

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE**  
**MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

**TATIANA SILVEIRA**

**FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS**  
**QUE RESIDEM NO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

**UBERABA/MG**

**2015**

**TATIANA SILVEIRA**

**FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS  
QUE RESIDEM NO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação stricto sensu - Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Leiner Resende Rodrigues

**Linha de Pesquisa:** Atenção à Saúde das Populações.

**Eixo temático:** Saúde do Adulto e Idoso

UBERABA/MG

2015

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

S591f Silveira, Tatiana  
Fatores associados à funcionalidade familiar de idosos que residem no interior de Minas Gerais / Tatiana Silveira. -- 2015.  
74 f. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2015  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Leiner Resende Rodrigues

1. Relações familiares. 2. Família. 3. Idoso. I. Rodrigues, Leiner Resende. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 316.812.1-053-9

TATIANA SILVEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS  
QUE RESIDEM NO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação stricto sensu - Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

**Linha de Pesquisa:** Atenção à Saúde das Populações.

**Eixo temático:** Saúde do Adulto e Idoso

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Leiner Resende Rodrigues – Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Lislei Jorge Patrizzi Martins  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Keika Inouye  
Universidade Federal de São Carlos

Dedico este trabalho ao meu pai Vanderlei, que sempre me incentivou a estudar e buscar meus objetivos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente a Deus, pela a oportunidade de ampliar meus conhecimentos e concretizar mais um sonho.

À Casa Espírita Irmão Franklin pelo apoio, orientação, força e amparo ao longo deste percurso.

Aos meus pais, Vanderlei e Carmem, pelo apoio incondicional, pelo amor, pelo carinho e pela compreensão.

Aos meus irmãos Adriano e Vanderlei e minha irmã Mirtes pelo apoio e incentivo.

Ao meu namorado, Fabiano, pelo amor, pelo carinho, pela cumplicidade, pela paciência, pela compreensão das ausências, pelo incentivo e por acreditar na minha conquista, tudo para que meu sonho tornasse realidade.

Aos familiares (sobrinhos, cunhados) pelo incentivo e torcida.

À minha orientadora, Professora Doutora Leiner Resende Rodrigues, por acreditar nesta temática, pela confiança, pela orientação, pelos ensinamentos, pelas oportunidades, pelo apoio incondicional.

À Professora Doutora Darlene Mara dos Santos Tavares, pelas excelentes e preciosas contribuições neste manuscrito.

À professora Doutora Lislei Jorge Patrizzi Martins, pela confiança, apoio incondicional, incentivo, colaboração e contribuição para meu crescimento e aprendizado.

À professora Doutora Keika Inouye, pelo aceite do convite e pelas contribuições neste manuscrito.

Aos meus amigos Daniela Ohara e Maycon Pegorari, pela amizade, pelo carinho, pelo apoio e incentivo desde o período da Factus, passando pela Residência Multiprofissional e agora pelo mestrado, contribuindo para meu crescimento e aprendizado.

Às minhas amigas Laiene Cristine Alves Silva, Ana Tereza Melo, Mariana Buranello e Gianna Fiori pelo companheirismo, pela dedicação e colaboração nessa trajetória.

Aos amigos e colegas da PPGAS, pela convivência e aprendizado ao longo desta trajetória.

À doutoranda Nayara Molina pelo apoio nos momentos difíceis, pela orientação e colaboração neste manuscrito.

Ao Professor Doutor Vanderlei José Hass, pela paciência, pelo apoio e pelos preciosos ensinamentos.

Aos idosos do município de Uberaba, que nos acolheram em seus domicílios e colaboraram com a pesquisa.

À CAPES, pelo auxílio financeiro.

Ao programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, pela oportunidade e aprendizado.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva pela oportunidade, convivência e aprendizado.

A todos que contribuíram para este trabalho, muito obrigada!

## RESUMO

SILVEIRA, Tatiana. **Fatores associados à funcionalidade familiar de idosos que residem no interior de Minas Gerais**. 2015. 75f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde). Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

O gradativo aumento da população idosa tem sido um importante fenômeno mundial. Com envelhecimento, esses idosos podem necessitar de cuidados. Desta forma, a família torna-se membro fundamental das redes informais de apoio a essa população. Mas nem sempre as famílias encontram-se preparadas para esse cuidado, comprometendo assim a funcionalidade familiar. Este estudo objetivou descrever as características sociodemográficas, econômicas, de saúde dos idosos comunitários; determinar os escores de capacidade funcional e funcionalidade familiar e analisar a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, de saúde, bem como a capacidade funcional sobre a funcionalidade familiar. Estudo do tipo inquérito domiciliar; transversal e analítico, conduzido com 637 idosos residentes na área urbana do município de Uberaba, Minas Gerais (MG). Os instrumentos utilizados foram: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Questionário com informações referentes aos aspectos sociodemográficos, econômicos e de saúde construído pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da universidade, Escala de Katz, Escala de Lawton e Brody e o Apgar de Família. Procedeu-se a análise com os testes: distribuição de frequências e percentuais para variáveis categóricas, medidas de centralidade e dispersão para variáveis numéricas, Teste-T, Correlação de Pearson e Spearman, e o modelo de regressão linear múltipla ( $p < 0,05$ ), por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, parecer nº 493.211. Houve predomínio de idosos do sexo feminino (66,6%), faixa etária 60-70 anos (42,1%), casados (42,7%), 1-5 anos de estudo (51%), renda de um salário mínimo (45,1%) e residem acompanhados (79,7%). Em relação às condições de saúde apresentaram percepção de saúde regular (39,9%), de 1-7 morbidades (57,5%) sendo as mais prevalentes: hipertensão arterial (65,6%), problemas visuais (61,4%), problemas de coluna (49,3%) e artrite/artrose (39,1%), ausência de quedas (73,2%) e de hospitalizações (82,1%). Concernente às atividades básicas de vida diária (ABVD'S), 76,9% dos idosos são independentes e, para as atividades instrumentais (AIVD'S), 62% são dependentes. Quanto a Funcionalidade familiar: 87,8% das famílias são altamente funcionais, 5,8% moderadamente disfuncionais e 6,4% com disfunções acentuadas. Consolidaram-se como fatores associados à funcionalidade familiar, respectivamente:



percepção de saúde ( $p < 0,001$ ), idade ( $p = 0,003$ ), quedas ( $p = 0,004$ ) e depressão ( $p = 0,007$ ). Compreender o funcionamento da família possibilita aos profissionais de saúde traçar ações e intervenções direcionadas, buscando o reequilíbrio entre as relações familiares e promover assim um cuidado mais integral e eficaz.

Palavras-chave: Idoso. Família. Relações Familiares.

## ABSTRACT

SILVEIRA, Tatiana. **Factors associated with family functionality among the elderly residing in Minas Gerais.** 2015. 75f. Dissertation (Master in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais state, Brazil, 2015.

The gradual increase in the elderly population has been a major worldwide phenomenon. With aging, the elderly may need care. Thus, family becomes a key member of informal support networks for the elderly population. However, not all the families are prepared for giving out this type of care, thereby compromising family functionality. This study aimed to describe the sociodemographic, economic, and health characteristics of the elderly community; determine the scores of functional capacity and family functionality; and analyze the influence of sociodemographic, economic, and health variables, as well as functional capacity, on family functionality. The study was a transversal and analytical household survey type, conducted on 637 elderly residents in the urban area of the city of Uberaba, Minas Gerais, Brazil. The instruments used were: Mini-Mental State Examination (MMSE) questionnaire with information regarding demographic, economic and health aspects built by the Community Health Research Group at the University, Katz Scale, Lawton Scale, and Brody and Apgar Family Scores. The analysis conducted with the tests: distribution of frequencies and percentages for categorical variables, central and dispersion measures for numeric variables, T-test, Pearson and Spearman correlation, and the multiple linear regression model ( $p < 0.05$ ), through the statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19.0. This study was approved by the Ethics Committee, opinion number 493.211. There was a predominance of female elderly (66.6%), age 60–70 years (42.1%), married (42.7%), 1–5 years of education (51%), income from minimum wages (45.1%) and residing with others (79.7%). Regarding health conditions 39.9% presented regular health perception of 1–7 morbidities (57.5%) being the most prevalent: hypertension (65.6%), visual problems (61.4%), back problems (49.3%) and arthritis/ osteoarthritis (39.1%), absence of falls (73.2%) and hospitalizations (82.1%). Concerning basic daily life activities (ABVD'S), 76.9% of the elderly are independent and, for instrumental activities (AIVD'S), 62% are dependent. Regarding Family Functionality: 87.8% of families are highly functional, 5.8% are moderately dysfunctional, and 6.4% had marked dysfunction. Factors consolidated as associated with family functioning were, respectively: health perception ( $p < 0.001$ ), age ( $p = 0.003$ ), falls ( $p = 0.004$ ) and depression ( $p = 0.007$ ). The detection of factors that generate family dysfunction provides healthcare professionals with directed planning actions in order

to prevent or re-establish the balance of intra-family ties, promoting the welfare of the elderly and their families.

Keywords: Elderly. Family. Family relations.

## RESUMEN

SILVEIRA, Tatiana. **Factores asociados con la funcionalidad de la familia entre los ancianos que residen en Minas Gerais.** 2015. 75f. Disertación (Maestría en Cuidados de la Salud) - Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

El aumento gradual de la población de edad avanzada ha sido un fenómeno importante en todo el mundo. Con el envejecimiento, las personas mayores pueden necesitar atención médica. Por lo tanto, la familia se convierte en un miembro clave de las redes informales de apoyo para la población de edad avanzada. Sin embargo, ni todas las familias están preparadas para dar un vistazo a este tipo de atención, lo que compromete la funcionalidad familiar. Este estudio tuvo como objetivo describir las características sociodemográficas, económicas y de salud de la comunidad de edad avanzada; determinar las puntuaciones de la capacidad funcional y la funcionalidad de la familia; y analizar la influencia de las variables económicas sociodemográficas, y de salud, así como la capacidad funcional, en la funcionalidad de la familia. El estudio fue un tipo transversal y encuesta de hogares analítica, llevada a cabo en 637 ancianos residentes en el área urbana de la ciudad de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Los instrumentos utilizados fueron: Mini Examen del Estado Mental (MMSE) cuestionario con información sobre aspectos demográficos, económicos y de salud construidos por el Grupo de Investigación de Salud Comunitaria de la Universidad, Katz Scale, Escala de Lawton, y puntajes familiares de Brody y Apgar. El análisis realizado con las pruebas: distribución de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, medidas centrales y de dispersión para las variables numéricas, T-test, correlación de Pearson y Spearman, y el modelo de regresión lineal múltiple ( $p < 0,05$ ), a través del paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 19.0. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética, la opinión número 493.211. Hubo un predominio de mujeres de edad avanzada (66,6%), edad 60-70 años (42,1%), casados (42,7%), 1-5 años de educación (51%), los ingresos por salarios mínimos (45,1%) y residen con otros (79,7%). En cuanto a las condiciones de salud 39,9% presentó la percepción regular de salud de 1-7 morbilidades (57,5%), siendo los más frecuentes: hipertensión arterial (65,6%), problemas visuales (61,4%), problemas de espalda (49,3%) y la artritis / artrosis (39,1%), ausencia de caídas (73,2%) y las hospitalizaciones (82,1%). En cuanto a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD'S), 76,9% de los ancianos son independientes y, para las actividades instrumentales (AIVD'S), 62% son dependientes. En cuanto a la funcionalidad de la familia: 87,8% de las familias son muy funcionales, 5,8% son

moderadamente disfuncionales, y 6.4% tienen disfunción marcada. Factores consolidados como asociados con el funcionamiento familiar fueron, respectivamente: la percepción de la salud ( $p < 0,001$ ), la edad ( $p = 0,003$ ), caídas ( $p = 0,004$ ) y la depresión ( $p = 0,007$ ). La detección de los factores que generan disfunción familiar ofrece a los profesionales de la salud acciones dirigidas de planificación a fin de evitar o restablecer el equilibrio de las relaciones intrafamiliares, promoviendo el bienestar de las personas mayores y sus familias. Palabras clave: Ancianos. Familia. Relaciones familiares.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Capacidade funcional ao longo do curso da vida.....	23
<b>Figura 2</b> – Composição final da amostra.....	34
<b>Figura 3</b> – Mapa da sequência de coleta de dados dentro de cada setor censitário.....	35
<b>Figura 4</b> - Distribuição dos sujeitos segundo a classificação de dependência para ABVD'S e AIVD'S.....	42
<b>Figura 5</b> - Distribuição dos sujeitos segundo classificação da Funcionalidade Familiar.....	43

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos sujeitos segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos. Uberaba - MG, 2014.....	40
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos sujeitos segundo indicadores clínicos e quedas dos idosos. Uberaba, MG, 2014.....	41
<b>Tabela 3</b> - Funcionalidade Familiar segundo os domínios <i>Adaptation, Partnership, Growth, Affection e Resolve</i> (APGAR) de família do município de Uberaba-MG, 2014 (n=637).....	43
<b>Tabela 4</b> - Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, quedas e o Apgar de família dos idosos. Uberaba-MG. 2014.....	44
<b>Tabela 5</b> - Correlação entre as variáveis e o Apgar de Família. Uberaba – MG. 2014.	45
<b>Tabela 6</b> - Modelo de regressão linear múltipla para Funcionalidade Familiar. Uberaba-MG. 2014.....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVDS - Atividades Básicas de Vida Diária  
AIVDS - Atividades Instrumentais de Vida Diária  
BA - Bahia  
CE - Ceará  
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
FIBRA - Rede para o Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros  
IA – Intervalo Amostral  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
PA - Pará  
PASS - Power Analysis and Sample Size  
PB - Paraíba  
PI - Piauí  
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa  
MEEM - Mini Exame de Estado Mental  
MG - Minas Gerais  
MS – Mato Grosso do Sul  
Ncs – número total de setores censitários  
ncs – número de setores censitários sorteados  
UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
RS – Rio Grande do Sul  
SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento  
SP – São Paulo  
SPSS - Statistical Package for Social Sciences  
SUS – Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	20
2.2 CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO.....	22
2.3 FAMÍLIA.....	25
2.4 FUNCIONALIDADE FAMILIAR.....	28
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	31
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	32
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	32
4.2 LOCAL .....	32
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	32
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	32
4.5 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA.....	32
4.6 COLETA DOS DADOS.....	35
<b>4.6.1 Procedimentos para a coleta de dados</b> .....	35
<b>4.6.2 Instrumentos de coleta de dados</b> .....	35
4.6.2.1 <i>Declínio Cognitivo</i> .....	36
4.6.2.2 <i>Caracterização dos dados sociodemográfico e econômicos</i> .....	36
4.6.2.3 <i>Indicadores Clínicos</i> .....	36
4.6.2.4 <i>Capacidade Funcional</i> .....	36
4.6.2.5 <i>Funcionalidade Familiar</i> .....	37
<b>4.6.3 Variáveis do estudo</b> .....	37
4.6.3.1 <i>Sociodemográficas e econômicas</i> .....	37
4.6.3.2 <i>Clínicas</i> .....	37
4.6.3.3 <i>Capacidade Funcional</i> .....	38
4.6.3.4 <i>Funcionalidade Familiar</i> .....	38
4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	38
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	38
4.9 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	39
<b>5 RESULTADOS</b> .....	40
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	46

<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	54
7.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	56
<b>APÊNDICE A</b> – Instrumento de Caracterização dos dados sociodemográficos, econômicos e de saúde.....	63
<b>APÊNDICE B</b> – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	66
<b>APÊNDICE C</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68
<b>ANEXO A</b> – Mini Exame do Estado Mental.....	69
<b>ANEXO B</b> – Escala de Katz.....	71
<b>ANEXO C</b> – Escala de Lawton e Brody.....	72
<b>ANEXO D</b> – Apgar de Família.....	73

## 1 INTRODUÇÃO

O gradativo aumento da população idosa no Brasil tem sido um importante fenômeno nacional. De acordo com o Censo de 2000, o número de idosos era de 14,5 milhões (8,5% da população total). Em 2010 esta população era de 20,5 milhões, o que representa um crescimento relativo, no período, de 41%. Estima-se que em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com uma população superior a 30 milhões de pessoas (BRASIL, 2011). Entre os anos de 2020 e 2060, haverá um aumento de 20%. Após 2030, o grupo de indivíduos acima de 60 anos será maior que o grupo de crianças com idade até 14 anos e, em 2055, os idosos superarão a população de crianças e jovens (BRASIL, 2013).

