35(4):199-204. Available from: <http://www.doaj.org/doaj?func=abstract&id=112064>

Rocha SMM, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2002 [cited 2012 ago 20]; 10(5):709-714. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000500013&tlng=en&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500013&tlng=en&lng=en&nrm=iso)

Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada-Balta RA, Pérez-Arechaederra D, Gómez-Marcos MA, Patino-Alonso, MC, García-Ortiz L. Relationships between quality of life and family function in caregiver. BMC Family Practice.[Internet]. 2011[cited 2012 ago 20]; 12(19): 1-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3089776/pdf/1471-2296-12-19.pdf>

Santi, PMH. La familia funcional y disfuncional, um indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet].1997 [cited 2012 ago 20]; 13(6):591-597. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13\\_6\\_97/mgi13697.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm)

Santos AA, Pavarini SCI, Barham EJ. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2011 [cited 2012 ago 20]; 20(1):102-110. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072011000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072011000100012&script=sci_arttext)

Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011[cited 2012 ago 20]; 13(2):361-736. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a24.htm>

Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Practice [Internet].1978 [cited 2012 ago 20]; 6(6):1231-1239. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>

Souza RFS, Skubs T, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. [Internet].2007 [cited 2012 ago 20]; 60(3):263-67. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300003)

Sun YH, Sun L, Wu HY, Zhang ZK, Wang B, Yu C, Cao HY. Loneliness, social support and family function of people living with HIV/AIDS in Anhui rural area, China.

Int STD AIDS [Internet].2009 [cited 2012 ago 20]; 20(4):255-8. Available from: <http://ijsa.rsmjournals.com/content/20/4/255.full>

Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Xavier TT. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). Rev. baiana saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2012 ago 20]; 34(1):19-30. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1398.pdf>

WHO. World Health Organization. Global report on falls prevention in older age. [Internet]. 2012 [cited 2012 ago 20]. Available from: [http://www.who.int/ageing/projects/falls\\_prevention\\_older\\_age/en/index.html](http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/index.html)

World Health Organization. Active ageing [Internet]. World Health Organization 2002 [cited 2012 ago 20]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

Wu ZQ, Sun L, Sun YH, Zhang XJ, Tao FB, Cui GH. Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. Aging & Mental Health. [Internet]. 2010 [cited 2012 ago 20]; 14(1):108–112. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20155527>

Zavala GM, Vidal GD, Castro SM, Quiroga P, Gonzalo KP. Funcionamiento social del adulto mayor. Cienc. Enferm [Internet]. 2006 [cited 2012 ago 20]; 12(2):53-62. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>

## ARTIGO 3

### FUNCIONALIDADE FAMILIAR EM MUITO IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO

IVANIA VERA  
COLABORADORES

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi analisar a dinâmica familiar de idosos longevos residentes em domicílio. Trata-se de um estudo transversal, analítico e descritivo. Foram aplicadas escalas de avaliação da capacidade funcional e cognitiva. A Dinâmica Familiar foi mensurada utilizando o *Adaptation, Partnership, Growth, Affection e Resolve* (APGAR) por meio de entrevista domiciliar com 131 idosos longevos. Conclui-se que a funcionalidade familiar nos muito idosos, após análise multivariada, está estimada na autopercepção de saúde ruim/péssima, osteoporose e queda. Os resultados deste estudo permite uma melhor caracterização dos muito idosos quanto a funcionalidade familiar, no vislumbre de políticas públicas assertivas nas reais necessidades deste estrato populacional, sobretudo na elaboração de intervenções na enfermagem de família na Atenção Básica e cuidado domiciliar, ao priorizar a família como cuidadora e parceira de cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem. Idoso de 80 anos ou mais. Relações familiares.

### INTRODUÇÃO

O fenômeno mundial do envelhecimento revela que os muito idosos, identificados como as pessoas com idade maior ou igual a 80 anos, está avançando rapidamente em números, um triunfo do desenvolvimento, sobretudo nos países em desenvolvimento (ONU, 2012). Dos 14 milhões de muito idosos identificados no século XX, em 2050 passará para mais de 400 milhões em todo o mundo. A maior prevalência está relacionada ao gênero, sendo que para cada grupo de 100 mulheres muito idosas há 61 homens de mesma faixa etária (ONU, 2012).

Em Goiânia, Goiás, os muito idosos já atingiram 7,9% da população idosa (IBGE, 2010). A heterogeneidade da população idosa é diretamente influenciada pelo declínio da mortalidade nas idades avançadas, gênero, região geográfica e

acessibilidade das pessoas às condições sociais e econômicas (MENEZES; LOPES; MARUCCI, 2007; WHO, 2012).

As oportunidades infindáveis quanto a este triunfo do desenvolvimento estão relacionadas a adoção de novas políticas, estratégias e leis sobre o desenvolvimento devido às características diversas como idade, sexo, etnia, educação, renda e saúde (ONU, 2012). Dentre as estratégias, a promoção da saúde e comportamentos saudáveis em todas as idades é necessária para reduzir, prevenir e delongar o aparecimento de doenças crônicas, pela menor exposição aos comportamentos de risco ao longo da vida (WHO, 2012).

Os desafios relacionam-se em reconhecer que o envelhecimento populacional é realidade mundial, que são necessárias transformações na sociedade em que esta pessoa está inserida, garantia de renda, acesso a atendimento de saúde com qualidade e ambientes que estimulem a habilitação (ONU, 2012), sobretudo, em conhecer este estrato populacional em relação às condições sociodemográficas, condições de saúde, capacidade funcional e a Funcionalidade Familiar (FF).

Esta evolução silenciosa na demografia intergeracional da família tem proporcionado o convívio do idoso com maior número de gerações e menor quantidade de entes por geração. Oportunidade para transformações estruturais no contexto familiar, com contribuições e atribuições vinculadas aos diferentes atores. Estas formas de agrupamento familiar vem se modificando desde 1960, sendo esculpidas por características sociais (individualismo, consumo imediato de objetos materiais entre outros) alterando as relações intrafamiliares (MORAGAS, 2010; SAYÃO, 2011).

A investigação da dinâmica familiar explora e visualiza se há harmonia ou desarmonia nas relações familiares sob a ótica do idoso em idade avançada em relação ao cuidado recebido de sua família, como um fator estressor ou protetor (DUARTE, 2001). Aspectos subjetivos, como adaptação às novas realidades frente às situações de estresse, compartilhar decisões e responsabilidades de maneira a manter seus membros protegidos e alimentados, apoio às novas ideias e direções, interações emocionais no contexto familiar e tempo compartilhado junto podem ser avaliados antes da intervenção familiar.

Um teste de *screening* é o **Adaptation, Partnership, Growth, Affection e Resolve** (APGAR) APGAR de Família. Por meio de cinco questões quanto às

domínios: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive (SMILKSTEIN, 1978; DUARTE, 2001). Altos escores resultantes da soma dos domínios revelam a capacidade da família em se adaptar às novas situações, gerir conflitos com vistas à funcionalidade familiar, enquanto que baixos escores revelam um ambiente com baixa capacidade de adaptação à nova situação e requer intervenção precoce (GONÇALVES et al., 2011a).

Sendo assim, no âmbito da atenção à saúde de pessoas com 80 anos ou mais o instrumento APGAR pode ser um forte aliado na avaliação das relações familiares e detecção de fatores de risco que merecem intervenção. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é identificar os fatores associados à BFF dos muito idosos não institucionalizados residentes em Goiânia, Goiás, Brasil.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Estudo analítico, observacional, descritivo com delineamento transversal por meio de entrevistas domiciliares com pessoas idosas, realizada em uma capital do Centro-Oeste brasileiro que conta com mais de um milhão e trezentos mil habitantes, destes, 7,9% são muito idosos. Considerando os múltiplos desfechos do inquérito, o cálculo probabilístico foi embasado a partir do nível de confiança de (IC) 95%, nível de significância de 5%, frequência esperada de 30%, precisão absoluta de 5% e efeito de desenho de 1.8. A amostra representativa da população de idosos foi de 934.

O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerados, em múltiplos estágios. No primeiro estágio foram sorteados 56 setores censitários (SC) entre os 912 setores do município estritamente urbanos. O segundo estágio foi constituído por sorteio do quarteirão, esquina e domicílio a ser visitado.

Adotaram-se, nesta pesquisa, os critérios de elegibilidade, a saber: (1) idade igual ou superior a 80 anos; (2) residência na área urbana de Goiânia; (3) morador do domicílio visitado; (4) ter respondido todas às cinco questões acerca do APGAR de Família. Foram excluídos aqueles estivessem no domicílio sorteado e que não residissem nele e, os questionários respondidos por cuidadores e ou familiares, resultando em 131 indivíduos.

Após o teste piloto iniciou-se a coleta de dados por entrevistadores treinados no período de dezembro de 2009 e abril de 2010. Foi solicitada autorização do idoso

por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em espaço reservado aplicou-se o questionário semiestruturado contendo: caracterização socioeconômica e demográfica, informações sobre o cuidador, condições de saúde e dor autorreferidas, quedas, hospitalização no último ano e acesso a serviços de saúde. A avaliação da capacidade funcional foi mensurada pelas escalas de Atividade Básica de Vida Diária (ABVD), Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD) e a avaliação cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). A funcionalidade familiar, sob a ótica do idoso, foi mensurada pelo índice APGAR de Família.

A escala de ABVD afere a independência no desempenho de atividades relacionadas ao autocuidado (KATZ et al., 1963). Esta variável de exposição foi escalonada em independência total, dependência parcial e totalmente dependente. As atividades que avaliam o idoso no ambiente e entorno por meio da AIVD foi escalonada em 9 a 27 pontos, em que 9 se referem à dependência total e 27, a independência (LAWTON; BRODY, 1969). O MEEM foi aplicado para verificar a função cognitiva. O mesmo foi escolhido por ser usado em estudos populacionais nos diversos cenários de prática (BRUCKI et al., 2003). Para as notas de corte considerou-se os anos de escolaridade, a saber: Analfabetos=20 pontos; 1-4= 25 pontos; 5-8=26 pontos; 9-11=28 pontos; superior a 11 anos de estudo= 29 pontos. Este teste não substitui a avaliação neuropsicológica nos sujeitos com baixos escores, necessitando verticalizar a investigação de perdas funcionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; BRUCKI et al., 2003).

Para avaliar a dinâmica familiar, aplicou-se o APGAR de Família (SMILKSTEIN, 1978). O acrônimo APGAR deriva das palavras *Adaptation* (adaptação), *Partnership* (companherismo), *Growth* (desenvolvimento), *Affection* (afetividade) e *Resolve* (capacidade resolutiva). Aos cinco domínios são atribuídos valores de 0, 1 e 2 pontos. Zero para a opção “nunca”, 1 para “algumas vezes” e 2 “para sempre”. A soma total dos escores oscila em uma escala de zero a dez pontos, em que: 0 a 4=elevada disfunção familiar (EDF); 5 a 6=moderada disfunção familiar (MDF) e 7 a 10=boa funcionalidade familiar (BFF) (SMILKSTEIN, 1978; DUARTE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Em outros termos, a Funcionalidade Familiar (FF) é expressa por escores  $\geq 7$  e a Disfuncionalidade Familiar (DF) à escores  $<7$  pontos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Neste sentido, as variáveis de exposição foram características socioeconômicas, demográficas, condições de saúde autorreferidas, capacidade funcional e cognitiva. A funcionalidade familiar foi a variável desfecho.

Os dados foram digitados no programa Excel for Windows<sup>®</sup> 2003-2007 após dupla conferência. A análise dos dados foi obtida por medidas de frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão no *Software* IBM SPSS for *Windows* versão 20.0. Para análise de associação univariada entre a funcionalidade familiar dos muito idosos e variáveis preditoras utilizou-se o teste Qui Quadrado ( $\chi^2$ ) ou Fischer, e nível de significância de 5%. A medida de efeito utilizada foi a Razão de Prevalência (RP). A regressão logística múltipla foi aplicada para identificar os fatores associados à funcionalidade familiar por meio da construção do modelo com as variáveis preditoras que obtiveram valor de p menor ou igual a 0,20 na análise univariada.