O processo de transição demográfica caracteriza-se pela queda das taxas de mortalidade e fecundidade e a migração, ocasionando uma redução do número de crianças e adolescentes e uma elevação significativa da população com 60 anos ou mais. Em 2012, a taxa de fecundidade total para o Brasil foi de 1,8 filho por mulher, sendo maior proporção no Norte e Nordeste e menor na região sul e sudeste (BRASIL, 2013).

Esses dados remetem a elevação da proporção de mulheres sem filhos nascidos vivos (38,2% de 15 a 49 anos de idade) sendo esse valor intensificado naquelas sem companheiro (89%). O nível de escolaridade cada vez maior tem contribuído para menores taxas de fecundidade, uma vez que a maternidade pode interromper ou atrasar o processo de escolarização (BRASIL, 2013).

O crescimento demográfico da população idosa no Brasil ocorreu de forma desproporcional em relação ao desenvolvimento de saúde do país, levando o idoso a longevidade, porém comprometendo a qualidade de vida (BATISTA et al., 2011). Há necessidade de investir em novas tecnologias, recursos físicos, medicamentos, capacitação de profissionais na área de gerontologia para proporcionar a população idosa o cuidado, direcionando serviços e benefícios para uma vida mais longa e saudável (BRASIL, 2013).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo as principais a hipertensão arterial e diabetes mellitus, merecem uma atenção especial e tratamento diferenciado, pois são consideradas maiores problemas de saúde mundial e maior causa de óbitos. Destaca-se a artrite/artrose e depressão como problema de saúde coletiva (BRASIL, 2013). O aumento da expectativa de vida pode vir acompanhado de DCNT podendo levar o indivíduo a perda da capacidade funcional (MORAES, 2012).

A capacidade funcional é definida como o desempenho do indivíduo em realizar as tarefas cotidianas, como banhar-se, alimentar-se, telefonar, ir ao banco, preparar sua própria

refeição de forma independente e autônoma (LINO et al., 2008). A incapacidade funcional pode estar associada a fatores sociodemográficos como idade, escolaridade, renda e condições de saúde como morbidades, percepção de saúde ruim e uso de mais de dois medicamentos (FREITAS et al., 2012; MORAES, 2012).

As características sociodemográficas podem levar o indivíduo a piores condições de saúde e redução da capacidade funcional (NUNES et al., 2009), tornando os idosos dependentes e necessitando de cuidado familiar.

A família é o centro de apoio, segurança, desenvolvimento e estruturação da personalidade de seus membros. É nela que se estrutura o caráter dos filhos e o papel do adulto no processo de desenvolvimento das capacidades, atitudes e valores que delineiam a estrutura familiar (DIAS, 2011).

A família é um suporte social significativo para o idoso, sendo fonte de carinho, atenção, apoio, cuidado, compromissos e valores em que cada membro desempenha seu papel (JEDE; SPULDARO, 2009; DIAS, 2011).

Devido à evolução social que se vivencia, o conceito de família tem sofrido transformações constantes fazendo surgir novos tipos de organização, estrutura, cultura, e relações tornando difícil sua compreensão (DIAS, 2011). A maior parte das pessoas vive em famílias do tipo tradicional nuclear, ou seja, constituída por casal com filhos. Mas essa realidade vem mudando. As pessoas estão mais propensas a uma maior variedade de estruturas familiares ao longo de suas vidas (BRASIL, 2013).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (BRASIL, 2013), a maioria dos idosos (85,2%) residiam com cônjuge, filho, outro parente ou agregado em que mantivesse alguma relação familiar; apenas 14,8% viviam em domicílios unipessoais. Diante deste contexto, ocorreram alterações nas contribuições e tarefas para diferentes membros das famílias.

A prática de cuidados no domicílio proporciona a família ficar mais próxima do idoso, porém ocorrem várias mudanças na estrutura familiar e na vida dos cuidadores (MENDES; MIRANDA; BORGES, 2010). A ausência do familiar pode ocasionar ou exacerbar a perda de autonomia e da capacidade funcional do indivíduo, levando à insuficiência familiar. (MORAES, 2012).

Em um estudo realizado por Reis (2013), os idosos relataram que houve transformações na relação familiar após terem sua capacidade funcional comprometida e se tornarem dependentes dos cuidados familiares, expondo-os a situações de violência física,

psicológica e apropriação indevida de bens. Daí a necessidade de se avaliar as relações familiares.

Conhecer a forma como estas famílias lidam com os desafios, quais são suas necessidades e dificuldades no dia a dia são de extrema relevância para que os profissionais possam assisti-las (JEDE; SPULDARO, 2009), pois a funcionalidade familiar comprometida ocasiona pior qualidade de vida ao idoso (TORRES et al., 2009). Um instrumento utilizado na avaliação da funcionalidade familiar é o Apgar de Família, que pode ser aplicado por equipes multidisciplinares no trabalho das equipes da saúde domiciliar (VERA et al., 2014). A assistência domiciliar proporciona um ambiente humanizado e favorável ao cuidado e a recuperação do idoso (JEDE; SPULDARO, 2009).

Durante minhas vivências e experiências profissionais com a população de 60 anos ou mais, percebi situação de estresse, angústia e sofrimento tanto dos idosos quanto dos familiares, diante das limitações impostas pelo envelhecimento e do cuidado a ser prestado pelos entes queridos. À família é imposta as exigências constantes para assumirem a função de cuidado do idoso, e nem sempre os familiares estão preparados para tais tarefas, desencadeando várias mudanças na estrutura familiar, na vida dos idosos e dos familiares cuidadores.

Esse tema é preocupante, pois com a longevidade acompanhada das DCNT e incapacidades, conseqüentemente aumenta o número de idosos que necessitam de cuidados por parte dos profissionais e principalmente da família. Para o idoso, a família é seu esteio, ele espera dos entes queridos o suporte e proteção necessários quando suas capacidades estiverem reduzidas, bem como, liberdade para realizar seus desejos e continuar participando das decisões familiares. Esse apoio torna-se essencial para o enfrentamento dos problemas e satisfação na relação familiar e com a vida. Conhecer como as famílias se relacionam implica em direcionamentos na prática clínica possibilitando um conviver mais saudável e harmonioso.

Desta forma, sendo a funcionalidade familiar influenciada pelos fatores sociodemográficos, clínicos de saúde e pela capacidade funcional dos seus membros (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011; REIS, 2013; VERA et al., 2015a; VERA et al., 2015b), é relevante que profissionais de saúde os identifiquem. Isto possibilita elaborar projetos terapêuticos com objetivo de promover ações mais pontuais e precisas, e desta forma, promover aos idosos e familiares um cuidado eficaz e eficiente, resultando em um equilíbrio familiar e melhor qualidade de vida.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este item é apresentado em tópicos: envelhecimento populacional, capacidade funcional, família e funcionalidade familiar.

### 2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento é processo progressivo caracterizado por alterações que ocorrem no organismo e com o passar dos anos compromete a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental, deixando-o mais suscetível a doenças podendo culminar em morte (PAPALÉO NETTO, 2011).

Segundo o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (2006), consideram-se idosos indivíduos com 60 anos ou mais. Nesta pesquisa adotou-se este conceito, por ser o mais utilizado em estudos científicos no Brasil (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006).

O envelhecimento da população é consequência da transição demográfica, que por muitos anos esteve com os coeficientes de mortalidade e natalidade elevados, e na metade do século XX, houve declínio nas taxas de mortalidade e fecundidade. A transição demográfica se caracteriza pela mudança nas proporções populacionais em relação ao número de óbitos e nascimentos (PEREIRA, 2008).

Segundo Pereira (2008) os países tendem a percorrer quatro estágios na sua dinâmica populacional, sendo: *fase pré-industrial*: período de altas taxas de natalidade e mortalidade; *intermediária de divergência dos coeficientes*: baixo índice de mortalidade e elevado de natalidade, resultando em crescimento acelerado da população; *intermediária de convergência dos coeficientes*: maior redução da natalidade em relação à mortalidade, ocasionando limitação no crescimento populacional e *fase moderna ou pós-transição*: há um equilíbrio entre a taxa de natalidade e mortalidade, mantendo o crescimento da população estável.

O processo de envelhecimento em países desenvolvidos, como a América do Norte e Europa Setentrional e Ocidental, sucedeu após a redução das desigualdades sociais e econômicas. Diferente dos países em desenvolvimento, onde o aumento da expectativa de vida ocorreu de forma concomitante com a fragilidade econômica, extrema pobreza, aumento das desigualdades sociais e econômicas e acesso aos serviços de saúde financiados (LEBRÃO, 2007). Os países do Primeiro Mundo têm expectativa de vida elevada e baixas

taxas de fecundidade e mortalidade, ocasionando um crescimento demográfico estável (PEREIRA, 2008).

A transição demográfica ocorreu de forma concomitante com a transição epidemiológica, provocando alteração dos agravos à saúde e repercutindo na saúde coletiva. A transição epidemiológica é marcada pela alteração do perfil morbimortalidade, com redução das doenças infecciosas e parasitárias, e predomínio das DCNT, determinando o quadro nosológico (PEREIRA, 2008).

Mudanças socioeconômicas, melhores condições de vida, nutrição, saneamento básico além das alterações no estilo de vida e fatores de risco, melhorias na assistência e nas condições de saúde da população contribuíram para transição demográfica e epidemiológica nos países desenvolvidos. Nos países de Terceiro Mundo não decorreu de tantas mudanças estruturais, mas sim de aplicação de tecnologia de saúde, consolidado a cobertura de serviços de saúde apenas para determinada população. Ações foram implementadas como hidratação oral, aleitamento materno, vacinas, suplementação alimentar e acompanhamento do crescimento infantil para diminuir os índices de mortalidade infantil. Os fatores responsáveis pelo declínio da mortalidade no Brasil se devem a industrialização, urbanização e o desenvolvimento científico e tecnológico (PEREIRA, 2008).

Futuramente, os países subdesenvolvidos vão trilhar os mesmos caminhos dos países desenvolvidos. Com o aumento da população idosa, eleva-se a incidência de DCNT sendo diferentes em diversas regiões. Estatísticas demonstram predominância das afecções degenerativas que, com a melhora das condições de saúde: controle de infecções, melhoria da assistência médica e condições ambientais prolongam a duração da vida. Esta situação é intensificada com a longevidade e a manutenção dos níveis de pobreza, aumentando ainda mais a prevalência destas doenças (PEREIRA, 2008).

Apesar do envelhecer não ser sinônimo de doenças e dependência, ele favorece a redução da funcionalidade dos órgãos e sistemas do corpo humano nas quais suas reservas funcionais estão diminuídas. Isso predispõe a doenças clínicas que associadas aos maus hábitos de vida, como o consumo de tabaco e álcool, inatividade física, alimentação inadequada e excesso de peso podem contribuir para o aparecimento de DCNT, e suas consequências influenciarem na capacidade funcional gerando dependência física (GOMES; BRITTO, 2011; REIS, 2013).

As DCNT são caracterizadas por um processo multifatorial, que ocorrem de forma gradual e acumulativa, por vários fatores que concorrem para a manifestação e manutenção da

doença. Elas representam maior carga de doença no Brasil, tendo como desfecho as morbidades e mortalidades (PEREIRA, 2008; DUCAN et al, 2012).

As DCNT são consideradas condições de morbidades que mais afetam e geram impacto na capacidade funcional dos idosos, sendo os quatro principais grupos: neoplasias, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças do aparelho respiratório (DUCAN et al., 2012; BELTRÃO et al., 2013). De acordo com Ducan et al. (2012), o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil está sendo efetivo pois houve uma redução na taxa de mortalidade de algumas delas (doenças cardiovasculares e respiratórias), porém a população sobrevivente terá maior carga de morbidade por DCNT.

A mortalidade por doenças cardiovasculares e as respiratórias crônicas diminuíram em 46% e 26% respectivamente, devido ao controle dos fatores de risco e melhorias no atendimento médico (DUCAN et al., 2012; BRASIL, 2013), no entanto terá uma elevação na proporção de indivíduos portadores de DCNT e isso remete maior necessidade por serviços de saúde, conseqüentemente maiores gastos no sistema público e melhorias assistenciais (DUCAN et al., 2012).

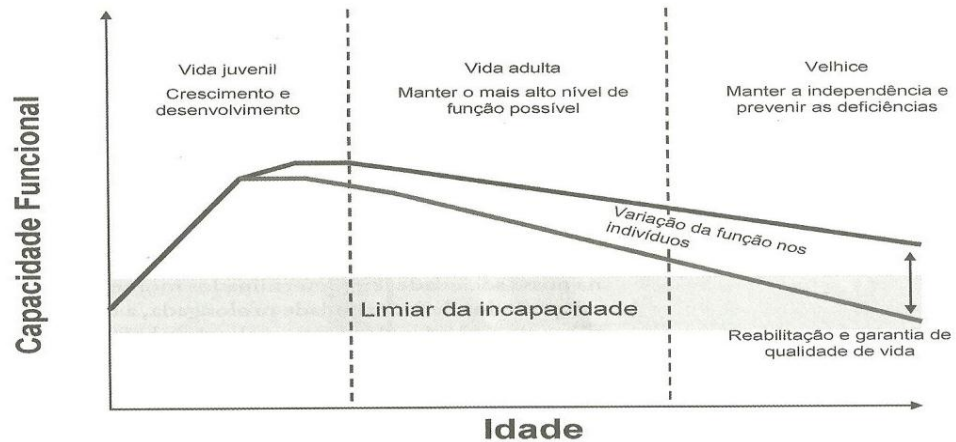
## 2.2 CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO

Um dos atributos essenciais para o envelhecimento saudável é a funcionalidade, sendo a interação entre o desempenho físico e psicocognitivo para realizar as atividades do dia-a-dia e as condições de saúde, mediada pelas habilidades desenvolvidas ao longo da vida. A boa funcionalidade para os idosos está associada à independência e autonomia (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde propõe um modelo da capacidade funcional ao longo da vida (Figura 1). Na infância, ocorre o desenvolvimento funcional dos órgãos, aquisição de habilidades e chega ao pico da capacidade funcional e mantém seu platô até a fase adulta. Na vida adulta, ocorre um declínio lento que pode ser intensificado ou não pelos estilos de vida, fatores ambientais e externos. Caso o declínio for acelerado, a incapacidade funcional pode atingir os indivíduos prematuramente. Nesta fase, deve se manter o mais alto nível de função possível. Na velhice, o declínio é maior, procura-se manter a independência e prevenir as deficiências (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011).