As variáveis que entraram na análise multivariada foram escalonadas em 2 blocos: Bloco 1- socioeconômico demográfico: estado civil, ter filhos, nível de escolaridade, residentes no domicílio e tipo de moradia e Bloco 2- condições de saúde autorreferida: autopercepção de saúde, quedas e procura por serviços de saúde.

Os cuidados éticos que regem pesquisas envolvendo seres humanos foram resguardados, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG) sob o protocolo nº 050/2009.

## **RESULTADOS**

De 934 entrevistas, 173 (18,5%) são muito idosos. Destes, 131 (75,72%) responderam as cinco questões do APGAR de Família. A dinâmica familiar expressa pela boa funcionalidade familiar (BFF) foi estimada em 90,1% (n=118). A disfuncionalidade familiar foi estimada em 9,9% (n=13), distribuídos em 5,3% com moderada disfunção familiar (MDF) (n=7) e 4,6% (n=6) com elevada disfunção familiar (EDF). A média do escore foi de 9,06 pontos ( $\pm 2,067$ ).

Com respeito aos domínios do APGAR de Família, o primeiro “Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando” refere-se ao componente Adaptação.

Nessa questão, 5 (3,8%) dos idosos afirmaram **nunca** estar satisfeito com o membro familiar quanto a assistência recebida, 12 (9,2%) responderam que **as vezes** e 114 (87,2%) **sempre** estão satisfeitos por poderem recorrer a família em busca de ajuda quando estão precisando.

O segundo domínio refere-se ao componente Companheirismo “Estou satisfeito(a) com a maneira com a qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas”. Neste domínio 6 (4,6%) dos idosos afirmaram **nunca** estar satisfeito com a capacidade da família compartilhar decisões e responsabilidades, 9 (6,9%) responderam que **as vezes** e 116 (88,5%) **sempre** estão satisfeitos com a comunicação entre seus membros, bem como a proteção e alimentação destinada aos mesmos. Este foi o domínio com maior percentual de aceitabilidade do idoso.

O terceiro domínio “Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções” refere-se ao componente Desenvolvimento. Neste item 6 (4,6%) dos idosos afirmaram **nunca** estar satisfeito como a unidade familiar são geridas tanto na área estrutural como emocional, 16 (12,2%) responderam que **as vezes** e 109 (83,2%) **sempre** estão satisfeitos com a maneira pela qual sua família auxiliam mutuamente.

O quarto domínio “Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor” refere-se ao componente Afetividade. Neste item 3 (2,3%) dos idosos afirmaram **nunca** estar satisfeito como a unidade familiar são geridas tanto na área estrutural como emocional, 15 (11,5%) responderam que **as vezes** e 113 (86,3%) **sempre** estão satisfeitos com o carinho destinado às interações emocionais no contexto familiar.

O quinto domínio “Estou satisfeito(a) com a maneira com a qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos” refere-se ao domínio capacidade Resolutiva existente na unidade familiar. Neste último domínio, 5 (3,8%) dos idosos afirmaram **nunca** estarem satisfeitos com a capacidade resolutiva da família, 21 (16,0%) responderam que **as vezes** e 105 (80,2%) **sempre** estão satisfeitos com o tempo compartilhado juntos.



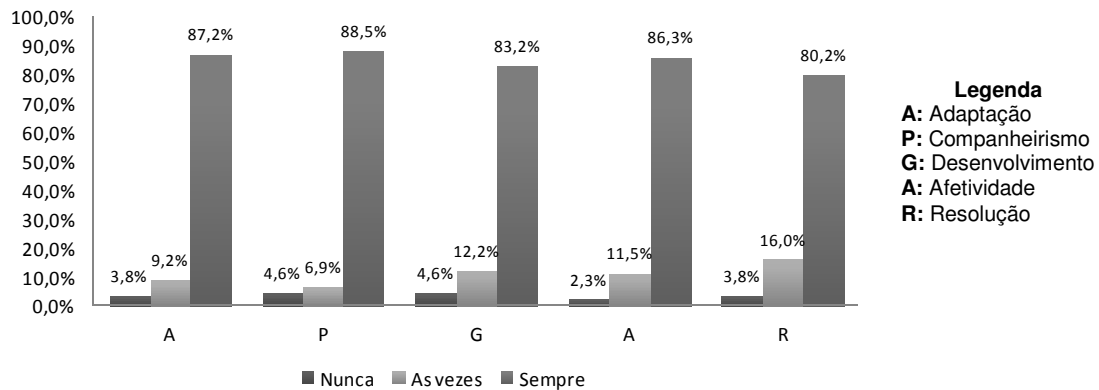


Figura1. Funcionalidade familiar de muito idosos segundo domínios do APGAR de Família. Goiânia, Goiás, Brasil, Dez 2009 - Abr 2010. (n=131).

A tabela 1 mostra a caracterização sociodemográfica da amostra revelou uma média de idade de 83,87 anos, máximo de 94 anos ( $\pm 3,389$ ), predomínio do gênero feminino (61,8%), condição de viuvez (50,4%), com filhos (92,4%), escolaridade primária (59,5%), residindo em família extensa (40,5%), em casa própria (82,4%), recebendo proventos (96,2%), oriundos de aposentadoria (55,7%) por idade (37,4%).

Entre os entrevistados, prevaleceu a autopercepção se saúde regular (45,0%), queixa de dor (58,8%), hipertensão arterial (60,8%), déficit visual (90,8%), quedas (41,2%) e procura do serviço de saúde (70,2%) (Tabela 2).

Com relação à capacidade funcional, mais da metade dos idosos longevos relatou necessitar de auxílio de alguém para alguma atividade (52,7%), contudo, grande parcela revelou independência para ABVD (93,1%) e dependência parcial para AIVD (81,7%). Ao se avaliar a função cognitiva, a pontuação mínima do MEEM foi 15 pontos e média de 23,5 pontos ( $\pm 3,242$ ). (Tabela 3).

Na análise univariada, foram associados à FF dos muito idosos no Bloco 1: estado civil solteiro ( $p=0,003$ ), nível de escolaridade primária ( $p=0,004$ ), ensino médio ( $p=0,004$ ), residir em ambiente unipessoal ( $p=0,026$ ), ter filhos ( $p=0,005$ ), em casa própria ( $p=0,044$ ); Bloco 2: saúde autorreferida ruim/péssima ( $p=0,022$ ) e procura do serviço de saúde ( $p=0,009$ ).

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos de acordo com as condições socioeconômicas e demográficas e fatores associados à Funcionalidade Familiar nos muito idosos residentes em Goiânia, GO, 2010 (n=131)

Variáveis	Família Funcional		Família Disfuncional	RP (IC 95%)	*p
<b>Sexo</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
Masculino	50 (38,2)	45 (90,0)	5 (10,0)	1,00	
Feminino	81 (61,8)	73 (90,1)	8 (9,9)	1,00 (0,89-1,12)	0,601
<b>Estado Civil</b>					
Casado	51 (38,9)	47 (92,2)	4 (7,8)	1,04 (0,93-1,16)	0,519
Solteiro	8 (6,1)	4 (50,0)	4 (50,0)	0,54 (0,27-1,08)	0,003*
Viúvo	66 (50,4)	63 (95,5)	3 (4,5)	1,13 (1,01-1,27)	0,061
Divorciado	5 (3,8)	3 (60,0)	2 (40,0)	1,00	
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	23 (17,6)	18 (78,3)	5 (21,7)	0,85 (0,68-1,06)	0,053
Sabe ler e escrever	10 (7,6)	9 (90,0)	1 (10,0)	1,00 (0,81-1,24)	0,737
Primário	78 (59,5)	75 (96,2)	3 (3,8)	1,19 (1,04-1,37)	0,004*
Ensino médio	15 (11,5)	11 (73,3)	4 (26,7)	0,80 (0,58-1,08)	0,049*
Superior	4 (3,1)	4 (100,0)	0 (0,0)	1,00	
<b>Residente domicílio</b>					
Uniresidente	13 (9,9)	9 (69,2)	4 (30,8)	0,72 (0,50-1,04)	0,026*
Cônjuge	21 (16,0)	20 (95,2)	1 (4,8)	1,07 (0,95-1,20)	0,340
Somente com filhos	21 (16,0)	20 (95,2)	1 (4,8)	1,07 (0,95-1,20)	0,340
Cônjuge e filhos	22 (16,8)	20 (90,9)	2 (9,1)	1,00	
Cônjuge/filhos/outros	53 (40,5)	48 (90,6)	5 (9,4)	1,01 (0,90-1,13)	0,905
<b>Tem filhos</b>					
Sim	121 (92,4)	112 (92,6)	9 (7,4)	1,67 (0,93-3,00)	0,005*
Não	9 (6,9)	5 (55,6)	4 (44,4)	1,00	
<b>Renda</b>					
Até 1 SM	39 (29,8)	33 (84,6)	6 (15,4)	1,00	
1-3 SM	40 (30,5)	36 (90,0)	4 (10,0)	1,01 (0,89 – 1,15)	0,561
>3 SM	42 (32,1)	39 (92,9)	3 (7,1)	1,06 (0,94-1,20)	0,272
<b>Origem da Renda</b>					
Aposentadoria	73 (55,7)	63 (86,3)	10 (13,7)	0,91 (0,82-1,02)	0,242
Pensão	23 (17,6)	21 (91,3)	2 (8,7)	1,00	
Outros	30 (23,0)	29 (96,67)	1 (3,33)	1,10 (1,00-1,22)	0,133
<b>Moradia</b>					
Própria	108 (82,4)	100,0 (92,6)	8 (7,4)	1,20 (0,95-1,51)	0,044*
Alugada	12 (9,2)	9 (75,0)	3 (25,0)	0,82 (0,59-1,14)	0,101
Emprestada	10 (7,6)	8 (80,0)	2 (20,0)	1,00	

RP: Razão de Prevalência/IC: Intervalo de Confiança 95%/\*p<0,05

**Tabela 2.** Funcionalidade Familiar e doença autorreferida, hospitalização e queda de muito idosos do Município de Goiânia, Goiás, Brasil, Nov 2009- Abr 2010. (n=131).

Variáveis	n(%)	Família Funcional n(%)	Família Disfuncional n(%)	RP (IC95%)	*p
<b>Auto percepção de Saúde</b>					
Ótima/boa	53(40,4)	49(92,45)	4(7,55)	1,00	
Regular	59(45,0)	54(91,5)	5(8,5)	1,06 (0,94-1,20)	0,529
Ruim/péssima	12(9,2)	8(66,7)	4(33,3)	0,72 (0,48-1,09)	0,022*
<b>Dor</b>					
Sim	77(58,8)	69(89,6)	8(10,4)	0,99 (0,88-1,11)	0,831
Não	54(41,2)	49(90,7)	5(9,3)	1,00	
<b>Doença autorreferida</b>					
<b>Hipertensão</b>					
Sim	79(60,8)	69(87,3)	10(12,7)	0,93 (0,83-1,04)	0,220
Não	50(38,5)	47(94,0)	3(6,0)	1,00	
<b>Diabetes</b>					
Sim	20(15,3)	17(85,0)	3(15,0)	0,93 (0,77-1,13)	0,315
Não	111(84,7)	101(91,0)	10(9,0)	1,00	
<b>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)</b>					
Sim	19(14,5)	18(94,7)	1(5,3)	1,06 (0,94-1,20)	0,405
Não	112(85,5)	100(89,3)	12(10,7)	1,00	
<b>Acidente Vascular Encefálico (AVE)</b>					
Sim	10(7,6)	9(90,0)	1(10,0)	1,00 (0,81-1,24)	0,662
Não	121(92,4)	109(90,1)	12(9,9)	1,00	
<b>Doença Osteomuscular</b>					
Sim	29(22,1)	26(89,7)	3(10,3)	1,00 (0,87-1,15)	0,602
Não	99(75,6)	89(89,9)	10(10,1)	1,00	
<b>Osteoporose</b>					
Sim	48(36,6)	46(95,8)	2(4,2)	1,10 (1,00-1,22)	0,080
Não	83(63,4)	72(86,7)	11(13,3)	1,00	
<b>Câncer</b>					
Sim	9(6,9)	9(100,0)	-	1,12 (1,05-1,19)	0,378
Não	122(93,1)	109(89,3)	13(10,7)	1,00	
<b>Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)</b>					
Sim	7(5,3)	7(100,0)	-	1,12 (1,05-1,19)	0,469
Não	123(93,9)	110(89,4)	13(10,6)	1,00	
<b>Déficit Visual</b>					
Sim	119(90,8)	106(89,1)	13(10,9)	0,89 (0,84-0,95)	0,268
Não	12(9,2)	12(10,2)	-	1,00	
<b>Déficit auditivo</b>					
Sim	62(47,4)	57(92,0)	5(8,0)	1,04 (0,93-1,17)	0,482
Não	68(51,9)	60(88,2)	8(11,8)	1,00	
<b>Quedas</b>					
Sim	54(41,2)	52(96,3)	2(3,7)	1,13 (1,01-1,25)	0,085
Não	76(58,0)	65(85,5)	11(14,5)	1,00	
<b>Procura do Serviço Saúde</b>					
Sim	92(70,2)	87(94,6)	5(5,4)	1,21 (1,01-1,44)	0,009*
Não	37(28,2)	29(78,4)	8(21,6)	1,00	
<b>Hospitalização nos últimos 12 meses</b>					
Sim	34(26,0)	32(94,1)	2(5,9)	1,07 (0,96-1,20)	0,255
Não	91(69,5)	80(87,9)	11(12,1)	1,00	

RP: Razão de Prevalência/IC: Intervalo de Confiança/\*p<0,05

**Tabela 3.** Funcionalidade Familiar segundo presença de cuidador, capacidade funcional e Mini Exame do Estado Mental em muito idosos do Município de Goiânia, Goiás, Brasil, Nov 2009- Abr 2010 (n=131).