Figura 1- Capacidade funcional ao longo do curso da vida.



Fonte: PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011, p.15.

O rastreamento da funcionalidade é uma das medidas adotadas para a adequação da atenção à saúde do idoso que se utiliza de ferramentas padronizadas, manejadas por diferentes profissionais, viabilizando a detecção de disfunções físicas, possibilitando a necessidade de intervenções específicas e individualizadas (LINO, 2011).

Os instrumentos mais utilizados para o rastreamento da independência nos idosos são Escala de Katz e Escala de Lawton e Brody (BRASIL, 2007). A escala de Katz avalia o desempenho e não a habilidade do indivíduo ao realizar atividades relacionadas ao autocuidado, obedecendo a uma hierarquia de complexidade, da função mais simples para a mais complexa. São seis atividades básicas de vida diária (ABVD'S): banhar-se, vestir-se, ir e utilizar o vaso sanitário, autocontrole dos esfíncteres, transferir-se. Considera-se independente aquele que realiza a tarefa sem supervisão, orientação ou assistência pessoal, exceto nos casos especificados na escala (LINO, 2011). Caso haja limitação de desempenho, requer a presença de cuidador para auxiliar a pessoa idosa (BRASIL, 2007).

A escala de Lawton e Brody afere a capacidade individual para desempenhar atividades instrumentais de vida diária (AIVD'S), ou seja, atividades mais complexas relacionadas com a gestão do cotidiano, como cuidar da casa, preparar as refeições, usar o telefone, fazer compras, utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, cuidar das próprias finanças. Indica que o idoso é capaz de levar uma vida independente dentro da comunidade (LINO, 2011; BRASIL, 2007).

A capacidade funcional tem sido utilizada como um indicador de análise das condições clínicas e de bem estar dos idosos, constituindo-se de desafios cada vez maiores que a sociedade deve enfrentar devido à longevidade (BELTRÃO et al., 2013).

Vários estudos demonstram que a maioria dos idosos (70%) é independente, apesar de a incapacidade funcional aumentar com o avanço da idade sendo ela associada à senescência, sexo feminino, baixa escolaridade e renda, elevadas taxas de internações hospitalares, déficits cognitivos, polifarmácia, percepção de saúde ruim, relações sociais ausentes e quedas (NOGUEIRA et al., 2010; FREITAS et al., 2012, FHON et al., 2012; BELTRÃO et al., 2013).

As quedas são consideradas um problema de saúde pública, gerando altos custos para os cofres públicos devido à gravidade de suas consequências, as quais se destacam: danos físicos, hospitalização, declínio funcional, perda da autonomia, institucionalização e morte (MAIA et al., 2011; FERNANDES et al., 2014).

As quedas apresentam como causa fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são redução da força muscular, desequilíbrio, vertigens, baixa velocidade da marcha, medo de cair, imobilidade (BRASIL, 2006; FHON et al., 2012). Os extrínsecos são pisos escorregadios, degraus, pisos desnivelados, tapetes, baixa iluminação (FHON et al., 2012).

O perfil do idoso com alto risco de quedas são as mulheres, na faixa etária entre 60 e 69 anos, casadas, que refere morbididades como a hipertensão arterial, problemas de coluna e visuais, uso de medicamentos (FERNANDES et al., 2014).

A pessoa idosa ao sofrer a queda passa a ter dificuldades na realização das ABVD'S e AIVD'S, modificando o desenvolvimento das mesmas e conseqüentemente interferência na capacidade funcional. Desta forma, o indivíduo pode necessitar de auxílio para realizar suas atividades (FHON et al., 2012).

Segundo Fhon et al. (2012), a queda causa redução na capacidade funcional dos idosos, tornando-os mais dependentes para o desempenho das atividades cotidianas, necessitando de cuidados. Para o sistema de atenção à saúde do idoso é importante que a pessoa consiga viver com suas limitações da melhor maneira possível, possibilitando que as mesmas realizem suas próprias atividades básicas diárias (PEREIRA, 2008).

Para isso, é necessário obter a manutenção da autonomia e o máximo de independência possível. A autonomia é a capacidade de o indivíduo decidir e comandar por si mesmo e a independência a capacidade de realizar algo com seus próprios meios (LEMOS; MEDEIROS, 2011). Para os idosos, vivenciar a velhice com qualidade significa estar apto para realizar suas atividades com independência e autonomia (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011).

Apesar da perda da capacidade funcional não estar relacionada com a perda de autonomia, muitos idosos deixam de decidir por si próprio após depender de cuidados familiares (TAVARES; DIAS, 2012). Cabe aos familiares cuidadores prestar o auxílio necessário ao idoso em vez de fazer por ele, e aos profissionais avaliarem e atuarem como facilitadores nas relações entre família, equipe e paciente, visando propostas específicas e adequada aos idosos e familiares (LEMOS; MEDEIROS, 2011).

O comprometimento da capacidade funcional afeta tanto o idoso quanto a família, sendo o idoso imposto a vulnerabilidade e dependência, a família sobrecarga física e emocional, e ambos com o bem estar reduzido e pior qualidade de vida (REIS, 2013).

### 2.3 FAMÍLIA

O termo “família” refere-se a distintos conceitos que variam com a complexidade. O termo vem sofrendo transformações ao longo dos anos, devido às mudanças nos hábitos de vida, nos costumes, nos valores, na religião e na cultura, não tendo um conceito específico (BRASIL, 2007).

Segundo a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) que dispõe no art. 226 nos incisos 3 e 4 “Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso”, a família é denominada como:

§ 3º - Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.

§ 4º - Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

Já o Código Civil de 2002 protege e conceitua família como sendo: indivíduos de laços consanguíneos e aqueles adotados legalmente; casamento e união estável entre homens e mulheres (BRASIL, 2002). A jurisprudência reconheceu a união homoafetiva como família, porém o Código civil (2002) considera apenas união estável e casamento heterossexual, impossibilitando a utilização deste termo pela união homossexual (OLIVEIRA et al., 2012).

Segundo o IBGE a família significa conjunto de pessoas com grau de parentesco, que coabitam no mesmo domicílio sobre regras estabelecidas para o convívio (BRASIL, 2012). É a base fundamental de redistribuição de recursos entre os membros e fonte de proteção, carinho, solidariedade, amor e afeto (BRASIL, 2010).

A família atual vai além dos laços consanguíneos e do casamento, ela fundamenta-se na solidariedade, responsabilidade mútua, na dignidade e na busca pela felicidade. Prioriza

afetividade e convivência entre os indivíduos sendo o amor, o carinho e principalmente o afeto elementos essenciais para a convivência familiar (VIANNA, 2011).

É necessário que haja uma transformação no código civil, uma vez que as famílias contemporâneas trazem algumas modificações nas finalidades, composição e no papel dos tutores (OLIVEIRA, 2012).

Neste estudo, foi adotado como família as pessoas que residem no mesmo ambiente familiar que o idoso. Para aqueles que residem sozinhos, a quem eles recorrem em caso de necessidade, por ser o indicado no instrumento de avaliação utilizado nesta pesquisa (DUARTE, 2001).

Antigamente, os arranjos familiares brasileiros eram compostos por muitos parentes, sobre uma hierarquia de valores, sendo que um membro (pai) tinha o poder e a autoridade sobre os demais (modelo “patriarcal”). O modelo “moderno” refere-se ao casal heterossexual e os filhos. As famílias contemporâneas vivenciam e se organizam em domicílio de forma diferente, são formadas por parentes e não parentes, resultado da redução da fecundidade, do adiamento dos casamentos, aumento dos divórcios, recasamentos, filhos fora do casamento e união estável (DEBERT; SIMÕES, 2011; BRASIL, 2013). Com isso, há maior propensão dos indivíduos em vivenciar diferentes tipos de estrutura familiar (BRASIL, 2013).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) o período de 2002 a 2012, houve modificações na distribuição das famílias, sendo que o número de casais com filhos diminuiu em 7,7%, aumentaram em 5% os casais sem filhos e observou-se menor proporção de mulher sem cônjuge com filhos (Famílias monoparentais). Em 2012, a frequência de casais com rendimentos próprios e sem filhos foi de 20,7%. Isso se deve à inserção da mulher no mercado de trabalho, maiores níveis de escolaridade desta e a postergação da gestação, fatores que contribuíram para que ela tornasse pessoa de referência dentro do ambiente familiar (BRASIL, 2013).

Segundo Censo de 2010 vem aumentando a proporção de famílias recompostas, que são aquelas em que apenas o cônjuge ou responsável tem filhos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Identificou também 67 mil casais homossexuais. Recentemente, o Conselho Nacional de Justiça aprovou a Resolução 175, em 14 de maio de 2013, liberando o registro do casamento homossexual em todo o país (BRASIL, 2013).

Houve um crescimento na porcentagem de domicílios unipessoais (35,6%), ou seja, mais pessoas que vivem sozinhas, consequências do aumento da população acima de 60 anos teme a redução das taxas de fecundidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Na região Nordeste há uma elevação de famílias conviventes, ou seja, aquelas em que há mais de um núcleo familiar no mesmo domicílio, que se justifica pela possibilidade de sobrevivência destas famílias devido à baixa remuneração (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Atualmente, com as mudanças nas configurações familiares, destacam-se as relações intergeracionais, ou seja, a convivência de quatro gerações concomitantes resultado de idosos, filhos, netos e bisnetos morando no mesmo domicílio (DEBERT; SIMÕES, 2011).

Para Camarano et al. (2004) existem dois tipos de arranjos familiares: famílias de idosos em que o idoso é a pessoa de referência ou cônjuge, e a família com idosos, aquela que os idosos são parentes da pessoa de referência ou cônjuge. Há uma desproporcionalidade no número de famílias de idosos e famílias com idosos, com redução desta última, o que se justifica pelo declínio de dependência física ou financeira dos idosos (DEBERT; SIMÕES, 2011).

Alguns estudos apontam a família como agente potencializador do manejo dos cuidados em saúde no idoso, sendo o aporte de recursos, fonte de afeto, carinho, inclusão e cuidado à atenção ao idoso (DIAS, 2011; SILVA et al., 2015).

Segundo Goldfarb e Lopes (2011) a família tem a função de estabelecer laços fortes, vínculos duradouros, favorecer aos membros capacidade de decisão por si mesmos e serem independentes. É uma organização social marcada pela obrigação e, conseqüentemente, intensos conflitos.

A família é responsabilizada pelo cuidado do idoso, conforme é sancionado na Constituição de 1988 (Art. 230 e § 1º):

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm 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.

§ 1º - Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares (BRASIL, 1988).

E no Estatuto do Idoso (Art. 3º):

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, p.1).

Mas as famílias não estão preparadas para enfrentar demandas crescentes de apoio, devido aos recursos financeiros reduzidos, escassez de membros para o cuidado, suporte emocional abalado e outros recursos intangíveis (DEBERT; SIMÕES, 2011; ALMEIDA et

al., 2012). Neste caso, surgem os apoios intergeracionais para amparar esse membro, como forma de sobrevivência. Diante disso, há necessidade de cada integrante ceder e investir em benefício da família. Indispensável a compreensão, reciprocidade, solidariedade e vencer os preconceitos (DEBERT; SIMÕES, 2011). Neste contexto considera-se importante investigar o funcionamento das famílias.

#### 2.4 FUNCIONALIDADE FAMILIAR

O funcionamento familiar se caracteriza pela forma como os membros da família se comportam diante das dificuldades, da maneira como lidam com os meios de sobrevivência e situações conflitantes e a distribuição de funções é igualmente entre as partes. Baseiam-se no “prover” que é buscar o sustento e no “cuidar” desenvolver afeição, atenção e desvelo constante, papéis estes designados ao sexo masculino e feminino respectivamente (BRASIL, 2007).

No entanto, ocorreram mudanças na função de cada membro, como por exemplo, o papel da mulher como cuidadora. Com sua inserção no mercado de trabalho e até mesmo como pessoa de referência no domicílio, outros membros assumem o cuidado (GOLDFARB; LOPES, 2011; BRASIL, 2013).

Em estudo realizado por Santos, Pavarini e Barham (2011) verificou-se que as mulheres (21%) apresentaram escores mais baixo na avaliação da funcionalidade familiar em relação aos homens (5%), resultando em moderada disfunção familiar, o que sugere que a família pode não estar apta totalmente para cuidar desses idosos. Estes dados são extremamente importantes, uma vez que as mulheres, na maioria das vezes, são responsáveis pelo cuidado dos idosos (GOLDFARB; LOPES, 2011).

As diversidades das famílias brasileiras afetam o equilíbrio entre as necessidades e a disposição dos membros em prestar o auxílio necessário, repercutindo na função do idoso no contexto familiar. Os idosos passam a se responsabilizar pelas residências, pelo cuidado frequente com os filhos e netos sendo culpados por todas as crises familiares (BRASIL, 2007; NERI et al., 2013). Pesquisa realizada em Portugal demonstrou que 86% das famílias de baixa renda repartem a aposentadoria do idoso, sendo o único meio de recurso (GONÇALVES et al., 2011).

Essa situação é ainda agravada quando o idoso passa a depender do cuidado familiar, o que para si, representa incômodo aos entes queridos, além de expressar tristeza, abandono, carência, negligência e violência ao idoso (REIS, 2013).

A prática de cuidados no domicílio proporciona a família ficar mais próxima do idoso, porém ela é obrigada a desempenhar inúmeros papéis até mesmo os de responsabilidade de outras organizações governamentais e não governamentais (DEBERT; SIMÕES, 2011). A dedicação exclusiva de um familiar se torna inevitável em certas ocasiões, desencadeando no cuidador sobrecarga e estresse, provocando transtornos de saúde, sofrimento e redução da qualidade do cuidado (GOLDFARB; LOPES, 2011).

Estudo realizado no Japão demonstrou que sintomas depressivos, apoio emocional escasso e maior sobrecarga do cuidador de idosos dependentes interferem na saúde do familiar que cuida (OKAMOTO; HARASAWA, 2009).

Os sistemas familiares funcionais são aqueles em que os indivíduos buscam estabilidade e harmonização para gerenciar e solucionar os problemas de forma adequada, mantendo a integridade, autonomia e responsabilização dos membros (BRASIL, 2007).

Já nos sistemas disfuncionais os indivíduos não conseguem resolver as situações conflitantes, solucionar os problemas, não há interação entre os membros. Há desrespeito, isolamento, hostilidade, agressividade e até violência. Cada um se responsabiliza por si mesmo (BRASIL, 2007).

A maioria dos estudos revela a funcionalidade familiar adequada (GONÇALVES et al., 2011; SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011; REIS, 2013), e referem-se a funcionalidade moderada e disfuncional quando há presença de afecções crônicas, agravos a saúde, fragilidade e dependência dos idosos. Justifica-se por maior estresse familiar devido à necessidade de adaptação à nova realidade, ajustamento dos papéis entre os membros, recursos financeiros reduzidos, modificações nas relações intrafamiliares e nas relações de cuidado (GONÇALVES et al., 2011).