Variáveis	n(%)	Família	Família	RP (IC 95%)	* p
		Funcional n(%)	Disfuncional n(%)		
<b>Precisa de ajuda</b>					
Sim	69(52,7)	62(89,9)	7(10,1)	1,00 (0,89-1,12)	0,814
Não	61(46,6)	55(90,2)	6(9,8)	1,00	
<b>Tem alguém para ajudar</b>					
Sim	72(55,0)	67(93,1)	5(6,9)	1,09 (0,96-1,24)	0,253
Não	54(41,2)	46(85,2)	8(14,8)	1,00	
<b>Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)</b>					
Independência total	122(93,1)	110(90,2)	12 (9,8)	1,01 (0,80-1,29)	0,621
Dependência parcial	8 (6,1)	8 (100,0)	-	1,12 (1,05-1,19)	0,422
Dependência total	1(0,8)	-	1 (100,0)	1,00	
<b>Atividades Instrumentais e Vida Diária (AIVD)</b>					
Independência total	24(18,3)	21 (87,5)	3 (12,5)	1,00	
Dependência parcial	107(81,7)	97 (90,65)	10 (9,35)	1,04 (0,88-1,22)	0,438
Dependência total	-	-	-	-	-
<b>Mini Exame do Estado Mental (MEEM)</b>					
Analfabetos	17(16,8)	14(82,4)	3(17,6)	0,90 (0,71-1,13)	0,221
1-4anos	55(54,5)	49(89,1)	6(10,9)	0,98 (0,86-1,11)	0,488
5-8anos	18(17,8)	17(94,4)	1(5,6)	1,06 (0,93-1,21)	0,434
9-11 anos	4(4,0)	4(100,0)	-	1,00	
>11 anos	7(6,9)	7(100,0)	-	1,12 (1,04-1,20)	0,470

RP: Razão de Prevalência/IC: Intervalo de Confiança/\*p<0,05

Após a análise multivariada de *Poisson* com variância robusta permaneceram associadas à FF as variáveis de exposição: saúde ruim/péssima (RP:1,33;IC95%:1,13-1,57), osteoporose (RP:1,11;IC95%:1,02-1,21) e quedas (RP:1,14;IC95%:1,06-1,23). (Tabela 4).

**Tabela 4.** Variáveis preditoras que mantiveram associadas à Funcionalidade Familiar em muito idosos do Município de Goiânia, Goiás, Brasil, Nov 2009- Abr 2010 (n=131).

Variáveis	RP (IC 95%)		* p	RP (IC 95%)		* p
	Bruta			Ajustada		
<b>Autopercepção de Saúde</b>						
Ótima/boa	1,00			1,00		
Regular	1,06 (0,94-1,20)		0,529	1,00		
Ruim/péssima	0,72 (0,48-1,09)		0,022*	1,33 (1,13-1,57)		0,000*
<b>Osteoporose</b>						
Sim	1,10 (1,00-1,22)		0,080	1,11 (1,02-1,21)		0,014*
Não	1,00			1,00		
<b>Quedas</b>						
Sim	1,13 (1,01-1,25)		0,085	1,14 (1,06-1,23)		0,000*
Não	1,00			1,00		

RP: Razão de Prevalência/IC: Intervalo de Confiança/\*p<0,05

## DISCUSSÕES

A maioria dos idosos despontou dinâmica familiar com FF, ratificando a família como recurso psicossocial, apta para o cuidado com capacidade de enfrentar e resolver situações de conflitos por meio da mobilização de fatores intrínsecos e extrínsecos ao espaço familiar. Altas porcentagens de respostas 'sempre' também foram encontradas em outros estudos que utilizaram o APGAR de Família para mensurar a dinâmica familiar (SANTOS; PAVARINI, 2011; GONÇALVES et al., 2011a; PAIVA et al, 2011).

Dentre os domínios do APGAR de Família, a FF foi estimada no domínio companheirismo, seguido da adaptação indicando que há uma maior atenção da família ao idoso em relação ao compartilhamento de decisões, responsabilidades, proteção e, afetividade frente às situações de estresse familiar com vista ao equilíbrio familiar. Quanto ao tempo compartilhado juntos e resolução de problemas, este domínio foi desvelado pelos idosos de menor atenção pelos familiares, corroborando com outras pesquisas (NAVARRO et al., 2010; GUERRERO; CATALÁN, 2011).

Por outro lado, este resultado sugere uma análise verticalizada das relações e convívio intergeracional, uma vez que este maior contato e a maior demanda de atenção da família para com o idoso, pode induzir a DF pelo impacto das DCNT, como doença isquêmica do coração, AVE, distúrbios visuais, DPOC (WHO, 2012) e estresse familiar, pela falta de adaptabilidade às mudanças de papéis (GONÇALVES et al., 2011b).

Quanto às condições de saúde autorreferidas, o idoso que referiu piores condições de saúde revelou uma melhor dinâmica familiar. Neste contexto, sabe-se que há um maior consumo de saúde por parte dos idosos relacionada ao percurso de vida do indivíduo resultante de hábitos de vida (WHO, 2012). A associação entre saúde e comportamento no decorrer da vida influenciam a qualidade de vida (QV) de idosos e FF (LIM; MANCHING; PENSERGA, 2012).

Em outros termos, idade e FF influenciam na QV das pessoas, ou seja, quanto maior a FF melhor a QV e quanto maior a idade, pior é a QV (ANDRADE; MARTINS, 2011). Neste sentido, a geração mais velha, por não ser homogênea, necessita de políticas verticalizadas para as reais necessidades considerando o sexo, etnia, educação, renda e saúde (ONU, 2012).

Não foram encontrados estudos que associassem FF pelo APGAR de Família e osteoporose. Contudo, é importante ressaltar que a família é a maior responsável pelo cuidado e atendimento às demandas da pessoa idosa (PAIVA et al., 2011). Neste sentido, a associação entre FF e osteoporose pode refletir na dinâmica familiar uma vez que os ambientes adequados para atividade física, apoio social, infraestrutura contribuem para um comportamento mais ativo, conseqüentemente, maior independência funcional e melhor QV (GIEHL, 2012).

Quanto a FF e a variável de exposição queda, sabe-se que a mesma pode piorar o estado de saúde, em espiral descendente, resultando em cuidados de longa duração devido a maior possibilidade de dependência, perda da autonomia, confusão, imobilização, depressão e morte (WHO, 2012). Estes fatores podem influenciar a FF e alterar a dinâmica familiar devido a maior demanda de atenção, mudanças de papéis e aos novos estilos de relações familiares (GONÇALVES et al., 2011a). Nesta conjuntura, o suporte social pode influenciar as relações familiares e induzir a DF (WU et al., 2010).

## **CONCLUSÕES**

Estudo inovador no Centro Oeste brasileiro ao caracterizar o estrato da população octogenária quanto a FF e os fatores associados. A análise multivariada, da FF foi estimada na autopercepção de saúde ruim/péssima, osteoporose e queda.

Os resultados contribuem no âmbito da prática clínica para o melhor planejamento e fortalecimento da dinâmica familiar quanto à assistência domiciliar, pela própria família com suporte e atenção da enfermagem que atua na AB.

A elaboração e aplicabilidade das políticas públicas existentes às reais necessidades deste estrato populacional, que necessita de atenção imediata, são necessárias diante da transição demográfica e epidemiológica vivenciada na contemporaneidade.

Contudo, as limitações metodológicas deste estudo devem ser consideradas, sobretudo o delineamento transversal, ao qual não permite inferir relações de causalidade entre a FF e os fatores associados.

Outras restrições estão relacionadas pelo fato de dias antes da coleta de dados, a Estratégia de Saúde da Família fez o cadastramento do Programa Bolsa

Família, o que gerou no idoso, a ideia de repetição da ação, recusando-se a participar.

## REFERÊNCIAS

Andrade A, Martins R. Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 2011;40: 185-199.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.

Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. [these] São Paulo: Universidade de São Paulo -Escola de Enfermagem; 2001.196p.

Giehl MWC, Scheider IJC, Corseul HX, Benedetti TRB, d'Orsi E. Physical activity and environment perception among older adults: a population study in Florianópolis, Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2012 ago 20];46(3):516-25. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/en\\_2699.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/en_2699.pdf)

Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto do Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2011a; 19(3) [9 telas].

Gonçalves LH, Nassar SM, Daussy MFS, Santos SMA, Alvarez AM. O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. *Cienc Cuid Saude* 2011b; 10(4):746-754.

Guerrero LL, Catalan AG. Biopsychosocial factors related to the length of hospital stay in older people. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2011 [cited 2012 dez 28]; 19(6):1377-1384. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/14.pdf>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População total - Goiás. Contagem da População 2010. Censos, 2010. [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR); 2011 [cited 2011 feb 10]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_goiias.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_goiias.pdf)

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-919.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.

Lim AT, Manching I, Penserga EG. Correlation between Family APGAR scores and health-related quality of life of Filipino elderly patients with knee osteoarthritis. *Int J Rheum Dis*. [Internet]. 2012 [cited 2012 nov 10]; 15(4):407-4013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22898221>

Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: características sócio-demográficas. *Rev. Bras Epidemiol*. 2007; 10(2): 168-77.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 - Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.

Moragas RM. Gerontologia social. Envelhecimento de qualidade de vida. São Paulo: Paulínea; 2010.

Navarro R, Duarte YAO, Lebrão ML, Nunes DP. Envelhecimento e funcionalidade familiar: panorama do município de São Paulo/SP- Estudo SABE. Programa de Iniciação Científica- Universidade de São Paulo 2009-2010; São Paulo;SP. USP:2010.

ONU. Organização das Nações Unidas. Ageing in the Twenty-First Century a Celebration and a Challenge. [Internet]. 2012 [cited 2012 oct 30]. Available from: <http://unfpa.org/ageingreport/>

Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira, RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. Cogitare Enferm.[Internet]. 2011[cited 2011 ago 13]; 16(1):22-8. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21107/13933>

Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011[cited 2011 ago 13]; 13(2):361-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a24.htm>.

Sayão R. Filhos...melhor não tê-los? In.:Aquino JG, Sayão R, Rizzo S, Taille Y de L, editors. Família e educação: quatro olhares. Campinas (SP):Papirus; 2011. p.17-48.

Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Practice [Internet]. 1978 [cited 2012 jun 06];6(6):1231-1239. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>.