Diante do exposto, este trabalho vem discutir um tema em que há uma lacuna na literatura científica, por ser uma pesquisa inovadora em Minas Gerais e por permitir a caracterização dos idosos quanto a funcionalidade familiar, uma vez que não há estudos referentes a este assunto neste estado. Além de contribuir para debate acerca deste construto, com as pesquisas já existentes sobre o funcionamento familiar de idosos brasileiros, considerando-se as diversidades sociodemográficas, econômicas e culturais do contexto observado.

Dessa maneira, é relevante o estudo sobre os fatores associados a funcionalidade familiar. O conhecimento de como as famílias estão se relacionando, qual a satisfação do idosos sobre a família e quais os fatores que podem interferir nas relações intrafamiliares, poderá contribuir para elaboração de métodos de diagnósticos, acolhimento, avaliação

multidimensional e suporte social ao idoso e sua família, assim promover conviver saudável e harmonioso, melhorando a qualidade de vida desses idosos (POLARO et al., 2013; SILVA et al., 2013).



### **3 OBJETIVOS**

1. Descrever as características sociodemográficas, econômicas, de saúde dos idosos no município de Uberaba – Minas Gerais (MG);
2. Determinar os escores de capacidade funcional e funcionalidade familiar;
3. Analisar a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, de saúde, bem como a capacidade funcional sobre a funcionalidade familiar.

## **4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

Este projeto está vinculado ao estudo maior intitulado: “Dependência para as atividades da vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

### **4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Estudo com abordagem quantitativa; tipo inquérito domiciliar; analítico, transversal e observacional.

### **4.2 LOCAL**

Esta pesquisa foi desenvolvida na área urbana do município de Uberaba localizado na região do Triângulo Mineiro, a 494 Km da capital do estado, Belo Horizonte. O referido município detém população estimada de 315.360 habitantes, área territorial de 4.523,957 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 65,43 habitantes/Km<sup>2</sup> (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). Ademais, está dividido em três Distritos Sanitários de Saúde e possui 50 Equipes Saúde da Família (ESF), o que lhe confere uma cobertura populacional de 55% (PREFEIRURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2011).

### **4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos; morar na zona urbana do município de Uberaba-MG; não possuir declínio cognitivo.

### **4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram excluídos do estudo aqueles que não foram localizados após três tentativas pelo entrevistador.

### **4.5 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA**

Para a definição da população da área urbana foi utilizada a amostragem por conglomerado em múltiplo estágio.

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação  $R^2 = 0,02$  em um modelo de regressão linear múltipla com 7 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de  $\alpha = 0,05$  e erro do tipo II de  $\beta = 0,2$ , resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 80%. Utilizando-se o aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão de 2002 (NCSS, 2008), introduzindo-se os valores acima descritos, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de  $n = 711$ . Considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista foi  $n = 889$ . A variável dependente principal foi a escala Apgar de Família.

Para a seleção dos idosos, foi considerado no primeiro estágio, o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município por meio de amostragem sistemática organizando uma listagem única dos setores, mas identificando o bairro a que pertence. A quantidade de setores censitários urbanos no município de Uberaba/MG é de 409, sendo selecionado 204. O intervalo amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula a seguir:  $IA = Ncs/ncs$ ;

Onde:

$Ncs$  = é o número total de setores censitários;

$ncs$  = é o número setores censitários sorteados.

Sendo:  $IA = \frac{Ncs}{ncs} = \frac{409}{204}$ ;  $IA = 2$

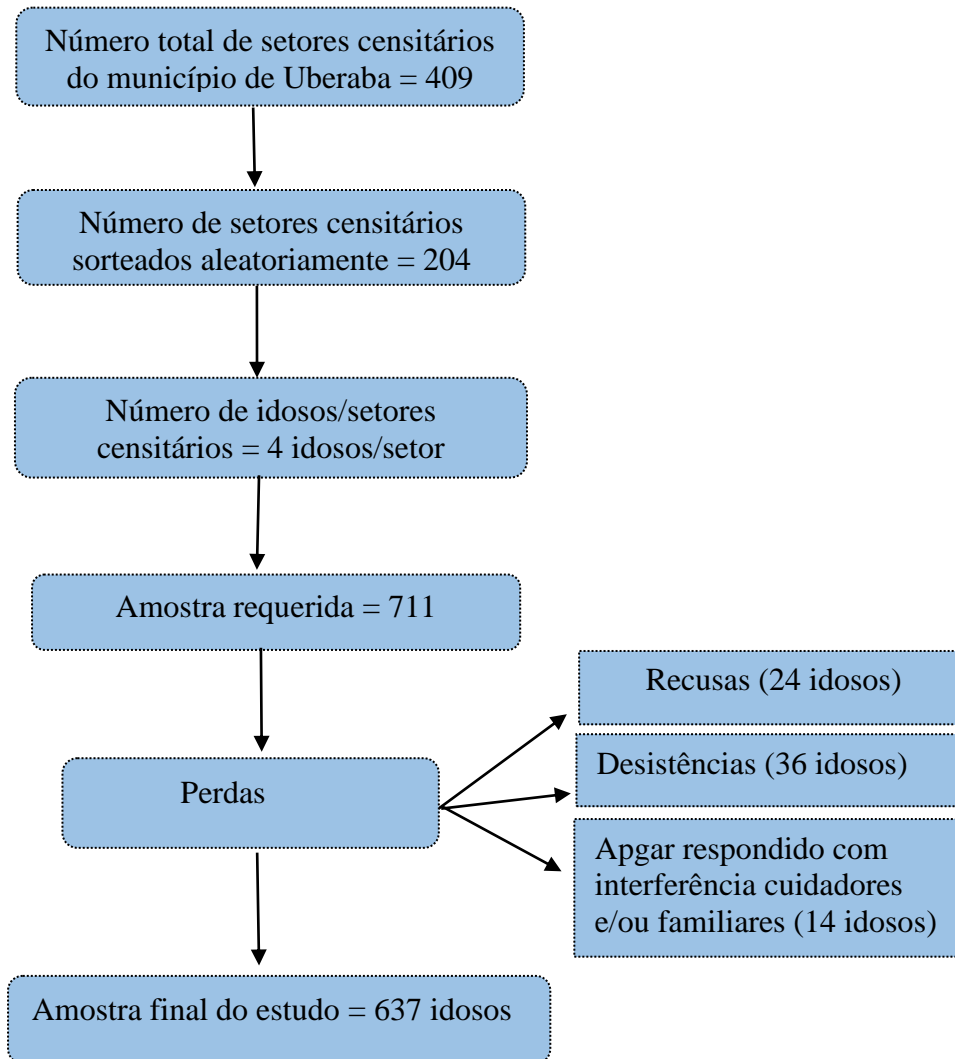
$Ncs = 204$

O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente e os demais, conforme IA; a listagem dos setores foi ordenada por ordem numérica crescente, para fins do sorteio.

No segundo estágio, a quantidade de domicílios foi dada pelo número de tentativas calculado anteriormente ( $n=889$ ), foi dividido esta quantidade de domicílios pela quantidade de setores censitários sorteados (204 setores) de tal forma que obteve uma quantidade semelhante dentro de cada setor censitário. A quantidade domicílios/idosos em Uberaba foi de 4,35 idosos, sendo arredondado para 4 idosos por setor censitário.

Nesta perspectiva, considerando o cálculo amostral, 204 setores censitários e quatro pessoas por setor, partiu-se de uma amostra de 711 idosos, Figura 2.

Figura 2 - composição final da amostra

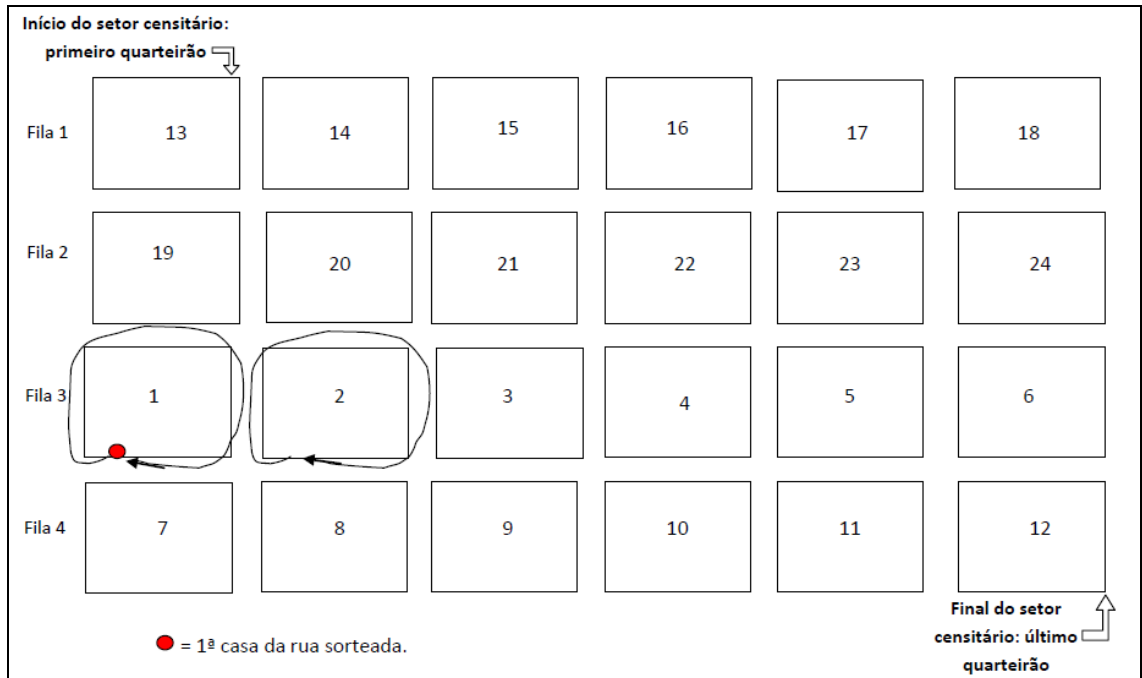


Fonte: da autora, 2015.

Desta maneira, atenderam aos critérios de inclusão 711 idosos, sendo considerado perdas as recusas, Apgar respondido pelo cuidador/familiar e desistências. Os motivos das desistências apontados pelos idosos foram: problemas de saúde no momento da entrevista, tinham outro compromisso fora do domicílio, estavam com visitas ou por acharem o questionário extenso. Assim, obteve uma amostra final de 637 idosos.

Por último, dentro de cada setor censitário, o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente e os demais de domicílio em domicílio, em sentido padronizado, até saturar a amostra daquele setor (Figura 3).

Figura 3 - Mapa da sequência de coleta de dados dentro de cada setor censitário.



Fonte: da autora, 2015.

## 4.6 COLETA DOS DADOS

### 4.6.1 Procedimentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2014, nas respectivas residências dos idosos.

Os entrevistadores foram treinados quanto ao preenchimento dos instrumentos de coleta dos dados e a forma de abordar o entrevistado.

Os entrevistadores anotaram as intercorrências (ausências, recusas e outras) em planilha de campo. Reuniões sistemáticas foram realizadas entre os pesquisadores e entrevistadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) para acompanhamento e orientações da coleta dos dados.

As supervisões acerca do preenchimento e consistência dos itens para a garantia do controle de qualidade foram realizadas pelos supervisores de campo (doutorandos). Reuniões sistemáticas também foram realizadas entre o pesquisador responsável e supervisores.

### 4.6.2 Instrumentos de coleta de dados

#### *4.6.2.1 Declínio Cognitivo*

Antes de iniciar a entrevista foi realizada avaliação cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que se constituiu como um dos critérios de inclusão. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI, 1994). Os escores do MEEM variam de 0 a 30 pontos, sendo que o ponto de corte para declínio cognitivo considera o nível de escolaridade do entrevistado, correspondendo a 13 pontos para analfabetos, 18 pontos ou menos para aqueles de 1 a 11 anos de estudo e 26 pontos para escolaridade superior a 11 anos (BERTOLUCCI, 1994) (Anexo A).

#### *4.6.2.2 Caracterização dos dados sociodemográficos e econômicos*

Instrumento construído pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM com dados sociodemográficos e econômicos, utilizado em pesquisas do referido grupo (Apêndice A).

#### *4.6.2.3 Indicadores clínicos*

Instrumento construído pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM. *A percepção de saúde:* foi mensurada por meio de uma questão do questionário do Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (LEBRÃO; DUARTE, 2003) (Apêndice A).

#### *4.6.2.4 Capacidade funcional*

A capacidade funcional foi avaliada por meio da realização das atividades básicas de vida diária e pelas atividades instrumentais de vida diária.

Escala de Independência em Atividades da Vida Diária - Escala de Katz: foi avaliada por meio da realização das ABVDs, elaborada por Katz (1963) e adaptada à realidade brasileira (LINO et al., 2008). Tal escala consta de seis itens que medem o desempenho da pessoa nas atividades de autocuidado (LINO et al., 2008) (Anexo B).

Escala de Lawton e Brody: Foram mensuradas as AIVDs, elaborada por Lawton e Brody (1969), adaptada no Brasil (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). Esta escala é composta por sete itens com escore que varia de 7 a 21 pontos. Considera-se dependência total quando a pontuação final é 7, dependência parcial de 8 a 20 ponto e independente quando o idoso obtiver 21 pontos (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) (Anexo C).

#### 4.6.2.5 Funcionalidade Familiar

Para a avaliação da funcionalidade familiar foi utilizado instrumento Apgar de Família, desenvolvido por Smilkstein (1978), traduzido e adaptado transculturalmente no Brasil em 2001 por Duarte. O instrumento que permite a mensuração da satisfação do membro da família. Avalia a satisfação do respondente em relação a cinco questões: **Adaptation** (Adaptação), **Partnership** (Companheirismo), **Growth** (Desenvolvimento), **Affection** (Afetividade) e **Resolve** (Capacidade resolutive). Em cada questão é atribuído os seguintes valores: 0= nunca, 1= raramente, 2=algumas vezes, 3= quase sempre e 4= sempre. A pontuação final possibilita a classificação dos níveis de funcionamento: elevada disfunção familiar – 0 a 8; moderada disfunção familiar – 9 a 12 ou boa funcionalidade familiar – 13 a 20 pontos (DUARTE, 2001) (Anexo D).

### 4.6.3 Variáveis de estudo

#### 4.6.3.1 Sociodemográficas e econômicas:

- sexo (masculino e feminino);
- faixa etária, em anos (60|-70,70|-80, 80 anos e mais);
- estado conjugal (casado ou mora com companheiro; separado/desquitado/divorciado, viúvo e solteiro);
- escolaridade, em anos de estudo (analfabeto; 1 | 5; 5 | 8; 8 ou mais);
- renda individual, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-|3; 3-|5; >5);
- arranjo domiciliar (mora só ou acompanhado).

#### 4.6.3.2 Clínicas:

- percepção de saúde (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim);
- número de morbidades (nenhuma, 1 | 7, 7 ou mais);
- morbidades autorreferida (reumatismo, artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite, tuberculose, embolia, pressão alta, má circulação, problemas cardíacos, diabetes, obesidade, derrame, Parkinson, incontinência urinária, incontinência fecal, prisão de ventre, problemas para dormir, catarata, glaucoma, problemas de coluna, problema renal, sequela acidente/trauma, tumores malignos, tumores benignos, problemas de visão);
- hospitalização nos últimos doze meses (sim e não);

- quedas no último ano (sim e não);

#### 4.6.3.3 Capacidade Funcional:

- capacidade funcional nas ABVDs: tomar banho, vestir-se, banheiro, transferência, controle de esfínteres, alimentação. (0 a 6 pontos) dependente (incapacidade para uma ou mais ABVD) e independente (sem incapacidade para ABVD);
- capacidade funcional nas AIVDs: usar o telefone, realizar viagens, fazer compras, preparar suas refeições, realizar trabalhos domésticos, uso de medicamentos e manusear dinheiro; (7 a 21 pontos): dependente (dependência total e parcial) e (>21 pontos) independente (sem incapacidade para AIVD).

#### 4.6.3.4 Funcionalidade familiar: (0 a 20 pontos)

- Elevada disfunção familiar (0 a 8 pontos);
- moderada disfunção familiar (9 a 12 pontos);
- boa funcionalidade familiar (13 a 20 pontos).

## 4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi construída uma planilha eletrônica para armazenamento dos dados, por meio do programa Microsoft Office Excel®. Os dados coletados foram digitados por duas pessoas, com dupla entrada, posteriormente, foi verificada a existência de inconsistências entre as duas bases de dados. Na ocorrência de divergências, o pesquisador retomou a entrevista original para a realização das correções pertinentes. Para análise dos dados, o banco de dados foi importado para o *software* “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS) versão 19.0.

## 4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para caracterizar a população e atender ao objetivo 1, procedeu-se a análise estatística por meio de distribuição de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, e medidas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) para as variáveis numéricas.

Para o segundo objetivo, foram utilizadas medidas de tendência central (media e mediana) e dispersão (amplitudes de variação e desvio padrão) para os escores de capacidade funcional e funcionamento familiar.



Para o terceiro objetivo, utilizou-se a análise bivariada incluiu o teste t (dois grupos) para comparar os escores de funcionalidade familiar para grupos definidos por variáveis categóricas dicotômicas. A influência da capacidade funcional e de outras variáveis quantitativas demográficas e de saúde sobre a funcionalidade familiar foi analisada empregando-se medidas de correlação de Pearson. A percepção de saúde sobre o Apgar familiar foi analisada empregando coeficiente de correlação para postos de Spearman ( $p < 0,05$ ). A magnitude dessas correlações será classificada como: fraca ( $0 < |r| < 0,3$ ), moderada ( $0,3 \leq |r| < 0,5$ ) e forte ( $0,5 \leq |r| \leq 1,0$ ).

Análise da influência simultânea das variáveis demográficas de saúde e da capacidade funcional sobre a funcionalidade familiar incluirá a análise de regressão linear múltipla, sendo que a escolha dos fatores preditores teve como referência a literatura disponível. O nível de significância para alfa ( $\alpha$ ) foi de 0,05.

#### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto está aprovado de acordo com parecer N° 493.211 (Apêndice B) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM. Os sujeitos foram contactados e convidados a participar após informações sobre a natureza e objetivos da pesquisa. Após a anuência do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), foi conduzida a entrevista, seguindo-se os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12, de 12/12/2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

## 5 RESULTADOS

Dentre os 637 entrevistados, houve predomínio do sexo feminino (66,6%). A média de idade destes idosos foi de 72,21 anos, com o máximo 97 anos ( $\pm 8,023$ ), Tabela 1.

Na faixa etária, o maior percentual foi de idosos de 60|70 anos (42,1%). Em relação ao estado conjugal, (42,7%) são casados e (39,9%) viúvos, Concernente a escolaridade, observou-se que a maioria dos idosos (51,0%) estudaram de 1|-4 anos e (20,6%) são analfabetos, Tabela 1.

Maior percentual de idosos (45,1%) relatou ganhar um salário mínimo individual mensal. Referente ao arranjo domiciliar, (20,3%) moram sozinhos e (79,7%) acompanhados, Tabela 1.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e econômicas dos idosos da comunidade.

**Tabela 1** - Distribuição dos sujeitos segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos. Uberaba - MG, 2014.

VARIAVEIS	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	213	33,4
Feminino	424	66,6
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
60 70	268	42,1
70 80	234	36,7
80 ou mais	135	21,2
<b>Estado Conjugal</b>		
Solteiro	47	7,4
Casado	272	42,7
Viúvo	254	39,9
Separado, desquitado ou divorciado	64	10,0
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
Analfabeto	131	20,6
1   5	325	51,0
5   8	54	8,5
8 ou mais	127	19,9
<b>Renda individual (salários mínimos)</b>		
Sem renda	60	9,4
< 1	15	2,4
1 salário	287	45,1
1   3	207	32,5
3   5	42	6,6
> 5	26	4,1
<b>Arranjo domiciliar</b>		
Sozinho	129	20,3
Acompanhado	508	79,7

\*Segundo o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), o salário mínimo em 2014 correspondia a 724 reais.

Fonte: da autora, 2015

Entre os idosos, 39,9% avaliaram sua saúde como regular, autorreferiram de 1 a 7 morbidades (57,5%), dentre elas as mais citadas foram: (65,6%) Hipertensão Arterial Sistêmica, (61,4%) problemas de visão, (49,3%) problemas de coluna e (39,1%) artrose, Tabela 2.

Maior percentual de idosos (82,1%) não permaneceu internado nos últimos 12 meses, e (73,2%) não referiram quedas no último ano, Tabela 2.

A Tabela 2 demonstra a distribuição dos indicadores clínicos e quedas.

**Tabela 2** - Distribuição dos sujeitos segundo indicadores clínicos e quedas dos idosos. Uberaba, MG, 2014.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Percepção de saúde</b>		
Péssima	66	10,4
Má	48	7,5
Regular	254	39,9
Boa	223	35,0
Ótima	46	7,2
<b>Número de morbidades</b>		
Nenhuma	23	3,6
1 a 7	366	57,5
7 ou mais	248	38,9
<b>Morbidades</b>		
Reumatismo	132	20,7
Artrite/artrose	249	39,1
Osteoporose	144	22,6
Asma/ bronquite	38	6
Tuberculose	-	-
Embolia	4	0,6
Hipertensão	418	65,6
Má circulação	243	38,1
Problemas cardíacos	190	29,8
Diabetes	154	24,2
Obesidade	78	12,2
AVC	22	3,5
Parkinson	11	1,7
Incontinência Urinária	164	25,7
Incontinência Fecal	18	2,8
Constipação intestinal	116	18,2
Problemas para dormir	215	33,8
Catarata	142	22,3
Glaucoma	41	6,4
Problemas de coluna	314	49,3
Problema renal	69	10,8
Sequela acidente/trauma	46	7,2
Tumores malignos	9	1,4
Tumores benignos	10	1,6
Problemas de visão	391	61,4
Depressão	130	20,4
<b>Hospitalizações (últimos 12 meses)</b>		
Sim	114	17,9
Não	523	82,1
<b>Quedas (últimos 12 meses)</b>		
Sim	171	26,8
Não	466	73,2

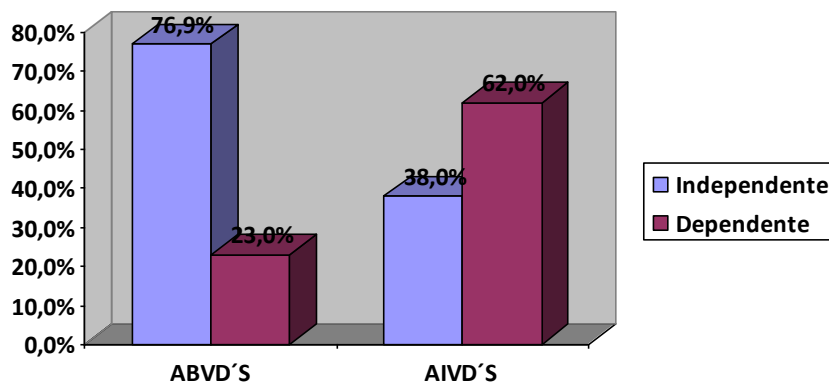
Fonte: da autora, 2015

Na análise da capacidade funcional utilizou-se o escore bruto, sendo exposto nos resultados a classificação apenas por propósito descritivo.

Constatou-se que 76,9% (n=490) dos idosos são independentes para as atividades básicas de vida diária e 62% (n=395) são dependentes para as atividades instrumentais de vida diária, figura 4.

A Figura 4 apresenta a classificação de dependência para ABVD'S e para AIVD'S.

**Figura 4** - Distribuição dos sujeitos segundo a classificação de dependência para ABVD'S e AIVD'S.



Fonte: da autora, 2015.

Com respeito aos domínios do APGAR, verificou-se que a maioria dos idosos encontra-se satisfeitos quanto à funcionalidade familiar, pois mais de 70% dos entrevistados responderam que estão “sempre” satisfeitos nos cinco domínios do Apgar, Tabela 3.

No primeiro domínio *Adaptação* refere-se à pergunta: “Estou satisfeito, pois posso recorrer a minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando”, neste 75,7% dos idosos estão “sempre” satisfeitos, Tabela 3.

No segundo domínio *Companheirismo* refere-se à pergunta: “Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas”, observou-se que 57% dos entrevistados estão “algumas vezes” satisfeitos, Tabela 3.

No terceiro domínio *Desenvolvimento* refere-se à questão: “Estou satisfeito com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades, e procurar novos caminhos e direções”, notou-se que 76,1% estão “sempre” satisfeitos e 3,1% “nunca”, Tabela 3.

No quarto componente *Afetividade* refere-se à questão: “Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor”, constatou-se que 10,7% estão quase sempre satisfeitos, Tabela 3.

No último domínio *Capacidade Resolutiva* refere-se à pergunta: “Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos”, 29 idosos responderam que “nunca” estão satisfeitos, Tabela 3.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos escores de Funcionalidade Familiar dos domínios do Apgar de Família de idosos da comunidade.

**Tabela 3** - Funcionalidade Familiar segundo os domínios *Adaptation, Partnership, Growth, Affection e Resolve* (APGAR) de família do município de Uberaba-MG, 2014.

Componentes do Apgar	Valores atribuídos				
	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
(A) Adaptação	482 (75,7%)	57 (8,9%)	49 (7,7%)	25 (3,9%)	24 (3,8%)
(P) Companheirismo	475 (74,6%)	62 (9,7%)	57 (8,9%)	22 (3,5%)	21 (3,3%)
(G) Desenvolvimento	485 (76,1%)	67 (10,5%)	44 (6,9%)	21 (3,3%)	20 (3,1%)
(A) Afetividade	477 (74,9%)	68 (10,7%)	44 (6,9%)	22 (3,5%)	26 (4,1%)
(R) Capacidade Resolutiva	475 (74,6%)	64 (10,0%)	49 (7,7%)	20 (3,1%)	29 (4,6%)

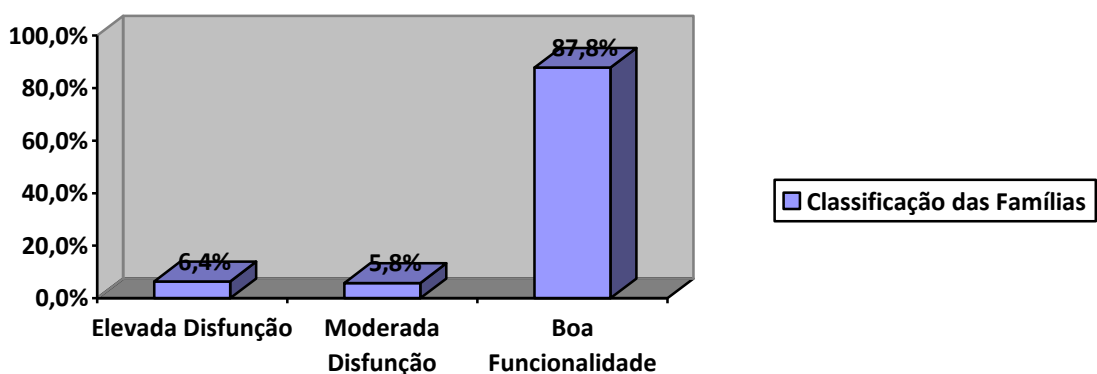
Fonte: da autora, 2015

Nas análises da funcionalidade familiar utilizou-se o escore bruto, sendo exposto nos resultados a classificação apenas por propósito descritivo.

Verificou-se que 87,8% (n= 559) das famílias apresentam boa funcionalidade, 6,4% (n=41) são disfuncionais e 5,8% (n=37) são moderadamente disfuncionais, Figura 5.

A Figura 5 apresenta a classificação de Funcionalidade Familiar segundo o Apgar de Família.

**Figura 5** - Distribuição dos sujeitos segundo classificação da Funcionalidade Familiar



Fonte: da autora, 2015.

Na comparação das médias entre os grupos, observou-se que aqueles com companheiro apresentaram maior funcionalidade familiar ( $p= 0,014$ ), Tabela 4.

Na análise de comparação das morbidades autorreferidas, apenas a depressão demonstrou-se relação significativa com a funcionalidade ( $p < 0,001$ ). Em relação as quedas, idosos que não caíram apresentaram maior funcionalidade familiar ( $p < 0,001$ ), Tabela 4.

A Tabela 4 apresenta a análise bivariada entre os grupos independentes (sexo, estado conjugal, mora com, artrose, osteoporose, problemas renais, depressão, hospitalização e quedas segundo a funcionalidade familiar.

**Tabela 4** - Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, quedas e o Apgar de família dos idosos. Uberaba-MG. 2014

Variáveis	N	Média	Desvio-padrão	P
<b>Sexo</b>				
Masculino	213	17,65	4,45	0,470
Feminino	424	17,37	4,67	
<b>Estado conjugal</b>				
Sem companheiro	365	17,09	5,04	<b>0,014*</b>
Com companheiro	272	17,97	3,88	
<b>Arranjo de moradia</b>				
Só	129	16,84	5,40	0,126
Acompanhado	508	17,63	4,35	
<b>Artrose</b>				
Sim	249	17,10	4,90	0,120
Não	388	17,70	4,39	
<b>Osteoporose</b>				
Sim	144	17,26	4,77	0,535
Não	493	17,53	4,54	
<b>Problemas renais</b>				
Sim	69	16,48	5,80	0,129
Não	568	17,59	4,42	
<b>Depressão</b>				
Sim	130	16,03	5,74	<b>0,001*</b>
Não	507	17,83	4,18	
<b>Hospitalização</b>				
Sim	114	17,26	4,80	0,603
Não	523	17,51	4,55	
<b>Quedas</b>				
Sim	171	16,43	5,40	<b>0,001*</b>
Não	466	17,85	4,21	

$p > 0,05$

Fonte: da autora

Houve correlação positiva entre a idade e funcionalidade familiar, porém fraca ( $r = 0,115$ ). Quanto maior a idade maior a funcionalidade familiar ( $p = 0,004$ ). Já as comorbidades demonstraram correlação negativa e fraca ( $r = -0,119$ ), a proporção que aumenta as comorbidades menor é a função das famílias ( $p = 0,003$ ). Quanto melhor a percepção de saúde maior a funcionalidade familiar, no entanto com relação fraca ( $r = 0,181$ ), ( $p > 0,001$ ) Tabela 5.

A Tabela 5 apresenta a análise de correlação bivariada (*r Pearson*), para as variáveis idade, renda, comorbidades e percepção de saúde com o Apgar de família de idosos da comunidade.