WHO. Good health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012. [Internet]. 2012 [cited 2012 nov 20]. Available from: [http://www.who.int/ageing/publications/upcoming\\_publications/en/index.html](http://www.who.int/ageing/publications/upcoming_publications/en/index.html)

Wu ZQ, Sun L, Sun YH, Zhang XJ, Tao FB, Cui GH. Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. Aging & Mental Health. [Internet]. 2010 [cited 20 ago 2012]; 14(1):108–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20155527>



## 6. CONCLUSÕES

Reconhecidamente, os pesquisadores que compõem a REVISI desenvolveram uma pesquisa pioneira no que se refere à identificação e análise frente às condições de vida do idoso, quanto aos aspectos sociais, econômicos, acesso aos serviços, saúde física e mental e, especificamente da dinâmica familiar. Para tanto, estudou-se uma amostra probabilística de base populacional, a qual revelou a situação do idoso em uma capital do Centro-Oeste brasileiro, com produção de conhecimento acerca do processo de envelhecimento populacional e, mudanças na transição demográfica e epidemiológica da sociedade brasileira.

A relevância desta análise fundamenta-se na influência exercida na constituição dos arranjos domiciliares e dinâmica familiar, nas transformações e melhorias nas condições de saúde e acesso ao serviço de saúde universal do idoso.

Como resultante da avaliação da dinâmica familiar pelo índice APGAR de Família observou-se uma prevalência de BFF no grupo estudado. Diante das alterações nos arranjos familiares, sua dinâmica familiar e o convívio intergeracional houve a necessidade de se conhecer melhor quem são os idosos que apresentaram disfuncionalidade familiar e também, quem são os idosos octogenários.

Ao se investigar a amostra integral deste estudo, os 824 idosos, a associação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas, condições de saúde e capacidade funcional dos idosos de acordo com a BFF foram expressas pelo estrato da faixa etária (60-69 anos e  $\geq 80$  anos), escolaridade referida ensino médio, receber renda, autorreferir saúde ruim/péssima, queixa de dor, osteoporose, e câncer.

Verificou-se que a presença de sintomas crônicos e doença grave, como dor e câncer, pode ocasionar a aproximação de familiares, pela necessidade de atenção e cuidados específicos. As conquistas sociais, financeiras e autonomia na capacidade funcional, acarretaram em uma menor atenção familiar dispensada ao idoso, sobretudo no tempo em que conviviam juntos.

Os resultados indicam que a família vem se organizando em função de cuidar de seus idosos ao se considerar a avaliação favorável da dinâmica familiar, pela revelação da categoria de resposta 'sempre' ter sido predominante em todos os domínios do APGAR de Família e, também, pela maioria revelarem BFF.

Quanto à DF em 64 idosos, tendo como desfecho a EDF houve prevalência do sexo feminino, faixa etária de 60-69 anos, estado civil casado, escolaridade ensino primário, ter filhos, renda familiar de 1 a 3 SM, residir com alguém em casa própria. O gênero feminino foi o mais prevalente quanto a EDF quando comparada ao sexo oposto.

Em relação aos domínios do APGAR de Família, a estimativa de maior insatisfação referida relacionou-se ao diálogo familiar, seguida do tempo que a família compartilha junto ao idoso. Estes resultados avançam no sentido de revelar fatores associados à EDF diante da ausência de evidências científicas acerca desta condição familiar.

Fatores como episódio pregresso de IAM e ter apresentado queda foram associados à EDF nestas pessoas. Entretanto, prevaleceu a autonomia, capacidade funcional preservada, e ausência de déficit cognitivo, aspectos positivos nesta amostra, corroborando com os macrodeterminantes sociais em saúde, idealizados pelas políticas públicas desde o século XX.

Ao se analisar o estrato populacional dos 131 idosos octagenários, a BFF foi associada às variáveis de exposição saúde ruim/péssima, referir doença crônica como osteoporose e, novamente ter apresentado episódio pregresso de quedas. Tais resultados caracterizam a dinâmica familiar dos idosos longevos não institucionalizados e apontam para necessidade de adequação das políticas de Estado vigentes quanto à assertividade nas reais necessidades deste estrato populacional.

Os resultados desta pesquisa revelam a convivência familiar da população envelhecida e fornecem subsídios importantes para que intervenções sejam programadas de imediato. Revelam o quanto se precisa avançar no delineamento de pesquisas que mostrem evidências fortes sobre o impacto das ações de saúde para melhoria das condições de cuidado ao idoso.

Cabe, nesse sentido, elaboração de intervenções na enfermagem de família na AB e cuidado domiciliar, ao priorizar a família como cuidadora e parceira de cuidados.

Conclui-se, então, que a longevidade é resultante das conquistas da sociedade ao longo do tempo pelos avanços na esfera dos determinantes sociais de saúde, na implementação de um Sistema de Saúde descentralizado, universal e com participação social.

Contudo os desafios para promover a saúde do idoso no Brasil ainda são enormes frente à diversidade social, cultural e econômica. Neste sentido, as políticas públicas representam grandes avanços por meio de ações programáticas legais que visam à proteção integral de toda população, especialmente a idosa, abordadas em dimensões variadas, de cunho social, político, ambiental e econômico.

Para que isso possa ser efetivo é preciso haver compromisso dos profissionais de saúde com a qualidade do cuidado. Ao mesmo tempo, requer também estratégias de gestão da saúde que considerem a importância de se promover uma assistência domiciliar integral e resolutiva, com responsabilidade técnica e, principalmente, humanamente para este cuidado.

Também nesta pesquisa, o índice APGAR de Família revelou-se um instrumento rápido de ser aplicado, de fácil manejo profissional e interpretação que possibilita detecção precoce da disfuncionalidade familiar de idosos e de seus cuidadores, condição específica que, colabora na ampliação da concepção das relações no contexto familiar. As informações reveladas pelo APGAR de Família são imprescindíveis para as equipes de saúde que atendem ao idoso e sua família, no diagnóstico situacional da família. Com possibilidades de planejar ações em saúde, intervenções de modo a trazer o benefício para a saúde coletiva destas pessoas.

Por fim, tratando-se de um estudo transversal e observacional tem-se o limite de inferência de causalidade. No entanto pelo cálculo de amostragem probabilística estes resultados são generalizáveis em outros indivíduos de mesmo estrato populacional, no desenvolvimento de políticas públicas, nas atividades de gestão do SUS, ensino e pesquisa por sumarizar informações rápidas da realidade em que se encontram as referidas pessoas.

## REFERÊNCIAS

- Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado CA, García A, Pérez de La Cruz A, Fernández-Santaella MC. Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery. *Obes Surg*. [Internet]. 2010 [cited 2011 oct 20]; 20:161-167. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18958537>
- Alba LH, Bastidas C, Vivasc JM, Gil F. Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Gac Méd Méx*. [Internet]. 2009 [cited 20 ago 2012]; 145(6):469-474. Available from: [http://www.anmm.org.mx/2012/publicaciones/gaceta\\_medica\\_de\\_mexico/2009/vol\\_145\\_n6.pdf](http://www.anmm.org.mx/2012/publicaciones/gaceta_medica_de_mexico/2009/vol_145_n6.pdf)
- Alcântara AO. O velho e a família. In: Alcântara AO. Velhos institucionalizados e família. Entre abafos e desabafos. Campinas (SP): Alínea; 2009. p. 21-30.
- Andrade A, Martins R. Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40: 185-199, 2011.
- Bernal IL. La familia em La determinación de la salud. *Rev. Cubana Salud Publica*. [Internet]. 2003 [cited 2011 oct 20]; 29(1):48-51. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu07103.pdf>
- Brito TRP, Pavarini SCI. The relationship between social support and functional capacity in elderly persons with cognitive alterations. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2012 nov 10];20(4):677-684. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/07.pdf>
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. [Internet]. 2003 [cited 2012 jun 03];61(3B):777-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>
- Caldas CP, Veras RP. O lugar do idoso na família contemporânea e as implicações para a saúde. In: Trad LAB, editor. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p.275-289.
- Camarano AA, editor. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
- Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA. editor. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.p.25-30.
- Camarano AA, Pasinato MT. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: Camarano AA. editor. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.p.253-259.
- Camarano AA, Mello JL, Kanso S. Do nascimento à morte: principais transições. In: Camarano AA. editor. Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição? Rio de Janeiro: IPEA; 2006.
- Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *R Brás Est Pop*. [Internet]. 2011 [cited

2012 oct 30]; 28(1):217-230. Available from:  
<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1.pdf>

Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2nd ed. Porto Alegre (PR):Artmed; 1995.

Carvalho MCB. Famílias e políticas públicas. In: Acosta AR, Vitale MAF, editors. In.: Família, redes, laços e políticas públicas. 5nd ed. São Paulo:Cortez; 2010.p. 267-274.

Carvalho RL. Casa, comida e roupa lavada: fatores associados à saída do jovem brasileiro do domicílio de origem [dissertation] Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional Faculdade de Ciências Econômicas/UFMG;2009. 95p.

Cervený CMO, Berthoud CME. Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo:Casa do Psicólogo; 1997.

Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração das organizações. 7nd ed. Rio de Janeiro:Elsevier; 2003.

Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. Arch Gerontol Geriat. [Internet].2009 [cited 2011 oct 20]; 48(3):419-24. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18602706>

Cianciarullo TI. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: Cianciarullo TI, editor. Saúde na família e na comunidade. São Paulo:Icone; 2011. p.19-33.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasil, 1988. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Justiça,1988. [cited 2011 fev 07]. Diário Oficial da União, 05 out 1988. Available from:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao_Compilado.htm)

Cruz DT, Caetano VC, Leite ICG. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. Cad. Saúde Colet.[Internet]. 2010.[cited 2013 jan 18]; 18 (4):500-8. Available from:  
[http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010\\_4/artigos/CSC\\_v18n4\\_500-508.pdf](http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_500-508.pdf)

Cruz MS, Lima MCP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML, Ramos-Cerqueira ATA. Deficiência auditiva referida por idosos no município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012. [cited 2012 Oct 05]; 28(8):1479-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n8/07.pdf>

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração

de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Declaração de Toronto. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores; 17 de novembro de 2002, Toronto. Available from: [www.who.int/hpr/ageing](http://www.who.int/hpr/ageing), [www.inpea.net](http://www.inpea.net) y [www.onpea.org](http://www.onpea.org)

Del Duca GFD, Thumé E, Hallal PC. Prevalence and factors associated with home care among older adults. Rev. Saúde Públ. [Internet].2011[cited 2011 ago 13];45(1):113-120. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en\\_1913.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en_1913.pdf)

Deng J, Hu J, Wu W, Dong B, Wu H. Subjective well-being, social support, and age-related functioning among the very old in China. Int J Geriatr Psychiatry. [Internet]. 2010 [cited 2011 ago 13]; 25(7):697-703.Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20033902>

Donati P. família no século XXI. Abordagem relacional. São Paulo:Paulinas; 2008.

Duarte YAO, Cianciarullo TI. Idoso, família e saúde na família. In: Cianciarulo TI, editor. Saúde na família e na comunidade. São Paulo:Icone; 2011. p.191-212.

Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica, [Internet]. 2005 [cited 2011 ago 13];17(5/6):370-78. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26274.pdf>

Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. [thesis] São Paulo: Escola de Enfermagem /USP; 2001. 196 p.

Elsen I, Althoff CR. Família e pesquisa: os contornos de um universo a explorar. In: Althoff CR, Elsen I, Nitschke RG, editors. Pesquisando a família. Olhares contemporaneous. Florianópolis (SC):Papalivros; 2004. p.19-28.

Figueiredo MHJS, Martins MMFS. Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. Cienc Cuid Saude. [Internet]. 2010 [cited 2011 ago 13]; 9(3):552-559. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/12559/6651>

Field A. Descobrimdo a estatística usando SPSS. Trad. Viali L. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. A análise do Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do Sistema de Saúde brasileiro. Rio de Janeiro. 2012. Available from: [http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude\\_Brasil\\_2030.pdf](http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf)

Gomes S. Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legal e regulatório. In.: Gomes S, Munhol ME, Dias E, editors. São Paulo:Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social : Fundação Padre Anchieta; 2009.

Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM Nassar SM, Zunino R. The Family Dynamics of Elder Elderly in the Context of Porto, Portugal. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2011a;19(3) 9 telas.