**Tabela 5** - Correlação entre as variáveis e o Apgar de Família. Uberaba – MG. 2014.

Variáveis	R	P
Idade	0,115	<b>0,004</b>
Renda	0,030	0,455
Comorbidades	-0,119	<b>0,003</b>
Percepção de saúde	0,181	<b>0,000</b>

\*  $p < 0,05$

Fonte: da autora, 2015

A percepção de saúde ( $\beta = 0,171$ ) foi a variável que apresentou mais fortemente associada com funcionalidade familiar, seguido das variáveis idade ( $\beta = 0,124$ ), quedas ( $\beta = 0,114$ ) e depressão ( $\beta = 0,109$ ). A menor funcionalidade familiar está associada à menor idade ( $p = 0,003$ ), percepção de saúde negativa ( $p < 0,001$ ), presença de depressão ( $p = 0,007$ ) e ao autorrelato de quedas ( $p = 0,004$ ), Tabela 6.

A Tabela 6 apresenta o modelo de regressão linear múltipla tendo como desfecho a variável funcionalidade familiar e fatores associados as variáveis (Sexo, idade, percepção de saúde, depressão, quedas ABVD'S e AIVD'S).

**Tabela 6** - Modelo de regressão linear múltipla para Funcionalidade Familiar. Uberaba- MG. 2014.

VARIAVEIS	$\beta$	p
Sexo	0,037	0,344
Idade	0,124	<b>0,003</b>
Percepção de saúde	0,171	<b>0,000</b>
Depressão	-0,109	<b>0,007</b>
Quedas	-0,114	<b>0,004</b>
ABVD'S	0,026	0,552
AIVD'S	0,002	0,972

ABVD'S= atividades básicas de vida diária; AIVD'S= atividade instrumentais de vida diária;

\*  $p < 0,05$

Fonte: da autora, 2015

## 6 DISCUSSÃO

Os dados encontrados constataram o predomínio do sexo feminino na população estudada, o mesmo foi evidenciado em idosos longevos assistidos por ESF de Belém/PA (71,8%) (POLARO et al., 2013). Outro estudo realizado na cidade de Tondela em Portugal verificou predomínio de mulheres, porém em frequência inferior a presente pesquisa (61%) (ANDRADE; MARTINS, 2011). Estes dados estão em consonância com a tendência a feminização da velhice, o que condiz com a maior expectativa de vida e preocupação com a saúde das mulheres no Brasil e na maioria dos países do mundo (UNITED NATIONS, 2013; BRASIL, 2014).

O aumento de idosos na faixa etária entre 60|-70 anos prevaleceu na população do estudo, sendo superior ao descrito em outras pesquisas com idosos da comunidade de Fortaleza/CE (38,7%) (PAIVA et al., 2011) e Jequié/BA (38,3%) (SILVA et al., 2013). O número de pessoas idosas vem aumentando numa proporção de 3,26% ao ano, sendo que 12% de idosos representam a população mundial e 13% a população brasileira. Destaca-se na Europa, maior percentual de indivíduos de 60 anos ou mais (24%) (BRASIL, 2014; UNITED NATIONS, 2015).

A ocorrência de idosos casados corresponderam a 42,7%, enquanto que os viúvos representaram 39,9%. Investigações nacionais recentes verificaram prevalências superiores de idosos casados em três municípios Poços de Caldas/MG (52,4%), Campinas/SP (51,8%) e Ivoti/RS (53,3%). Quanto aos viúvos, as prevalências foram similares ao nosso estudo, nos municípios de Parnaíba/PI (38,1%), Campinas/SP (38,5%) e Ivoti/RS (40,6%) (NERI et al., 2013).

Concernente a escolaridade, mais da metade dos entrevistados relataram ter 1|-5 anos de estudo e 20,6% não estudaram, resultado divergente ao encontrado com idosos comunitários no leste de São Paulo, no subdistrito de Ermelino Matarazzo, na qual verificou-se, respectivamente (61,6% e 18%) (BASTITONI et al., 2015). Em outro estudo com idosos de Campinas/SP verificou-se porcentagens similares ao nosso estudo (54,2% e 18,2%) (NERI et al., 2013).

O baixo nível de escolaridade compromete o autocuidado (CALDEIRA et al., 2012), acesso às informações, busca pelos seus direitos, absorção de conhecimento e conscientização sobre a saúde (OLIVEIRA et al., 2014).

A baixa renda dos idosos entrevistados corrobora com os valores encontrados em algumas regiões do Brasil, em que 41,6% vivem com apenas 1 salário mínimo sendo que no



Norte (59,6%) e no Nordeste (61,2%) concentram-se maior parte dessa população de idosos (BRASIL, 2014). Um estudo realizado em Dourados/MS com 374 idosos verificou que 51,9% tinham como renda per capita de meio a um salário mínimo (SOUZA et al., 2014).

As restrições impostas pela situação financeira podem comprometer o acesso a saúde, o autocuidado, perda da privação de moradia, abandono familiar, usurpação de bens e interferir nas relações familiares (MARQUES; SOUSA, 2012; REIS et al., 2014; SILVA et al., 2015)

O predomínio de idosos que residiam acompanhados foi também encontrado em outras pesquisas realizadas no Mato Grosso do Sul (80,5%) (SOUZA et al., 2014), Bahia (77,7%) (REIS et al., 2014) e Goiás (81,5%) (VERA et al., 2015a). Percentuais de idosos que declararam viver sozinhos foram similares aos encontrados em pesquisa da Rede FIBRA (Rede para o Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros) nas cidades de Poços de Caldas/MG (19,8%) e Ivoti/RS (21,3%) (NERI et al., 2013).

O fato de residir com familiares é almejado pelos idosos, uma vez que acreditam que seus entes darão atenção e cuidados quando necessários, mas a capacidade da família pode estar comprometida (PAIVA et al., 2011). Mesmo assim morar acompanhado significa um ponto positivo em relação a viver só, pois estar sozinho pode comprometer o autocuidado, ter maior propensão a doenças como depressão e disfuncionalidade familiar (SASS et al., 2012; SOUZA et al., 2014).

A prevalência de saúde avaliada como regular foi verificada em 39,9% dos entrevistados, similar ao relatado por idosos no estado de Santa Catarina (38,4%) (BATISTONI et al., 2015). Já no estado de Goiás, estudo realizado com 149 idosos não institucionalizados, houve uma prevalência maior (45,6%) (VERA et al., 2015a).

Segundo revisão sistemática da literatura sobre autoavaliação do estado de saúde na população idosa brasileira, a percepção de saúde negativa está relacionada à presença de morbidades, uso de medicamentos, baixa renda e escolaridade, variáveis estas encontradas em no nosso estudo (PAGOTTO; BACHIO; SILVEIRA, 2013).

No presente estudo, 57,5% dos entrevistados relataram de 1 a 7 morbidades. A hipertensão arterial, doença mais relatada pelos idosos (65,6%), foi observada em demais estudos com idosos comunitários: Palmeiras das Missões/RS (60%) (GONÇALVES et al., 2013), Goiânia/GO (63,1%) (VERA et al., 2015a) e Belém/PA (65,4%) (POLARO et al., 2013). A hipertensão arterial é a doença mais prevalente entre as DCNT, com altos índices de morbidade e mortalidade, podendo gerar incapacidades e conseqüentemente a necessidade de cuidado (BRASIL, 2013; MORAES, 2012).

A prevalência de doenças relacionadas a problemas de coluna e artrose demonstraram porcentagem elevadas, porém não foram morbidades prevalentes em outros estudos (GONÇALVES et al., 2013; VERA et al., 2015a). Estas morbidades apesar de demonstrarem alta prevalência vem diminuindo com o decorrer dos anos, segundo IBGE (BELTRÃO et al., 2013).

Estudo realizado pela Rede de Vigilância à Saúde do Idoso no estado de Goiás, verificou que 87,9% dos entrevistados apresentaram problemas visuais, valor superior encontrado em nosso estudo (61,4%) (VERA et al., 2015a).

Os dados relativos às hospitalizações dos idosos nos últimos 12 meses (82,1%) se aproximaram aos descritos na pesquisa “Projeto Idoso/Goiânia”, da qual 418 idosos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) foram entrevistados e destes 75,6% não internaram no último ano (PAGOTTO; SILVEIRA; VELASCO, 2013). A hospitalização está relacionada à maior demanda de morbidades, exigindo maiores cuidados, tendo maior probabilidade de declínio funcional (FREITAS et al., 2012).

Quanto ao autorrelato de quedas, a maioria relatou que não sofreram quedas no último ano (73,2%), estes dados corroboram com estudo realizado no Centro-Oeste (70,5%) (VERA et al., 2015a) e discordam com o relato de idosos atendidos no ambulatório de geriatria de João Pessoa/PB, da qual 40,8% sofreram quedas (FERNANDES et al., 2014). Estes dados são positivos uma vez que as consequências das quedas pode repercutir de forma negativa na vida do idoso, podendo desencadear dependência, isolamento e perda da autonomia (MAIA et al., 2011).

Nesta pesquisa, houve o predomínio de idosos independentes para as atividades básicas de vida diária, resultado superior foi constatado em idosos longevos na cidade de Goiânia/GO (93,1%) (VERA et al., 2015b). Segundo Beltrão et al. (2013) houve um aumento na capacidade funcional dos idosos brasileiros no período de 10 anos e justifica-se pela melhora das condições socioeconômicas ocorridas nesta população.

Com relação as atividades instrumentais de vida diária, mais da metade dos idosos relatou necessitar de auxílio de alguém para alguma tarefa, o mesmo foi verificado em idosos comunitários no Centro-oeste brasileiro (VERA et al., 2015a). Já os idosos na cidade de Goiânia apresentaram resultados superiores a nossa pesquisa, (81,7%) de dependência para suas atividades (VERA et al., 2015b).

Dentre os cinco domínios do Apgar de família, destaca-se o nível de satisfação dos idosos com seus familiares como fator positivo, já que mais de 70% dos entrevistados responderam “sempre” estar satisfeitos. Isso contribui para maior funcionalidade familiar e o

bem estar do idoso. Ressalta-se que os idosos contam com o apoio informal da família para o cuidado, proteção, liberdade de expressão e decisão, respeito, que apesar das transformações ocorridas nas famílias, ela ainda é o alicerce para o idoso (OLIVEIRA et al., 2014; SILVA et al., 2015).

No que se refere a dimensão Adaptação, a maioria dos entrevistados estão satisfeitos em relação a assistência recebida dos familiares, o que condiz com a satisfação de idosos de Goiânia/GO (VERA et al., 2015b) e Jequié/BA (SILVA et al., 2013). Estes dados são satisfatórios uma vez que a adaptação é a dimensão que mais contribui para boa funcionalidade familiar (SANTOS et al., 2012).

Na dimensão Companheirismo, 57 dos entrevistados estão “algumas vezes” satisfeitos. Pode ser que os conflitos por visão de mundo diferente entre as gerações, comportamentos inaceitáveis (como por exemplo, uso de drogas e álcool), incompreensão e desentendimentos entre os familiares (SILVA et al., 2015) comprometam a satisfação do entrevistado. Às vezes, a opinião e os desejos dos idosos não tem importância nas decisões familiares o que contribui para seu isolamento, sentimentos de solidão e exclusão (SILVA et al., 2013).

Na dimensão Desenvolvimento, constatou-se maior percentual de aceitabilidade do idoso, diferente ao encontrado nos estados do Ceará (PAIVA et al., 2011) e Goiás (VERA et al., 2015b). Destaca-se, em nossa pesquisa, que as famílias dão maior apoio e liberdade de decisão aos idosos, com vista ao equilíbrio familiar. Em uma pesquisa de abordagem qualitativa com idosos de várias localidades do Brasil, sobre a compreensão das relações familiares, verificou-se que os idosos esperam de suas famílias a compreensão, apoio e liberdade para realizar seus desejos, buscar novas conquistas com autoridade e respeito (SILVA et al., 2015).

Na dimensão Afetividade, foi a proporção de idosos que mais responderam “quase sempre” satisfeitos dentre os 5 componentes do Apgar, além de 74,9% estarem “sempre” satisfeitos. Os idosos se sentem mais seguros ao enfrentar as situações como (perdas de familiares, doenças crônicas, incapacidades) decorrentes ao longo da vida quando encontram, em seus familiares, manifestações de afeto, apoio e compreensão (SILVA et al., 2015).

Ao avaliar a dimensão Capacidade Resolutiva, observou-se menor frequência de respostas “sempre” entre as demais dimensões do Apgar, esse resultado condiz com o estudo de Vera et al. (2015b). Também se observou maior frequência de respostas “nunca” quando comparada com as demais dimensões, dado este que condiz com a resposta de idosos no nordeste brasileiro (SILVA et al., 2013). Nesta perspectiva, destaca-se a privação de encontros dos idosos com seus entes queridos, seja por desentendimentos entre os membros

da família ou por migração destes, causando distanciamento, visitas e contatos infrequentes, desta forma provocando solidão (MARQUES; SOUSA, 2012; SILVA et al., 2015).

Nesta pesquisa, dentre as 5 dimensões do Apgar, verificou-se menores frequências de respostas “sempre” nos domínios Companheirismo e Capacidade Resolutiva, indicando menor atenção da família ao idoso em relação as questões de interesse e solução de problemas e ao tempo compartilhado. Estes resultados foram divergentes a satisfação de idosos da Bahia (SILVA et al., 2013) e de Goiás (VERA et al., 2015b).

A participação do idoso é de fundamental importância para preservação da autonomia e liberdade de decisão (SANTOS et al., 2012). Tanto a sua participação ativa nas decisões quanto o tempo adequado que compartilha com a família e muito diálogo podem contribuir para equilíbrio familiar e para boa funcionalidade familiar (SANTOS et al., 2012).

Constatar quais domínios apresentam comprometimento da satisfação dos idosos, remete aos profissionais de saúde ações mais direcionadas, contribuindo para melhor planejamento e fortalecimento da família nas relações familiares (SILVA et al., 2013).

A boa funcionalidade das famílias foi constatada na maioria dos entrevistados, isso se justifica pelos idosos responderem com maior frequência estarem “sempre” satisfeitos nos cinco domínios do Apgar de família. Este resultado corrobora com estudo realizado em Dourados/MS com 374 idosos assistidos pela ESF, da qual 76,2% das famílias são funcionais (SOUZA et al., 2014). Em comparação ao estudo realizado na cidade do Porto em Portugal com 107 idosos longevos verificou-se menor proporção de idosos com boa funcionalidade familiar (67,3%) (GONÇALVES et al., 2011). Acredita-se que as famílias estão preparadas para lidar com situações conflitantes e se responsabilizarem pelos seus membros.

Os dados (Figura 3) revelam índice de famílias funcionais em sobreposição às famílias moderadamente disfuncionais e com elevada disfunção, mas frequência destes dados tenderam a divergir. Estudo realizado com 27 idosos participantes de um Grupo de Convivência para a Terceira Idade em Jequié/BA identificou que 11,11% apresentavam moderada disfunção familiar e 3,7% apresentavam elevada disfunção familiar (REIS et al., 2014). Outro estudo realizado com 210 idosos do Conselho de Tondela em Portugal constatou-se que 27,1% das famílias têm moderada disfunção e 10,5% elevada disfunção (ANDRADE; MARTINS, 2011), resultados estes divergentes ao encontrado em nossa pesquisa.

A funcionalidade familiar pode estar comprometida nas famílias em que o idoso apresente alguma DCNT (depressão, artrose, demência, diabetes), que são dependentes e necessitam de cuidados, que vivem em Instituições de Longa Permanência (LIM et al., 2012;

SANTOS et al., 2012; OLIVEIRA; SANTOS; PAVARINI, 2014; SOUZA et al., 2014). Estudo realizado com 90 idosos em Manila nas Filipinas verificou que a disfunção familiar estava associada a idosos com osteoartrose (LIM et al., 2012). No Chile, idosos com Diabetes tipo II em acompanhamento de tratamento farmacológico demonstrou famílias disfuncionais e com déficit de apoio social (DIAZ et al., 2014).

Outro estudo realizado com 107 idosos residentes em seis Instituições de Longa Permanência (3 privadas e 3 filantrópicas) na cidade de São Carlos/SP, constatou-se que 57% apresentou elevada disfunção familiar e esta frequência eleva-se para 84% nos idosos com sintomas depressivos (OLIVEIRA; SANTOS; PAVARINI, 2014).

Identificam-se estas como situações que geram estresse na família devido à falta de adaptabilidade, a dificuldade de enfrentar um fato novo – a doença, a dependência - mudanças de papéis entre os membros – a mulher no mercado de trabalho -, novos estilos de relações familiares – famílias pequenas - e sobrecarga do cuidado – um membro apenas como cuidador (GONÇALVES et al., 2013).

O idoso conta com o apoio informal da família para o cuidado, sendo a mulher a maior responsável por este papel (PAIVA et al., 2011; GONÇALVES et al., 2013; POLARO et al., 2013). Investigação no interior de São Paulo com 45 idosos comunitários demonstrou que a função familiar encontra-se mais prejudicada para o sexo feminino, comprometendo assim o cuidado (PAIVA et al., 2011), criando impactos sobre a dinâmica familiar e a qualidade de vida (GONÇALVES et al., 2013; REIS et al., 2014).

Nesta pesquisa, as variáveis que tiveram mais fortemente associadas com a funcionalidade familiar foram: percepção de saúde, idade, depressão e quedas. Quanto a autoavaliação da saúde, os idosos que referiram piores condições de saúde revelaram menor funcionalidade familiar. Estudo sobre os fatores associados à funcionalidade familiar de idosos residentes em Goiânia/GO constatou resultado divergente a presente pesquisa (VERA et al., 2015b).

Observa-se que os estudos trazem uma variabilidade e heterogeneidade de fatores associados a percepção de saúde negativa como presença de doença, perda de independência, nível de satisfação da vida, qualidade de vida, entre outros, tornando o conceito de saúde ampliado para os idosos (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013). Assim, a percepção de saúde influencia na qualidade de vida das pessoas e esta na funcionalidade familiar, ou seja, quanto pior a qualidade de vida menor a funcionalidade familiar (POLARO et al., 2013).

Nossos achados mostram correlação positiva e significativa entre a idade e o Apgar de Família dos idosos participantes, estes achados divergem dos observados em outros estudos:

no interior do estado de São Paulo com 45 idosos comunitários, não houve correlação entre idade e funcionalidade familiar (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011) e de Tondela em Portugal com 210 idosos. A pesquisa feita em Tondela apontou que a idade influencia na qualidade de vida e a qualidade de vida na funcionalidade familiar (ANDRADE; MARTINS, 2011). Já em outras pesquisas realizadas sobre a funcionalidade familiar de idosos com 80 anos ou mais os entrevistados demonstraram-se satisfeitos com as relações familiares, pois houve o predomínio de boa funcionalidade familiar 80,9% (POLARO et al., 2013) e 90,1% (VERA et al., 2015b).

Nesta perspectiva, acredita-se que nossos achados justificam-se pela resiliência na velhice. A resiliência é a capacidade do indivíduo de enfrentar e superar os problemas, as situações de crise, perdas, saindo fortalecido e alcançando padrões de adaptação. (RESENDE et al., 2010; FONTES; NERI, 2015). O enfrentamento de risco e a adequação as adversidades está relacionado a recursos pessoais (ser saudável, manter-se ativo, afetos positivos) e recursos sociais (participação social, funcionamento psicológico positivo, suporte familiar). A resiliência está associada à velhice bem sucedida, bem-estar psicológico, satisfação com a vida e participação social (FONTES; NERI, 2015).

Estudo de revisão de literatura nacional e internacional sobre resiliência na velhice, no período de 2007 a 2013, apontou que a resiliência permanece na terceira idade, propiciando ao indivíduo continuidade da vida, através da capacidade de enfrentamentos das condições adversas oriundas desta fase e decorrente da história de vida (FONTES; NERI, 2015). Destaca-se o estudo realizado em Uberlândia/MG com idosos participantes do grupo de teatro indicou correlação positiva entre resiliência e idade, ou seja, quanto maior a idade, maior a resiliência; quanto ao suporte social, quanto maior a percepção de suporte social, maior o número de afetos vivenciados. À proporção que experienciavam afetos negativos tornavam-se mais resilientes (RESENDE et al., 2010).

Os profissionais de saúde devem buscar meios de inserir os idosos na sociedade de forma atuante, promover ações de socialização, orientações quanto aos seus direitos e garantias, estreitar os vínculos familiares para que possam ter uma velhice mais saudável (OLIVEIRA et al., 2014), e desta forma, melhor funcionalidade familiar (ANDRADE; MARTINS, 2011).

A associação entre depressão e menor funcionalidade familiar também foi detectada em outras pesquisas. Investigação realizada no Mato Grosso do Sul com 374 indivíduos de 60 anos ou mais constatou que a presença de disfuncionalidade familiar foi significativamente maior nos idosos com depressão (SOUZA et al., 2014). Investigações internacionais, com

idosos chineses deprimidos e não deprimidos verificou forte associação de sintomas depressivos e menor funcionalidade familiar (WANG; ZHAO, 2012); e em Cali, Colômbia, com idosos depressivos que frequentavam ambulatório, verificou-se que 29,4% das famílias tinham disfunção leve e 7,3% disfunção severa (OCAMPO et al., 2006).

Os idosos sentem falta de apoio para lidarem com a depressão, alguns familiares não acreditam que eles estão doentes (SILVA et al., 2015). Essa falta de apoio e assistência pode interferir negativamente na saúde dos idosos, provocando mais comorbidades ou atenuando as já existentes, dificultando e comprometendo o cuidado e influir na qualidade de vida e no convívio intrafamiliar (GONÇALVES et al., 2013; SOUZA et al., 2014).

As quedas revelaram associação com a funcionalidade familiar, ou seja, quanto mais o idoso cai mais disfuncional é a família, o que condiz com a investigação sobre os fatores associados à funcionalidade familiar de idosos longevos em Goiás (VERA et al., 2015b). Outra investigação realizada com 149 idosos com disfunção familiar constatou que a variável queda é preditora à elevada disfunção familiar (VERA et al., 2015a).

Sabe-se que as quedas são consideradas como problema de saúde pública, a variedade de consequências e sua gravidade, podem resultar em cuidados a longo prazo, devido a possibilidade de dependência, perda da autonomia, isolamento, hospitalização e até morte (MAIA et al., 2011). As exigências do cuidado podem ocasionar impactos na funcionalidade familiar, diante à escassez de membros para auxiliar no cuidado, atenção necessária ao idoso, dificuldades de lidar com fatos novos, além da sobrecarga (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011; GONÇALVES et al., 2013).

Desta forma, torna-se importante a implantação de programas de reabilitação após quedas, com intuito de minimizar ou impedir sua ocorrência, além de ações de prevenção para a manutenção da capacidade funcional, prolongando por maior tempo possível, sua independência e autonomia (MAIA et al., 2011; FHON et al., 2012).

## **7 CONCLUSÃO**

Dentre os idosos analisados, houve predomínio do sexo feminino, faixa etária de 60 | 70 anos, casados, de 1 | 5 anos de escolaridade, renda de 1 salário mínimo individual mensal e coabitam acompanhados. Em relação as condições de saúde, maior proporção de percepção de saúde regular, de 1 | 7 morbidades (entre as mais citadas: Hipertensão Arterial, problemas visuais, problemas de coluna e artrose), idosos que não sofreram quedas e nem foram hospitalizados no último ano.

Constatou-se maior frequência de idosos independentes para ABVD'S e dependentes para as AIVD'S. Em relação a funcionalidade familiar, a maioria dos idosos referiram estar satisfeitos com a família.

A menor funcionalidade familiar associou-se a percepção de saúde negativa, a menor idade, ao autorrelato de quedas e a presença de sintomas depressivos.

#### 7.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Estes resultados preenchem uma lacuna na literatura científica, por ser uma pesquisa inovadora no interior de Minas Gerais, pois é a primeira no estado, além de permitir uma melhor caracterização dos idosos quanto a Funcionalidade Familiar.

A convivência entre o idoso e a família, avaliado sob a óptica do idoso, referiram ser de boa funcionalidade familiar, o que leva-nos a inferir que a família está apta para cuidar e se responsabilizar pelo idoso. Outros fatores podem ter contribuído para tal resultado, como a omissão dos entrevistados ao responder ao Apgar, seja pela presença do familiar ou pela falta de familiaridade com o entrevistador, pois os sujeitos tendem a não falar mal de sua família nestas situações; além disso, os indivíduos da presente pesquisa encontram-se bem e não carecem tanto da família, pois são casados, residem acompanhados, expressam autonomia e capacidade funcional preservada quanto ao autocuidado

Serão necessárias pesquisas futuras sobre as variáveis que não se mostraram associadas e outras que não foram objeto de estudo desta investigação. Sugere investigações com idosos em outros contextos: hospitalizados, institucionalizados, com déficits cognitivos para debater-se mais sobre o construto.

O Apgar de família é um instrumento de triagem apropriado para conhecer o funcionamento das famílias, entretanto sugere-se associar a outros questionários de medidas para contemplar a avaliação, além disso, deve-se criar vínculo entre sujeito-profissional de forma que o ator se sinta seguro e a vontade para expressar a realidade do convívio familiar.



Desta maneira, se faz necessário a implementação de intervenções voltadas para a necessidade de cada família, promovendo o robustecimento das relações familiares. A detecção de fatores que geram disfunção familiar fornece aos profissionais de saúde o planejamento de ações direcionadas no intuito de prevenir ou restabelecer o equilíbrio dos vínculos intrafamiliares, promovendo o bem estar do idoso e de sua família.

Ressalta-se a importância de se inserir o Apgar nas avaliações dos profissionais da ESF, no cuidado domiciliar, como forma de detectar disfunções nas relações familiares. O estudo apresentou algumas limitações: escassez de estudos internacionais para a comparação com a presente pesquisa; dificuldades na aplicação do Apgar de família no domicílio devido a presença de familiares; por ser estudo de delineamento transversal, não se permite inferir relações de causalidade entre funcionalidade familiar e fatores associados.

## **REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, L. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, set. 2012.

ANDRADE, A.; MARTINS, R. Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. **Millenium**, Portugal, v. 40, p. 185-199, 2011.

BATISTA, M. P. P. et al. Políticas Públicas para a população. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 200-207, set/dez. 2011.

BATISTONI, S. S. T. et al. Categorização e identificação etária em uma amostra de idosos brasileiros residentes na comunidade. **Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 511-521, 2015.

BELTRÃO, K. I. et al. **Capacidade funcional dos idosos**: uma análise dos suplementos saúde da PNAD com a teoria de resposta ao item. 132p. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, mar. 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 80 de 04 de junho de 2014. Brasília: Senado Federal, 2014. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 6 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 2002. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm)>. Acesso em: 6 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá providências. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, n. 192, seção 1, p. 1, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, seção 1, p. 142-5. 2006. Disponível: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria\\_2528.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf)>. Acesso em 18 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF: 2007. 192 p. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 13 Jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resoluções/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Indicadores Sociais Municipais:** uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/indicadores\\_sociais\\_municipais/indicadores\\_sociais\\_municipais.pdf](http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf)>. Acesso em: 2 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. IBGE, n. 29, Rio de Janeiro, RJ, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv62715.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais:** uma análise das condições de vida da população. IBGE. n. 32, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais.** Uma análise das condições de vida da população brasileira. IBGE n. 34, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <[http://www.proplan.ufam.edu.br/SIS\\_2014.pdf](http://www.proplan.ufam.edu.br/SIS_2014.pdf)>. Acesso em: 15 ago 2015.

CALDEIRA, S. et al. O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, [08 telas], set/out., 2012.

CAMARANO, A. A. et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org). **Muito além dos 60:** os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 137 -67.

DEBERT, G. G.; SIMÕES, J. A. Envelhecimento e Velhice na Família Contemporânea. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2011. cap. 143, p. 1571- 83.

DIAS, M. O. Um Olhar sobre a família na perspectiva sistêmica. O Processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, v. 19, p. 139-156, 2011.

DÍAZ, D. E. A. et al. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. **Gerokomos**, Barcelona, v. 25, n. 1, p. 9-12, 2014.

DUARTE, Y. A. O. **Família: rede de suporte ou fator estressor:** a ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. 196p. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DUCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 46(Supl), p.126-134, 2012.

FERNANDES, M. G. M. et al. Risco de quedas evidenciado por idosos atendidos num ambulatório de geriatria. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v. 16, n. 2, p. 297-303, abr/jun., 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.20542> - doi: 10.5216/ree.v16i2.20542>. Acesso em: 20 set. 2015.

FHON, J. R. S. et al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [internet]**, v. 20, n. 5, [08 telas], set/out., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_15.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2015.

FONTES, A. P.; NERI, A. L. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1475-1495, 2015.

FREITAS, R. S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 933-9, 2012.

GOLDFARB, D. C.; LOPES, R. G. C. Avosidade: A família e as gerações. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 145, p. 1584- 1592.

GOMES, G. C.; BRITTO, R. R. Envelhecimento Ativo. In: PERRACINI, M. R.; FLÓ, C. M. **Fisioterapia: Teoria e Prática Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 37. p. 537-549.

GONÇALVES, L. T. H. et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 315-325, 2013.

GONÇALVES, L. H. T. et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, maio/jun. 2011.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, fev. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. **Famílias e Domicílios**. Resultados da amostra. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/familias\\_e\\_domicilios/default\\_familias\\_e\\_domicilios.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/familias_e_domicilios/default_familias_e_domicilios.shtm)>. Acesso em: 5 jul. 2014.

JEDE, M.; SPULDARO, M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 413-421, set/dez. 2009.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspecto de transição demográfica e epidemiológica. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/MS, 2003. 255p.

LEMONS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte Social ao Idoso Dependente. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 129, p. 1441- 1448.

LIM, A. T. C. et al. Correlation between Family APGAR scores and health-related quality of life of Filipino elderly patients with knee osteoarthritis. **International Journal of Rheumatic Diseases**, Philippines, v. 15, p. 407-413, 2012.