Gonçalves LH, Nassar SM, Daussy MFS, Santos SMA, Alvarez AM. O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. Cienc Cuid Saude. [Internet]. 2011b [cited 2012 dez 28]; 10(4):746-754. Available from: Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18319/pdf>.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1996. Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População recenseada e estimada, segundo os municípios – Goiás. Contagem da População 2007. Censos, 2007. [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR); 2010 [cited 2010 jan 20]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem\\_final/ta\\_bela1\\_1\\_26.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/ta_bela1_1_26.pdf).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050 – Revisão 2008. Rio de Janeiro. 2008 [cited 2010 jan 20]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/projecao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População total - Goiás. Contagem da População 2010. Censos, 2010. [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR); 2011 [cited 2011 feb 10]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_goiias.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_goiias.pdf).

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA.[Internet]. 1963 [cited 2011 ago 13];185(12):914-919. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=666768>

Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 193-219.

Lattin JM. Análise de dados multivariados. Lattin JM, Carroll JD, Gree PE, editors. São Paulo:Cengage Learning, 2011.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. [Internet].1969 [cited 2011 ago 13];9(3):179-86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5349366>

Lebrão ML. SABE: Saúde, Bem estar e Envelhecimento. O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

Leon Sanchez D, Camacho Delgado R, Valencia Ortiz M, Rodriguez-Orozco AR.Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2008 [cited 19 ago 2012]; 80(3): 0-0. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v80n3/ped04308.pdf>

Linhares JC, Oliveira EM, Eloia SC, Freitas CASL, Shinkai H, Lira TQ. Condições sociais e de saúde de idosos acompanhados pela atenção primária de sobral /CE. Rev Rene [Internet].2011 [cited 2012 oct 20];12(n. esp.):922-9. Available from: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_html\\_site/a05v12espn4.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_html_site/a05v12espn4.html)

Lim AT, Manching I, Penserga EG. Correlation between Family APGAR scores and health-related quality of life of Filipino elderly patients with knee osteoarthritis. Int J Rheum Dis.[Internet]. 2012 [cited 20 ago 2012]; 15(4):407-4013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22898221>

Liu C, Chiu C. Case-control study of suicide attempts in the elderly. *International Psychogeriatrics* [Internet]. 2009 [cited 2012 oct 20]; 21(5):896–902. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19538823>

Lucchese R, Vera I, Pereira WR. As políticas públicas de saúde – SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 2010 [cited 2012 oct 30]; 12(3):562-566. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11144>

Marangoni J, Oliveira MCSL. Relacionamentos intergeracionais: avós e netos. In: Falcão DVS, editor. *A família e o idoso: desafios da contemporaneidade*. Campinas (SP):Papirus; 2010. p. 37-56.

Martini AM, Sousa FGM, Gonçalves APF, Lopes, MLH. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento Hemodialítico. *Rev. Eletr. Enf.*[Internet]. 2007 [cited 2011 ago 13]; 9(2): 329-343. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a04.htm>

Mazza MMPR, Lefèvre. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev. Bras Cresc Desenv Hum.* [Internet]. 2005 [cited 2011 ago 13]; 15(1):01-10. Available from: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n1/02.pdf>

Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2005 [cited 2011 ago 13]; 18(4): 422-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>

Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: características sócio-demográficas. *Rev. Bras Epidemiol.* [Internet]. 2007 [cited 2011 ago 13]; 10(2): 168-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/04.pdf>

Merighi MAB, Oliveira DM, Jesus MCP, Souto RQ, Thamada AA. Elderly women: revealing their experiences and care needs. *Rev. esc. enferm. USP.* [Internet]. 2013 [cited 2013 jul 07]; 47(2): 408-414. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_19.pdf)

Ministério da Justiça. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Justiça; 1990a.

Ministério da Justiça. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: (Brasil): Ministério da Justiça; 1990b.

Ministério da Justiça. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Justiça; 1993.

Ministério da Justiça. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Justiça; 1994.



Ministério da Justiça. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Justiça; 1996.

Ministério da Justiça. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Justiça; 2000.

Ministério da Justiça. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o código civil. [Internet] Brasília (DF): Ministério da Justiça, 2002.

Ministério da Justiça. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília (Brasil): Ministério da Justiça; 2003.

Ministério da Justiça. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Brasília (Brasil): Ministério da Justiça; 2006a.

Ministério da Justiça. Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso. Brasília (Brasil): Ministério da Justiça; 2006b.

Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1986.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 - Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999a.

Ministério da Saúde. Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999. Define diária de acompanhante para acompanhante idoso. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999b.

Ministério da Saúde. Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do idoso. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002a.

Ministério da Saúde. Portaria nº 703, de 12 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002b.

Ministério da Saúde. Portaria nº 843, 12 de abril de 2002. Aprovar o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – demência por doença de ALZHEIMER – Rivastigmina, Galantamina e Donepezil. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002c.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005.

Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006b.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006c.

Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006d.

Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006e.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007a.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.213, de 20 de dezembro de 2007. Institui Comitê para assessorar políticas de prevenção e promoção dos cuidados da osteoporose e de quedas na população idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Guia Prático do Cuidador. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008b.

Ministério da Saúde. Portaria nº 33, 23 de janeiro de 2008. Define os objetivos específicos para o Projeto Olhar Brasil. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008c.

Ministério da Saúde. Portaria n. 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Área técnica saúde do idoso. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.

Montefusco S, Bachion MM, Nakatani AYK. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2008 [cited 2011 ago 13];17(1):72-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/08.pdf>

Moragas RM. Gerontologia social. Envelhecimento de qualidade de vida. São Paulo: Paulínea; 2010.

Moura MAV, Domingos AM, Rassy MEC. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. Esc. Anna Nery [Internet]. 2010 [cited 2012 nov 09];14(4): 848-855. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a27.pdf>

Nascimento M. Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. In: WONG, L. R. (Org.). O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade. Subsídios para políticas orientadas ao bem estar do idoso. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG/ABEP, 2001. p. 191-218.

Neri AL. Feminização da velhice. In.:Neri AL, editors. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade:São Paulo:editora Fundação Perseu Abramo/Edições SESC;2007. p.47-64.

Nogueira ALA, Sousa FGM, Silva IR, Silva ACO, Silva DCM, Santana EEC. Funcionalidade de famílias de adolescentes de escolas públicas: uma abordagem descritiva. Cogitare Enferm. [Internet]. 2012 [cited 2012 oct 30]; 17(2):224-31. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/25878/18450>

Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). Ciênc. saúde colet. [Internet]. 2010 [cited 2011 ago 13];15(6):2887-2898. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a26v15n6.pdf>

Ocampo JM, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Loba L, García CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. Colomb Med [Internet]. 2007 [cited 20 ago 2012]; 38(1):40-46. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28338107>

Ocampo JM, Romero N, Saa HA, Herreira JA, Reyes-Ortiz CA. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali, Colombia-2001. Colombia Médica [Internet]. 2006 [cited 2011 ago 13]; 37(2 Suppl 1):26-30. Available from: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc06033>

Ok-Soo K, Sung-Hee B. [The relationships among loneliness, social support, and family function in elderly Korean]. J Korean Acad Nurs. 2003; 33(3):425-432. Korean.

ONU.Organização das Nações Unidas. Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, 1982. [Internet]. 1982 [cited 2013 jan 12]. Available from:<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>

ONU.Organização das Nações Unidas. Princípio das Nações Unidas em favor das pessoas Idosas. [Internet]. 1991 [cited 2013 jan 12]. Available from: <http://www.un.org/en/additions/index.shtml>

ONU.Organização das Nações Unidas. Año Internacional de las Personas de Edad 1999. [Internet].1999 [cited 2013 jan 12]. Available from: <http://www.un.org/spanish/conferences/iyop.htm>

ONU. Organização das Nações Unidas. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002. Comisaria del Comité Organizador Español de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

ONU. Organização das Nações Unidas. Ageing in the Twenty-First Century a Celebration and a Challenge. [Internet]. 2012 [cited 2012 oct 30]. Available from: <http://unfpa.org/ageingreport/>

Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira, RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. Cogitare Enferm.[Internet]. 2011 [cited 2011 ago 13]; 16(1):22-8. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21107/13933>

Pavarini SCI, Tonon FL, Silva JMC, Mendionodo MZ, Barhan EJ, Filizola CLS. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006 [cited 2011 ago 13];8(3):326-35. Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm)

Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Fabrício-Webe SCC, Cruz IR, Cruz IR, Rodrigues RAP. Household arrangements of the elder elderly. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(1):18-25.

Pinho LB, Kantorski LP. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. Cienc. enferm. [Internet] 2004 [cited 2011 ago 13]; 10(1): 67-77. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art08.pdf>

Pintos CCG. A família e a Terceira idade: orientações psicogerontológicas. São Paulo:Paulinas;1997.

Prado D. O que é família. 10th ed. Coleção primeiros passos. Editora brasiliense; 1988.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2003 [cited 2011 ago 13]; 19(3):793-798. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>

Rocha SMM, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2002 [cited 2011 ago 13]; 10(5):709-14. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000500013&tlng=en&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500013&tlng=en&lng=en&nrm=iso)

Rodrigues NC. Política nacional do idoso: retrospectiva histórica. Estud. interdiscip. envelhec.2001; 3:149-158.

Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada-Balta RA, Pérez-Arechaederra D, Gómez-Marcos MA, Patino-Alonso, MC, García-Ortiz L. Relationships between quality of life and family function in caregiver. BMC Family Practice. [Internet]. 2011[cited 2012 feb 12]; 12(19): 1-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3089776/pdf/1471-2296-12-19.pdf>

Salgueiro H, Lopes M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2010 [cited 2011 ago 13];31(1):26-32. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000100004&script=sci_arttext)

Samara E.M. A família brasileira. Coleção Tudo é história. 4 ed. Editora brasiliense;1993.

Santi, PMH. La familia funcinal y disfuncional, um indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997; 13(6). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Santos JLF. Análise da sobrevida sem incapacidades. In.: Lebrão ML, Duarte YAO, editors. 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.169-181.

Santos AA, Pavarini SCI, Barham EJ. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2011 [cited 2011 ago 13] 20(1): 102-10. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072011000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072011000100012&script=sci_arttext)

Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011[cited 2011 ago 13]; 13(2):361-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a24.htm>.

Santos IE, Dias CMSB. Homem idoso: vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. Aletheia. [Internet]. 2008 [cited 2011 ago 13]; 27(1): 98-110. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1150/115012525008.pdf>

Sayão R. Filhos...melhor não tê-los? In.:Aquino JG, Sayão R, Rizzo S, Taille Y de L, editors. Família e educação: quatro olhares. Campinas (SP):Papirus; 2011. p.17-48.

Silva MJ, Bessa MEP, Oliveira AMC. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. Ciencia y Enfermeria. [Internet] 2004 [cited 2011 ago 13]; (1): 31-9. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art05.pdf>

Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Practice. [Internet].1978 [cited 2010 oct 13]; 6(6): 1231-1239. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>.

Sousa FGM, Figueiredo MCAB, Erdmann AL. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. Rev Pesq Saúde. [Internet]. 2010. [cited 2012 oct 30]; 11(1): 60-63. Available from: <http://www.periodicoseltronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/341/253>

Souza RFS, Skubs T, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2007 [cited 2011 ago 13]; 60(3):263-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300003)

Sun YH, Sun L, Wu HY, Zhang ZK, Wang B, Yu C, Cao HY. Loneliness, social support and family function of people living with HIV/AIDS in Anhui rural area, China. Int J STD AIDS. [Internet]. 2009 [cited 2011 ago 13]; 20(4): 255-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19304970>

Suzuki MY, Falcão DVS. O significado da viuvez e as relações familiares de viúvas idosas. In: Falcão DVS editor. A família e o idoso: desafios da contemporaneidade. Campinas (SP):Papirus; 2010. p. 211-232.

- Tabares OD, Quintana MLS, Capote MG. El apgar familiar en ancianos conviventes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1998 [cited 2011 Dec 19]; 14(6):548-53. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14\\_6\\_98/mgi07698.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_6_98/mgi07698.pdf)
- Teixeira SM, Rodrigues VS. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas? Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2009 [cited 2011 ago 13]; 12(2): 239-54. Available from: [http://www.crde-unati.uerj.br/img\\_tse/v12n2/pdf/art\\_7.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n2/pdf/art_7.pdf)
- Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. Revista Espaço para a Saúde. [Internet]. 2009 [cited 2011 ago 13]; 10(2):12-17. Available from: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo3.pdf>
- Torres TZG. Amostragem. In: Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 283-294.
- Trad LAB. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010.
- Turatti, BO. Implicações da viuvez na saúde: uma abordagem fenomenológica em Merleau-Ponty. Saúde Transform. Soc. [Internet]. 2012 [cited 2012 oct 30]; 3(1):32-38. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/sts/v3n1/v3n1a06.pdf>
- Urzúa A, Pavlov R, Cortes R, Pino V. Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. Ter Psicol [Internet]. 2011 [cited 2012 oct 30]; 29(1):135-140. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art14.pdf>
- Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos F, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros F. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Health in Brazil. The Lancet. [Internet]. 2011 [cited 2013 jan 18]; 90-102. Available from: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>
- WHO. World Health Organization. Age-friendly Primary Health Care (PHC). [Internet]. 2004 [cited 2012 ago 25]. Available from: [http://www.who.int/ageing/publications/upcoming\\_publications/en/index.html](http://www.who.int/ageing/publications/upcoming_publications/en/index.html)
- WHO. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. Suzana Gontijo. Brasília (DF), 2005.
- WHO. Good health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012. [Internet]. 2012 [cited 2012 nov 20]. Available from: [http://www.who.int/ageing/publications/upcoming\\_publications/en/index.html](http://www.who.int/ageing/publications/upcoming_publications/en/index.html)
- Wright L, Leahey M, editors. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca; 2008.
- Wu ZQ, Sun L, Sun YH, Zhang XJ, Tao FB, Cui GH. Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. Aging & Mental Health. [Internet]. 2010 [cited 2012 ago 21]; 14(1):108–112. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20155527>

# APÊNDICE 1

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa intitulada “**SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GOIÁS**”.

Meu nome é \_\_\_\_\_ e sou a entrevistadora. Este estudo faz parte da Rede de Pesquisa de Vigilância à Saúde do Idoso **REVISI** no Estado de Goiás, e as instituições envolvidas nele são: Universidade Federal de Goiás (Faculdade de Enfermagem, Farmácia, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública) e as secretarias Municipal e Estadual de Saúde.

O objetivo geral deste estudo é realizar um levantamento de informações (inquérito populacional) sobre a população idosa e a identificação de suas necessidades de assistência social e em saúde. Os benefícios que o(a) senhor(a) e todos os idosos receberão como resultado dessa pesquisa, poderão ser visualizados por mudanças nas ações relacionadas à Política de Saúde do Idoso no município de Goiânia, tais como: melhoria no planejamento e acompanhamento de saúde da pessoa idosa, redefinição das ações e planos de assistência e cuidado a esta população.

O(a) senhor(a) terá o benefício de saber como está sua pressão e seus níveis de colesterol. Se for diabético(a) ou hipertenso(a) poderá saber como está o controle dessas doenças atualmente. Em relação à investigação imunológica, esclarecemos que o(a) senhor(a) não terá benefícios imediatos em sua saúde, porém, sua participação é importante para o avanço nos conhecimentos científicos sobre o processo de envelhecimento, diagnóstico e prevenção de doenças na população idosa.

Além disso, o(a) senhor(a) receberá em sua casa o resultado dos exames, que deverão ser avaliados por um médico mediante consulta agendada, conforme disponibilidade do serviço municipal de saúde/SUS ou outros serviços médicos de sua escolha (particulares ou convênios).

Esta pesquisa será desenvolvida em duas partes: a **primeira** é a de entrevista e a **segunda** a de coleta de sangue.

Assim, concordando em participar, iniciaremos com a entrevista e medida da sua pressão arterial. Ao término, agendaremos a data da coleta de sangue para realização dos exames.

**1) Entrevista:** nesta etapa, o(a) senhor(a) responderá a várias perguntas sobre sua pessoa, sua saúde e seus familiares. Poderá sentir irritabilidade e/ou cansaço, não se preocupe, basta avisar e daremos um tempo para seu descanso. Poderemos até continuar no dia seguinte ou interromper a sua participação, sem qualquer prejuízo para o(a) senhor(a).

**2) Coleta de Sangue:** serão coletados aproximadamente 15 ml de sangue e esse material será utilizado, exclusivamente para o alcance dos objetivos apresentados. Após a análise laboratorial, ele será desprezado, garantindo que o sangue não será usado para qualquer outro fim.

O procedimento será executado por pessoal treinado com técnica rigorosa e material esterilizado e descartável. No local da punção poderá aparecer uma mancha arroxeadada que logo desaparecerá.

O(a) senhor(a) poderá aceitar ou não esta etapa da pesquisa e terá liberdade para participar somente da entrevista.

Em caso de aceite, marque SIM (casela abaixo) para a coleta de sangue e em caso de recusa, marque NÃO:

**Coleta de sangue [ ] SIM [ ] NÃO**

Informamos, ainda, que seu nome não aparecerá na pesquisa, sendo garantido o sigilo quanto à sua identidade. Garantimos que o(a) senhor(a) não sofrerá constrangimentos, danos, prejuízos ou despesas financeiras. Também não receberá nenhum pagamento ou gratificação por participar, tendo total liberdade de se recusar ou retirar o consentimento a qualquer momento. Os resultados deste estudo serão posteriormente divulgados em eventos científicos e publicados em revistas científicas.

A coordenadora geral desta pesquisa é a Prof<sup>a</sup> Adélia Yaeko Kyosen Nakatani, da Faculdade de Enfermagem/UFG e poderá esclarecê-lo em caso de dúvidas pelos telefones: (62)3209-6280, (62)8194-0294 (inclusive ligações a cobrar).

Após os esclarecimentos e informações, se o(a) senhor(a) aceitar fazer parte do estudo, favor assinar abaixo, em duas vias de igual conteúdo. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Para outros esclarecimentos, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone (62) 3521-1075 ou 3521-1076.

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Concordo em participar do estudo **“SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GOIÁS”**, fornecendo informações solicitadas. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela entrevistadora \_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento, caso necessário.

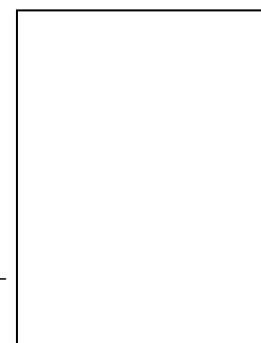
Local e data: \_\_\_\_\_

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Testemunha: (nome) \_\_\_\_\_

Testemunha: (ass.) \_\_\_\_\_





## APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás  
REVISI - Rede de Vigilância à Saúde do Idoso

### Situação de Saúde da População Idosa do Município de Goiânia-GO

#### IDENTIFICAÇÃO

1. Nome completo: \_\_\_\_\_  
Quem respondeu: \_\_\_\_\_  
1[ ] o próprio 2[ ] o familiar 3[ ] o cuidador 4[ ] o idoso com ajuda do cuidador/familiar 5[ ] outros \_\_\_\_\_  
2. Data da entrevista: \_\_/\_\_/\_\_\_\_. 3. Hora início entrevista \_\_\_\_\_  
4. Entrevistador: \_\_\_\_\_  
5. Endereço completo (com referência de localização): \_\_\_\_\_  
6. Telefones para contato: \_\_\_\_\_  
7. Sexo: 1[ ] Masculino 2[ ] Feminino 8. Data de nascimento \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 8.1 Idade: \_\_\_\_\_ anos  
9. Estado civil 1[ ] Casado 2[ ] Solteiro 3[ ] Viúvo 4[ ] Divorciado  
10. Tem filhos? 1[ ] sim 10.1 Quantos filhos vivos? \_\_\_\_ 2[ ] não

\*\*\*\*\***APLICAR MINIMENTAL**\*\*\*\*\*

#### Folha avulsa

#### ESCORES MINIMENTAL:

- ( ) **NORMAL** ≥ 26  
( ) **COMPROMETIMENTO COGNITIVO** < 24  
( ) **LIMÍTROFE** = ENTRE 24 E 26

#### PERFIL SOCIAL

11. Qual a escolaridade do(a) Sr(a)?

1[ ] analfabeto	2[ ] sabe ler e escrever e nunca foi à escola	3[ ] primário completo/incompleto
4[ ] ensino médio completo/incompleto	5[ ] superior completo/incompleto	

12. Atualmente o(a) Sr(a) recebe algum rendimento? 1[ ] sim quanto? \_\_\_\_\_ 2[ ] não

13. Esse dinheiro provém de 1[ ] Aposentadoria 2[ ] Pensão 3[ ] Benefício (BPC) 4[ ] outro

14. Se aposentado(a) qual o motivo? 1[ ] tempo de serviço 2[ ] por idade 3[ ] por problema de saúde

15. Se por problema de saúde, qual foi o problema?

1[ ] cardiovascular	2[ ] respiratório	3[ ] músculo esquelético
4[ ] psiquiátrico	5[ ] outro Especificar: _____	

16. Exerce trabalho remunerado? 1[ ] sim quanto recebe? \_\_\_\_\_ 2[ ] não

17. Qual a renda total da sua família que mora nessa casa? \_\_\_\_\_

18. Quantas pessoas moram nesta casa? \_\_\_\_\_

19. Quem mora aqui além do Sr (a)? 1[ ] mora sozinho 2[ ] esposa(o) 3[ ] filhos(as) 9[ ] outros, quais? \_\_\_\_\_

20. Essa moradia é? 1[ ] própria 2[ ] alugada 3[ ] emprestada 4[ ] financiada 9[ ] outros

21. Essa moradia é? 1[ ] alvenaria 2[ ] de madeira 9[ ] outro material, qual? \_\_\_\_\_

22. Quantos cômodos existem nesta casa? \_\_\_\_\_ cômodos (exceto banheiros)

**23. Nesta casa existe:**

Água tratada (SANEAGO)?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> não sabe	Fossa séptica?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> não sabe
Rede de coleta de esgoto?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> não sabe	Cisterna?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> não sabe
Asfalto na rua?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> não sabe	Coleta regular de lixo?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> não sabe

24. Quando o(a) Sr(a) precisa sair e se locomover para outras regiões da cidade, que meio de transporte o(a) Sr(a) utiliza? 1[ ]carro 2[ ]ônibus 9[ ]outros Qual? \_\_\_\_\_

25. Se utiliza ônibus o(a) Sr(a) tem Passe Livre? 1[ ] sim 2[ ] não

**CUIDADOR**

26. Na sua opinião, o(a) Sr(a) **PRECISA** de alguém pra lhe ajudar nas tarefas do dia a dia? 1[ ] sim 2[ ] não

27. O(a) Sr(a) tem alguém pra lhe ajudar nas tarefas do dia a dia? 1[ ] sim 2[ ] não

27.1 Quem é essa pessoa? 1[ ] familiar 2[ ] não familiar

27.2 Ele(a) é pago(a) pra isso? 1[ ] sim 2[ ] não

27.3 Ele(a) tem formação na área da saúde? 1[ ] sim 2[ ] não Se SIM, qual? \_\_\_\_\_

27.4 Ele (a) Presta atenção no que você fala ? 1[ ] sim 2[ ] não

27.5. Ele (a) é cuidadosa, atenciosa e se preocupa com as suas necessidades? 1[ ] sim 2[ ] não

**ESSA PESSOA AJUDA:**

27.6 na relação com sua família e as suas necessidades de saúde? 1[ ] sim 2[ ] não

27.7 na sua higiene pessoal (banho, cortar as unhas, ....)? 1[ ] sim 2[ ] não

27.8 na higiene da casa? 1[ ] sim 2[ ] não 27.9 na sua alimentação? 1[ ] sim 2[ ] não

27.10 a ir ao banco, locomover-se ou viajar? 1[ ] sim 2[ ] não

27.11 a fazer exercício físico (caminhada, ....)? 1[ ] sim 2[ ] não

27.12 nas suas atividades de lazer (leitura, passeios, trabalhos manuais) ? 1[ ] sim 2[ ] não

27.13 nas atividades domésticas e de ocupação (*cuidar do jardim, fazer crochê, cozinhar*)? 1[ ] sim 2[ ] não