- LINO, V. Rastreamento de Problemas de Saúde e Instrumentos usados na Avaliação Geriátrica e Gerontológica. In: FREITAS, EV et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 88, p. 1001- 1012.
- LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008.
- MAIA, B. C. et al. Consequências quedas em idosos vivendo na comunidade. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 381-393, 2011.
- MARQUES, F. D.; SOUSA, L. Integridade familiar em idosos pobres. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 52, p. 207-216, 2012.
- MENDES, G. D.; MIRANDA, S. M.; BORGES, M. M. M. C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga: Unileste-MG, v. 3, n. 1, jul/ago. 2010.
- MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.
- NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 778-792, 2013.
- NOGUEIRA, S. L. et al. Capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010.
- NUNES, M. C. R. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 376-82, 2009.
- OCAMPO, J. M. et al. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. **Colombia Médica**, Colombia, v. 37, n. 2, p. 26-30, 2006.
- OLIVEIRA, M. B. D. **A nova concepção de família e o direito sucessório brasileiro**. 2012. 25p. Artigo científico (Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*) - Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- OLIVEIRA, N. S. et al. Percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento. **Id on line Revista de Psicologia[internet]**, v. 8, n. 22, p. 49-83, fev. 2014. Disponível em: <<http://idonline.emnuvens.com.br/id>>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- OLIVEIRA, S. C.; SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C.I. Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 65-71, fev. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000100065&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100065&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 set. 2015.

OKAMOTO, K.; HARASAWA, Y. Emotional support from family members and subjective health in caregivers of the frail elderly at home in Japan. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 49, p. 138–141, 2009.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 33, n. 4, p. 302–10, 2013.

PAGOTTO, V.; SILVEIRA, E. A.; VELASCO, W. D. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3061-3070, 2013.

PAIVA, A. T. G. et al. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 1, p. 22-28, 2011.

PAPALÉO NETTO, M. Introdução ao estudo do envelhecimento e da velhice. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 1, p. 3-13.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PERRACINI, M.R.; FLÓ, C.M.; GUERRA, R.O. Funcionalidade e envelhecimento. In: PERRACINI, M.R.; FLÓ, C.M. **Funcionalidade e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. (Série: Fisioterapia: teoria e prática clínica, cap. 1, p. 3-24).

POLARO, S. H. I. et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 228-233, 2013.

REIS, L. A. **Dinâmica Familiar de Idosos com Comprometimento da Capacidade Funcional**. 2013. 109p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

REIS, L. A. et al. Influência da dinâmica familiar na qualidade de vida de idosos. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Brotas, v. 4, n. 2, p.123-130, ago. 2014.

RESENDE, M. C. de et al. Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 22 – n. 3, p. 591-608, set/dez. 2010.

SANTOS, A. A; PAVARINI, S. C. I.; BARHAM, E. J. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 102-110, jan/mar. 2011.

SANTOS, A. L. et al. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 879-886, out/dez., 2012.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SASS, A. et al. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 80-5, 2012.

SILVA, D. M. da et al. Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5550-5556, set. 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21107/13933>>. Acesso em: 10 maio 2015.

SILVA, R. M. et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1703-1710, 2015.

SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **Journal Family Practice**, New Jersey [cited 2011 dez 17]; v. 6, n. 6, p.1231-1239, 1978. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>>. Acesso em: 5 Abr. 2014.

SOUZA, R. A. et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 469-476, 2014.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p.112-20, jan./mar. 2012.

TORRES, G. V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 39-44, 2009.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). **World Population Prospects: The 2013 Revision, Key Findings and Advance Tables**. Working Paper No. ESA/P/WP.228. Disponível em <[http://esa.un.org/wpp/documentation/pdf/wpp2012\\_highlights.pdf](http://esa.un.org/wpp/documentation/pdf/wpp2012_highlights.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2015.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). **World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables**. Working Paper No. ESA/P/WP.241. Disponível em: <<http://www.un.org/en/development/desa/population/>>. Acesso em: 21 set. 2015.

VERA, I. et al. Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 494-504, abr/jun., 2015a.

VERA, I. et al. Funcionalidade familiar de longevos residentes em domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 68-75, jan/fev., 2015b.

VERA, I. et al. Índice APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 16, n. 1, p. 199-210,

jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

VIANNA, R. C. O. Instituto da família e a valorização do afeto como princípio norteador das novas espécies da instituição no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista da Esmesc**, Florianópolis, v. 18, n. 24, 2011.

WANG, J.; ZHAO, X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 55, n. 3, p. 574-9, 2012.



### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ **Código:**

Início da entrevista: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Setor Censitário: \_\_\_\_\_

**1) Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: (anos completos).....

**ATENÇÃO:**  
 O entrevistado deve ter 60 anos ou mais de idade. Solicite ao entrevistado um documento de identificação que mostre a data de nascimento.  
 Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

**2) Sexo**.....

1- Masculino          2- Feminino

**3) Qual o seu estado conjugal?**.....

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)  
 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)          3- Viúvo(a)  
 4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)          99- Ignorado

**4) Escolaridade:**.....

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

**5) Qual a sua renda individual:**.....

1 - Não tem renda    2 - Menos que 1 salário mínimo    3 - 1 salário mínimo  
 4 - De 1 – 3 salários mínimo    5 - De 3 – 5 salários mínimo    6 – mais de 5 salários mínimo

**6) Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de: (Múltipla escolha)**.....

1-Aposentadoria                                  2-Pensão  
 3-Renda/ aluguel                                 4-Doação (família)  
 5-Doação (outros)                                6-Trabalho contínuo (formal ou não)  
 7- Trabalho eventual                            8-Renda mensal vitalícia  
 9- Aplicação financeira                        10- Sem rendimento próprio  
 99- Ignorado

**7) Principal atividade profissional exercida atualmente:**.....

1- Dona de casa          2- Empregada doméstica    3- Trabalhador braçal  
 4- Trabalhador rural    5- Profissional liberal      6- Agricultor    7- Empresário  
 8- Outro (especifique \_\_\_\_\_)          9- Não exerce          99- Ignorado

**8) Qual a razão pela qual o (a) sr(a) se aposentou?**.....

1- Tempo de Serviço          2- Idade    3- Problema de Saúde: \_\_\_\_\_  
 4- Não se aposentou          99- Ignorado

**9) No seu entender de acordo com sua situação econômica, de que forma o(a) senhor(a) satisfaz suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc)**.....

1- Mal    2- Regular    3- Bom    99- Ignorado

**10) Em geral e em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que a sua situação econômica é:.....**  
 1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

--	--

**11) A casa onde o sr. mora:.....**  
 1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação 3- É de parente - paga aluguel  
 4- Estranho - paga aluguel 5- Cedida - sem aluguel 6- Asilo 99- Ignorado

--	--

**12) O Sr(a) mora em seu domicílio (Múltipla escolha):.....**  
 (1) Só (ninguém mais vive permanentemente junto)  
 (2) Com cuidador profissional (1 ou +)  
 (3) Com o cônjuge  
 (4) Com outros de sua geração  
 (5) Com filhos  
 (6) Com netos  
 (7) Com nora ou genro  
 (8) Outros \_\_\_\_\_  
 (9) Não Sei (99) Não Respondeu


### SAÚDE

**13) Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....**  
 1- Péssima 2- Má 3- Regular 4- Boa 5- Ótima 99- Ignorado

--	--

**14) Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o Sr (a) diria que sua saúde está:.....**  
 1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

--	--

**15) Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....**  
 1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

--	--

**16) O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?**

Morbidades	Sim	Não	Ignorado
A) Reumatismo	1	2	99
B) Artrite/artrose	1	2	99
C) Osteoporose	1	2	99
D) Asma ou bronquite	1	2	99
E) Tuberculose	1	2	99
F) Embolia	1	2	99
G) Pressão alta	1	2	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	99
I) Problemas cardíacos	1	2	99
J) Diabetes	1	2	99
K) Obesidade	1	2	99
L) Derrame	1	2	99
M) Parkinson	1	2	99
N) Incontinência urinária	1	2	99
O) Incontinência fecal	1	2	99
P) Prisão de ventre	1	2	99
Q) Problemas para dormir	1	2	99

R) Catarata	1	2	99
S) Glaucoma	1	2	99
T) Problemas de coluna	1	2	99
U) Problema renal	1	2	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	99
W) Tumores malignos	1	2	99
X) Tumores benígnos	1	2	99
Y) Problema de visão	1	2	99
Z) Depressão	1	2	99
Outras (_____)	1	2	99
	1	2	99
	1	2	99

17) Número de doenças.....

18) Descreva o número de medicamentos de uso regular utilizados pelo idoso.....

Nome do medicamento	Dosagem	(1) µg (2) mg (3) g (4) UI (5)outro: especifique	Quantidade por dia

#### HOSPITALIZAÇÃO NO ÚLTIMO ANO

Senhor (a) ficou internado (a) nos últimos doze meses (último ano)?.....

1) Sim

2) Não

#### QUEDAS NO ÚLTIMO ANO

O senhor (a) teve alguma queda nos últimos doze meses (último ano)?.....

1) Sim

2) Não

#### PERCEPÇÃO DE SAÚDE -SABE

O (a) Senhor(a) diria que saúde é:.....

1) Muito boa

2) Boa

3)Regular

4)Ruim

5)Muito ruim

#### APÊNDICE B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



**PARECER DO COLEGIADO**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Dependência para as atividades da vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro

**Pesquisador:** Darlene Mara dos Santos Tavares

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 26148813.0.0000.5154

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triangulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 493.211

**Data da Relatoria:** 18/12/2013

**Apresentação do Projeto:**

pertinente

**Objetivo da Pesquisa:**

coerente com a justificativa

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

pertinente

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

projeto relevante

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

pertinente

**Recomendações:**

o projeto atende aos princípios éticos

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

recomendo aprovação

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM

**Bairro:** 2º andar - Sala H

**CEP:** 38.025-180

**UF:** MG

**Município:** UBERABA

**Telefone:** (34)3318-5854

**Fax:** (34)3318-5854

**E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 493.211

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

aprovado

UBERABA, 13 de Dezembro de 2013

Assinado por:

ANA PALMIRA SOARES DOS SANTOS  
(Coordenador)

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos  
Coordenadora do CEP da UFTM

**Endereço:** Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM

**Bairro:** 2º andar - Sala H

**CEP:** 38.025-180

**UF:** MG

**Município:** UBERABA

**Telefone:** (34)3318-5854

**Fax:** (34)3318-5854

**E-mail:** cep@pesqpg.ufm.edu.br

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Triângulo Mineiro

### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo **Dependência para as atividades da vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: verificar a quantidade de idosos dependentes para realizar as atividades da vida diária e que possuem fragilidade, identificar a utilização e o acesso aos serviços de saúde entre os idosos residentes no Triângulo Mineiro e verificar os fatores que estão relacionados a dependência para realizar as atividades da vida diária. Para participar você deverá responder umas perguntas sobre os seus dados pessoais e sua saúde. Além disto, realizar testes de desempenho funcional realizados pela verificação da sua força das mãos e sua capacidade de andar.

Você poderá obter todas as informações que quiser; e poderá não participar da pesquisa e o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento. Pela participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ele será identificado por um número.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não me afetará. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Uberaba, ...../ ...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador orientador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

**Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318-5950 (34) 3318-5942**

***Pesquisador responsável: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares***

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

## ANEXO A - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

### 1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? \_\_\_\_\_  
 Em que cidade vive? \_\_\_\_\_  
 Em que bairro estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que local estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 3) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca \_\_\_\_\_

Tapete \_\_\_\_\_

Tijolo \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 4) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 \_\_\_\_\_ 93 \_\_\_\_\_ 86 \_\_\_\_\_ 79 \_\_\_\_\_ 72 \_\_\_\_\_ 65

**Nota:** \_\_\_\_\_

b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente"

O \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ U \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

*Considere na Nota Final da questão 8 a maior Nota entre os itens a e b.*

**Nota Final:** \_\_\_\_\_

### 6) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca \_\_\_\_\_

Tapete \_\_\_\_\_

Tijolo \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 7) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

**Nota:** \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

**Nota:** \_\_\_\_\_

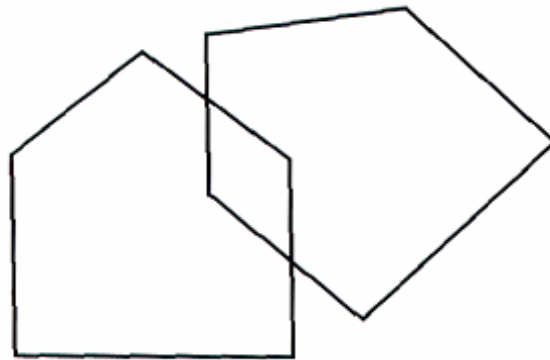
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**08) Capacidade Construtiva Visual** (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



**Nota:** \_\_\_\_\_

**09) TOTAL (Máximo 30 pontos):** \_\_\_\_\_

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos  $\leq$  13 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq$  18

• com escolaridade superior a 11 anos  $\leq$  26

**10) Idoso apresentou declínio cognitivo:**.....

(1) Sim (2) Não



## ANEXO B - ESCALA DE KATZ

A escala de independência em atividades da vida diária é baseada numa avaliação da independência ou dependência funcional do idoso ao tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se.

Área de funcionamento	Indep. Dep.
<b>Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)</b> 1. Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). 2. Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). 3. Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	(1) (2) (3)
<b>Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)</b> 1. Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda 2. Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos 3. Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(1) (2) (3)
<b>Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)</b> 1. Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) 2. Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite 3. Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(1) (2) (3)
<b>Transferência</b> 1. Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) 2. Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda 3. Não sai da cama	(1) (2) (3)
<b>Continência</b> 1. Controla inteiramente a micção e a evacuação 2. Tem “acidentes” ocasionais 3. Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(1) (2) (3)
<b>Alimentação</b> 1. Alimenta-se sem ajuda 2. Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão 3. Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	(1) (2) (3)

0: independente em todas as seis funções;

1: independente em cinco funções e dependente em uma função;

2: independente em quatro funções e dependente em duas;

3: independente em três funções e dependente em três;

4: independente em duas funções e dependente em quatro;

5: independente em uma função e dependente em cinco funções;

6: dependente em todas as seis funções.

**Classificação.....**  
**Número de ABVD que não consegue realizar.....**


**ANEXO C - ESCALA DE LAWTON E BRODY**

<b>Atividade</b>	<b>Avaliação</b>	
Em relação ao uso do telefone...		
a) Telefone	Recebe e faz ligações sem assistência	3
	Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	1
Em relação as viagens...		
b) Viagens	Realiza viagem sozinho	3
	Somente viaja quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	1
Em relação a realização de compras...		
c) Compras	Realiza compras, quando é fornecido transporte	3
	Somente faz compras quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	1
Em relação ao preparo de refeições...		
d) Preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	3
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de preparar as próprias refeições	1
Em relação ao trabalho doméstico...		
e) Trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	3
	Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos	1
Em relação ao uso de medicamentos...		
f) Medicamentos	Faz uso de medicamentos sem assistência	3
	Necessita de lembretes ou de assistência	2
	É incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos	1
Em relação ao manuseio do dinheiro		
g) Dinheiro	Preenche cheques e paga contas sem auxílio	3
	Necessita de assistência para uso de cheques e contas	2
	Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...	1

**TOTAL**.....

**Classificação da dependência para AIVDs**.....

(1) Dependência total: igual a 7 pontos

(2) Dependência parcial: 7-20 pontos

(3) Independente: 21 pontos

## ANEXO D - APGAR DE FAMÍLIA

Assinale a opção que lhe parece mais adequada:

<b>Questões:</b>	<b>Sempre</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou Preocupando.	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

**Score total:** \_\_\_\_\_

Pontuação:

- ( 1) 0 a 8 = Família com disfunção acentuada
- (2) 9 a 12 = Família moderadamente funcional
- (3) 13 a 20 = Família altamente funcional