27.14 a tomar remédios? 1[ ] sim 2[ ] não

**SAÚDE GERAL E ANTECEDENTES FAMILIARES**

28. Em geral o(a) Sr.(a) diria que sua saúde é: 1[ ] ótima 2[ ] boa 3[ ] regular 4[ ] ruim 5[ ] péssima

29. Em comparação com outras pessoas de sua idade, o Sr. diria que sua saúde é: 1[ ] melhor 2[ ] igual 3[ ] pior

30. Vou ler o nome de algumas doenças. Quais destas doenças o médico já disse que o(a) Sr(a) tem?

Diabetes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem mais da família tem? 1[ ] Pais 2[ ] filhos 3[ ] netos
Hipertensão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem mais da família tem? 1[ ] Pais 2[ ] filhos 3[ ] netos
Excesso de peso (obesidade)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Baixo peso (desnutrição)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Triglicérides elevado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Câncer	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem mais da família tem? 1[ ] Pais 2[ ] filhos 3[ ] netos
Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem mais da família tem? 1[ ] Pais 2[ ] filhos 3[ ] netos
Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem mais da família tem? 1[ ] Pais 2[ ] filhos 3[ ] netos
Asma, bronquite, outros problemas respiratórios	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
D.Osteomusculares	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Depressão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem mais da família tem? 1[ ] Pais 2[ ] filhos 3[ ] netos
Problemas na memória (caduco)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem mais da família tem? 1[ ] Pais 2[ ] filhos 3[ ] netos
Problemas na tireóide	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quem mais da família tem? 1[ ] Pais 2[ ] filhos 3[ ] netos
Catarata	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Não	
Outros _____			

31. O Senhor(a) teve diarreia no último ano? 1[ ] Sim Quantas vezes no ano? \_\_\_\_\_ 2[ ] Não

3[ ] Não lembro

32. Quais os remédios que o(a) sr(a) usa regularmente? Realocação da pergunta (128 para 32)

INDICAÇÃO = (1) receita médica atual (2) vizinho (3) balconista da farmácia (4) por conta própria (5) familiar (6) receita antiga

Nome legível	Categoria	Indicação	Nome legível	Categoria	Indicação

Grupos de medicamentos em uso:

1 [ ] Sedativos/ansiolíticos	5 [ ] Antiinflamatórios	9 [ ] Redutores de colesterol
2 [ ] Antidepressivos	6 [ ] Diuréticos	10 [ ] Insulina
3 [ ] Anticonvulsivantes	7 [ ] Antibióticos	11 [ ] outros
4 [ ] Drogas cardiovasculares (cardiotônicos, antihipertensivos)	8 [ ] Hipoglicemiantes orais	

33. O Senhor (a) acha que faz hoje menos atividades físicas do que fazia há um ano atrás (12 meses)

1[ ] sim 2[ ] não 3[ ] Não sabe

34. Pedir ao idoso que caminhe a distância de 3,0 m, demarcados com fita adesiva, e anote:

1[ ] Não consegue caminhar 2[ ] caminha em linha reta 3[ ] caminha com desvio

4[ ] utiliza dispositivo para auxiliar na marcha Qual \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_ segundos

35. Como é a sua visão?

1[ ] sem déficit 2[ ] déficit corrigido com órtese 3[ ] déficit não corrigido (com ou sem órtese)

4[ ] cegueira

36. Com que frequência os seus problemas de visão lhe dificultam realizar as coisas que quer fazer?

1[ ] Sempre ou frequentemente 2[ ] Ocasionalmente ou raramente 3[ ] Nunca

37. Como é a sua audição?

1[ ] Sem déficit 2[ ] Déficit corrigido com órtese 3[ ] Déficit não corrigido (com ou sem órtese)

4[ ] surdez

38. Com que frequência os seus problemas auditivos lhe dificultam realizar as coisas que quer fazer?

1[ ] Sempre ou frequentemente 2[ ] Ocasionalmente ou raramente 3[ ] Nunca

39. Medida de P.A. sistólica \_\_\_\_\_ mmHg x diastólica \_\_\_\_\_ mmHg

39.1 – A medida foi realizada na posição 1[ ] sentada 2[ ] deitada

Registrar somente a segunda medida. Medir no braço direito

40. Peso: \_\_\_\_\_ kg 40.1 Altura: \_\_\_\_\_ m (referidos)

### HÁBITOS DE VIDA

#### TABAGISMO

41. O(a) sr(a) Fuma?

1[ ] sim, diariamente (vá para a questão 42 a 45)

2[ ] sim, ocasionalmente (vá para questões 42 a 45)

3[ ] não, nunca fumei (pule para a questão 46)

4[ ] fumei e parei (pular para a questão 43 e 45)

42. Quantos cigarros o(a) senhor(a) fuma por dia?

1[ ] 1-4 2[ ] 5-9 3[ ] 10-14 4[ ] 15-19 5[ ] 20-29 6[ ] 30-39 7[ ] 40 ou +

43. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando começou a fumar regularmente? \_\_\_\_\_ anos 1[ ] não lembra

44. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? 1[ ] sim 2[ ] não

45. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar? \_\_\_\_\_ anos 1[ ] não lembra

**ATIVIDADE FÍSICA**

46. Pratica alguma atividade física, no mínimo 3 x/semana (regularmente) ? 1 [ ] SIM 2 [ ] NÃO

47. Qual atividade pratica?

1 [ ] Caminhada	3. [ ] Ginástica	9 [ ] outros
2 [ ] Hidroginástica	4. [ ] Dança	

48. Por que não pratica?

1 [ ] dificuldade motora	3. [ ] falta de acesso	9 [ ] outros _____
2 [ ] falta de tempo	4. [ ] indisposição e falta de vontade	

**INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA**

49. O senhor costuma consumir bebida alcoólica? 1 [ ] sim 2 [ ] sim, mas não nos últimos 30 dias  
3 [ ] não consumo 4 [ ] já consumi e parei

50. Com que frequência o(a) senhor(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?

1 [ ] todos os dias 2 [ ] 5 a 6 dias/sem 3 [ ] 3 a 4 dias/sem

4 [ ] 1 a 2 dias por semana 5 [ ] ocasionalmente 6 [ ] nunca

51. No último mês, o senhor chegou a consumir num único dia (DOSE = latas de cerveja/taças de vinho/doses destilados)

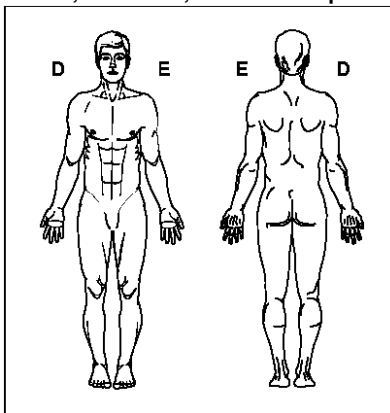
1 [ ] UMA DOSE	3. [ ] QUATRO DOSES
2 [ ] DUAS DOSES	4. [ ] MAIS DE CINCO DOSES

**AValiação DA DOR**

52. Ao longo da vida, muitas pessoas têm algum tipo de dor (como dor de cabeça comum, dor muscular ou lombar, dor de dente etc.). Nos últimos 03 meses, o(a) senhor(a) sentiu algum tipo de dor?

1 [ ] sim [prosseguir com as próximas perguntas do bloco] 2 [ ] não [passar para próximo bloco]

53. Se sim, peça que a pessoa coloque a mão no local onde sente **DOR**. Verifique o local, e marque no diagrama corporal e no quadro ao lado, com um x, a área correspondente:



1. Cabeça	Sim	Não	9. Espinha lombar	Sim	Não
2. Face	Sim	Não	10. Sacral	Sim	Não
3. Pescoço	Sim	Não	11. Cóccix	Sim	Não
4. Região cervical	Sim	Não	12. MMII	Sim	Não
5. Ombros	Sim	Não	13. Região anal	Sim	Não
6. MMSS	Sim	Não	14. Região pélvica	Sim	Não
7. Região Torácica	Sim	Não	15. Região genital	Sim	Não
8. Abdome	Sim	Não	16. Mais que 3 locais	Sim	Não

54. Agora escreva no espaço em branco o local da **PRINCIPAL DOR**: \_\_\_\_\_

55. Há quanto tempo o(a) senhor(a) sente A **PRINCIPAL DOR**?

1 [ ] há menos de três meses 2 [ ] há mais de três meses e menos que seis

3 [ ] de 6 meses a um ano 4 [ ] de 1 a 5 anos 5 [ ] de 5 a 10 anos 6 [ ] mais de 10 anos

56. Qual(is) dessas(s) palavra(s) o(a) senhor(a) usaria para descrever sua **PRINCIPAL DOR**?

1 [ ] pontada/alfinetada 2 [ ] choque/descarga elétrica 3 [ ] pulsante, como martelada

4 [ ] aperto/esmagamento 5 [ ] calor/queimação 6 [ ] formigamento

7 [ ] frio/ congelando 8 [ ] Coceira/comichão/dormência 9 [ ] outras \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

57. O(a) senhor(a) está sentindo essa dor **AGORA**? 1. [ ] Sim 2. [ ] Não

58. Na última semana, com que frequência o sr(a) senhor(a) sentiu essa dor?


1 [ ] Nenhuma vez 2 [ ] Às vezes

3 [ ] Frequentemente (mas nem sempre) 4 [ ] Continuamente (o tempo todo)

59. Nos últimos 7 dias, como o(a) senhor(a) avaliaria a sua **PRINCIPAL DOR** no pior momento (no auge/pico), usando uma escala de 0 a 10, onde 0 representa “nenhuma dor” e 10 representa “a pior dor possível”?

(apresentar a escala no chart e marcar a nota aqui: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |)

60. E qual a face que melhor representa a quantidade de sua dor? (apresentar a escala no chart e marcar aqui a face

escolhida  (0,1,2,3,4,5,6) Forma de anotação do escore que o idoso marcar no chart

61. Qual das duas escalas o(a) senhor(a) preferiu? 1[ ] de números 2[ ] de desenhos de faces

62. Quais medicamentos o(a) senhor(a) utiliza para o alívio da dor? \_\_\_\_\_

63. Quem indicou (prescreveu) o medicamento? 1[ ] médico (receita atual) 2[ ] vizinho/amigo 3[ ] balconista da farmácia 4[ ] por conta própria 5[ ] familiar 6[ ] baseou-se em receita anterior

### SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

O(a) Sr(a) costuma ter

64. Tosse, sem estar resfriado(a)?	1[ ] sim 64.1. Quantos meses por ano tosse todos os dias? 1[ ] maior ou igual a 03 meses 2[ ] menor de 3 meses 64.2. Há quantos anos o(a) Sr(a) tem essa tosse? 1[ ] menos de 2 anos 2[ ] de 2 a 5 anos 3[ ] mais de 5 anos	2[ ] não
65. Catarro que vem do pulmão ou catarro que é difícil de colocar para fora, mesmo sem estar resfriado	1[ ] sim 65.1 Existem meses em que tem esse catarro quase todos os dias? 1[ ] sim Quais _____ 2[ ] não 65.2 Quantos meses por ano o senhor tem esse catarro 1[ ] maior que 3 meses 2[ ] menor ou igual a 3 meses	2[ ] não
66. Chiado no peito, alguma vez, nos últimos 12 meses?	1[ ] sim	2[ ] não
67. Algum problema que o(a) impede de andar, que não seja doença no pulmão e coração	1[ ] sim Problemas-----	2[ ] não
68. Sente falta de ar ?	1 [ ] SIM 1 [ ] quando caminha rápido no chão reto 2 [ ] quando caminha rápido numa pequena subida 3 [ ] a ponto de impedir a trocar roupa 4 [ ] a ponto de ter que parar andar, mesmo que no chão reto, para tentar respirar melhor	2[ ] não
69. O Sr(a) já trabalhou em ambientes com grande quantidade de pó ou poeira?	1[ ] sim Quanto tempo? _____	2[ ] não
70. Na sua família há alguém com problema de respiração?	1[ ] sim Quem? _____	2[ ] não
71. Na sua infância você foi internado por problema de respiração?	1[ ] sim	2[ ] não 3[ ] não sabe
72. Foi internado nos últimos 12 meses por problema de respiração?	1[ ] sim	2[ ] não

### AVALIAÇÃO FUNCIONAL

73. Precisamos entender algumas dificuldades que as pessoas tem em realizar certas atividades que são importantes para a vida diária devido a algum problema de saúde. Vou lhe dizer algumas tarefas do dia-a-dia e o Sr. vai dizer se sente dificuldade.

#### INDEX DE INDEPENDENCIA NAS ATIVIDADES BASICAS DE VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F.

#### FORMULARIO DE AVALIACAO DAS ATIVIDADES BASICAS DE VIDA DIARIA, KATZ.

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão orientação ou auxílio pessoal.

<b>Banho</b> - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.	(1) Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa usualmente utilizada para banho)
	(2) Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)
	(3) Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo

<b>Vestir-</b> para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos esta excluído da avaliação. A designação de dependência é dada as pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.	(1) Pega as roupas e se veste completamente sem assistência
	(2) Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos
	(3) Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
<b>Banheiro-</b> a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro com excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;	(1) Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)
	(2) Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite
	(3) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
<b>Transferência-</b> a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências	(1) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)
	(2) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio
	(3) Não sai da cama
<b>Continência-</b> "Continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência esta relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente	(1) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.
	(2) Tem "acidentes" ocasionais (perdas urinárias ou fecais)
	(3) Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
<b>Alimentação:</b> a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) a boca. O ato de cortar os alimentos ou prepara-los esta excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal, que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem.	(1) Alimenta-se sem assistência
	(2) Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão
	(3) Recebe assistência para alimentar-se ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

#### 74 Avaliação Instrumental de Vida diária (AIVD) – Escala de Lawton Mudança na forma de resposta

Avaliação dos resultados: para cada questão, a primeira resposta significa independência, a segunda, dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência, A pontuação máxima é 27 pontos. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escada ou cuidar do jardim.

74.1. O(a) Senhor(a) consegue usar o telefone?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
74.2. O(a) Senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
74.3. O(a) Senhor(a) consegue fazer compras?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
74.4. O(a) Senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
74.5. O(a) Senhor(a) consegue arrumar a casa?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
74.6. O(a) Senhor(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos como pequenos reparos?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
74.7. O(a) Senhor(a) consegue lavar e passar sua roupa?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
74.8. O(a) Senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
74.9. O(a) Senhor(a) consegue cuidar de suas finanças?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)

Pontuação Obtida: \_\_\_\_\_ pontos

**APGAR FAMILIAR Realocação das questões 129 a 133**

75. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) pois pode recorrer à sua família em busca de ajuda quando alguma coisa está te incomodando ou preocupando? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**

76. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) conversam e compartilham os problemas? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**

77. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira como sua família aceita e apóia seus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**

78. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família demonstra afeição e reage às suas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**

79. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) compartilham o tempo juntos? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**

**QUALIDADE DE VIDA  
QUESTIONÁRIO SF-36**

**80. SF-36 PESQUISA EM SAÚDE** - Instruções: esta pesquisa questiona sobre sua saúde. Responder cada questão marcando a resposta como indicado. Caso esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o mais próximo de como você se sente.

80.1 - Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

80.2 – Se comparada há um ano: (circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano	1
Um pouco melhor agora do que há um ano	2
Quase a mesma de há um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano	4
Muito pior agora do que há um ano	5

80.3 – Os itens abaixo são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número para cada linha)

ATIVIDADES	SIM Dificulta muito	SIM Dificulta um pouco	NÃO Dificulta de modo algum
a) <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
e) Subir <b>um lance</b> de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3

h) Andar <b>vários</b> quartos	1	2	3
i) Andar <b>um</b> quarto	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se			

80.4 – Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**  
(circule um número para cada linha)

ATIVIDADES	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c) Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve <b>dificuldades</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

80.5 – Durante **as últimas 4 semanas** você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como se sentir deprimido ansioso)? (circule um número para cada linha)

ATIVIDADES	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	1	2

80.6 – Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos, aos amigos ou em grupo? (circule uma)

ATIVIDADES	SIM
De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

80.7 – Quanta dor no corpo você teve durante **as últimas 4 semanas?** (circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito Grave	6

80.8 – Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho



fora de casa como o de dentro de casa)? (circule uma)

ATIVIDADES	SIM
De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

80.9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação **às últimas 4 semanas**.

ATIVIDADES	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?						

80.10 – Durante **as últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo, **sua saúde física ou problemas emocionais**, interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule uma)

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

80.11 – O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você?

ATIVIDADES	Definitivamente	A maioria	Não	A	Definitivamente
------------	-----------------	-----------	-----	---	-----------------

	verdadeiro	das vezes verdadeiro	sei	maioria das vezes falsa	falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas					
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar					
d) Minha saúde é excelente					

### FRAGILIDADE

81. No último ano o(a) senhor(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta ou atividade física?  
1[ ] Sim, \_\_\_\_\_ Kg    2[ ] Não    3[ ] não sabe
82. No último ano o(a) senhor(a) acha que sua força (mão e braço) diminuiu?  
1[ ] Sim    2[ ] Não    3[ ] Não sabe
83. Na última semana o senhor(a) sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das tarefas habituais?  
1[ ] Sim. Quantos dias? \_\_\_\_\_ 2[ ] Não    3[ ] Não sabe
84. Na última semana o senhor(a) conseguiu levar adiante suas tarefas?  
1[ ] Sim    Quantos dias? \_\_\_\_\_    2[ ] Não    3[ ] Não sabe

### QUEDAS

85. O(a) Sr(a) sofreu alguma queda no último ano? 1[ ] sim 2[ ] não
86. Se sim, quantas? 1[ ] uma 2[ ] duas 3[ ] três ou mais
87. Qual o motivo? 1[ ] extrínseco (tropeçou, escorregou, esbarrou, trombou...)  
2[ ] intrínseco (sentiu tontura, escureceu a vista, desmaiou...)
88. O(a) Sr(a) apresentou quais conseqüências físicas da última queda?
- |                        |                           |             |
|------------------------|---------------------------|-------------|
| 1[ ] Fratura           | 3.[ ] lesões neurológicas | 5[ ] nenhum |
| 2[ ] contusão e ferida | 4.[ ] imobilização        | 6[ ] outros |

### ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

#### VACINAÇÃO

89. O(a) Sr(a) tem cartão de vacinação? 1[ ] sim    *Se SIM, preencher os dados abaixo* 2[ ] não
- 89.1 Vacinação contra influenza no último ano? 1[ ] sim 2[ ] Não
- 89.2 Vacinação contra tétano nos últimos 10 anos 1[ ] sim 2[ ] Não (dT)
- 89.3 Vacinação contra febre amarela nos últimos 10 anos? 1[ ] sim 2[ ] Não

#### PROCURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

90. Nos últimos seis meses o (a) Sr(a) teve algum problema que lhe fez procurar algum Serviço de Saúde?  
1[ ] sim 2[ ] Não
91. Se SIM, qual motivo? \_\_\_\_\_ (anote a causa).
92. Qual serviço de saúde foi procurado?

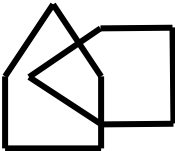
1[ ] Posto de Saúde	4.[ ] Centro de especialidades	7[ ] Consultório particular	10[ ] Atendimento farmacêutico
2[ ] Ambulatório do hospital	5[ ] Sindicato ou empresa / Associação de bairro	8[ ] Pronto-socorro do SUS	
3.[ ] Ambulatório da faculdade	6[ ] Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	9[ ] Pronto-atendimento particular / convênio	11[ ] Outro _____

- 93 O(a) Sr(a) conseguiu resolver o problema? 1[ ] Sim 2[ ] Não



MINIMENTAL

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (Folstein et al, 1975)

			PONTOS	PACIENTE
<b>ORIENTAÇÃO TEMPORAL</b>	ANO		1	
	MÊS		1	
	DIA DO MÊS		1	
	DIA DA SEMANA		1	
	HORA APROXIMADA		1	
<b>ORIENTAÇÃO ESPACIAL</b>	ESTADO		1	
	CIDADE		1	
	SETOR OU BAIRRO		1	
	LOCAL GENÉRICO (RESIDÊNCIA, HOSPITAL, CLÍNICA)		1	
	LOCAL ESPECÍFICO (APOSENTO, SETOR, CONSULTÓRIO)		1	
<b>MEMÓRIA IMEDIATA</b>	NOMEIE 3 OBJETOS E PEÇA PARA O PACIENTE REPETIR  (Exemplo: <b>Vaso, carro, tijolo</b> )		1 para cada objeto (total = 3)	
<b>ATENÇÃO E CÁLCULO</b>	DIMINUIR 7 DE 100 5 VEZES SUCESSIVAS	❖ 100-7= 93 ❖ 93-7= 86 ❖ 86-7= 79 ❖ 79-7= 72 ❖ 72-7= 65	1 para cada subtração (total = 5)	
<b>MEMÓRIA DE EVOCÇÃO</b>	REPETIR OS 3 OBJETOS ACIMA (Vaso, carro, tijolo)		1 para cada objeto (total = 3)	
<b>LINGUAGEM</b>	NOMEAR 2 OBJETOS (EX: RELOGIO, CANETA)		1 para cada objeto (total = 2)	
	REPETIR "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"		1	
	SEGUIR O COMANDO DE 3 ESTÁGIOS: <b><u>"PEGUE O PAPEL SOBRE A MESA COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO UMA VEZ E COLOQUE-O DE VOLTA NA MESA"</u></b>		1 para cada estágio (total = 3)	
	LEIA E EXECUTE A ORDEM: "FECHE OS OLHOS"		1	
	ESCREVER UMA FRASE		1	
	COPIAR O DESENHO: 		1	
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		<b>30</b>		

Pontua-se as respostas certas

ESCORES:

( ) NORMAL  $\geq 26$

( ) COMPROMETIMENTO COGNITIVO  $< 24$

( ) LIMÍTROFE = ENTRE 24 E 26

(folha avulsa para aplicação do MINIMENTAL)

Nome do entrevistado : \_\_\_\_\_

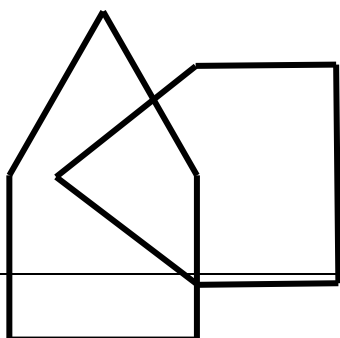
**LEIA E EXECUTE A ORDEM: “ FECHE OS OLHOS”**

---

ESCREVER UMA FRASE :

---

COPIAR O DESENHO



## ANEXOS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PROTOCOLO  
050/2009

Goiânia, 15 de setembro de 2009

### PARECER CONSUBSTANCIADO

#### I. IDENTIFICAÇÃO:

**Título do projeto:** "SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE GOIANIA-GOIÁS."

**Pesquisador Responsável:** Adélia Yaeiko Kyosen Nakatani


**Pesquisador Participante:**

Prof. Rita Goreti Amaral (PT), Joana D'arc Ximenes Alcantar, Prof. Dra. Divina das Dores de Paula Cardoso (IPTSP/UFV), Prof. Dr. Eugênio Emília Walquíria Inês Molinari Madlum (IPTSP/UFV), Prof. Dr. Lilian Varanda Pereira (FEN/UFV), Prof. Dra. Fabíola Souza Fiaccadori (IPTSP/UFV), Profa. Dra. Ana Luiza Lima Sousa FEN/UFV, Prof. Ms. Elias Rassi Neto (IPTSP/UFV), Prof. Dr. Geraldo Sadoyama IPTSP/UFV, Prof. Ms. Ruth Losada de Menezes (ENF/UCC), Ms. Mabel del Socorro Cala de Rodriguez (SES), Kátia Regina Borges (SMS), Dra. Filomena Gutierrez Costa (SMS), Ms. Angelita Evaristo Barbosa Pontes (SMS), Sandro Rogério Rodrigues Batista (SMS), Diana Louise Nogueira da Silva (SMS), Sirlene Gomes de Oliveira Borges (SES)

**Local de realização:** Departamento Rede Básica- UFV

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, **Aprovou**, o projeto acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFV, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão (des) e publicação (des) de acordo com as recomendações da Resolução 196/96.

  
Prof. Dra Rita Goreti Amaral  
Coordenadora do CEP/UFV