



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALYNE ANDRADE SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

FORTALEZA

2016

ALYNE ANDRADE SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Rafaella Pessoa
Moreira

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do
Cuidado em Saúde

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

S581f Silva, Alyne Andrade.
Fatores associados a funcionalidade familiar de idosos na estratégia saúde da família. / Alyne Andrade Silva. – 2016.
67 f.: il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família; Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientação: Profa. Dra. Rafaella Pessoa Moreira.

1. Envelhecimento da População. 2. Relações Familiares. 3. Saúde do Idoso. I. Título.


CDD 613.0434


ALYNE ANDRADE SILVA

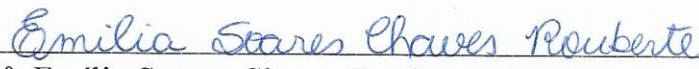
**FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

BANCA EXAMINADORA:


Prof.ª. Dr.ª. Rafaella Pessoa Moreira (Presidente e Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB/RENASF


Prof.ª. Dr.ª. Edmara Chaves Costa (Membro Efetivo)
Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB


Prof.ª. Dr.ª. Emília Soares Chaves Rouberte (Membro Efetivo)
Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Aprovada em: 25 / 11 / 2016

Dedico este trabalho:

A Deus por iluminar meu caminho e me dar
forças para seguir sempre em frente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, aquele para quem nada é impossível. Pela constante presença em minha vida e por me permitir alcançar mais um objetivo.

Aos meus pais, Antônio Eginaldo e Pedrina, minhas referências de vida, por terem me ensinado que para alcançar um objetivo é preciso muita dedicação e determinação. Pelo amparo e o amor incondicional.

Aos meus irmãos, Wilker e Adrízia, pela amizade, incentivo e cumplicidade e por estarem ao meu lado sempre que precisei.

Ao meu esposo Adriano, por acreditar em mim, pelo apoio, compreensão, carinho e esse imensurável amor do qual compartilhamos.

Aos meus lindos filhos, Matheus e Lia Maria, razão de minha vida, meu porto seguro em todos os momentos. Agradeço a Deus a oportunidade de tê-los em minha vida.

Ao meu primo Rafael, que compartilhou comigo momentos de angústias e alegrias durante a construção deste trabalho e por me ajudar com meus pequenos sempre que precisei.

À tia Toinha, que de forma tão generosa me ajudou tanto nessa trajetória me apoiando e cuidando dos meus filhos.

A amiga e comadre Patrícia Diniz, pelo carinho e disponibilidade. Sempre querendo ajudar de alguma forma, especialmente com meus filhos.

Ao quarteto fantástico, formado por mim e três amigas muito especiais que o mestrado me deu, Lucenir, Luciana e Risolinda. Meninas, foram tantas emoções! Chegamos aqui! Iremos mais longe!

Às amigas de trabalho e da vida, Alexsandra, Daniele, Gabriela, Lucilande e Kátia (molécula), que sempre me incentivaram e me proporcionaram momentos de lazer, imprescindíveis ao bom andamento deste estudo.

Aos amigos do Mestrado: Adriana, Aíla, Bruno, Cristiane, Cristiano, Danuta, Diego, Dírlia, Emanuela, Eline, Fábio, Gemimma, Géssika, Joverlândia, Luciana, Lucenir, Maria Luísa, Marielle, Risolinda e Verônica, por tudo que vivemos nesse curso, as trocas de experiências, a forma amorosa e a positividade liberadas a cada encontro. Amo vocês!

À Profa. Dra. Rafaella Pessoa Moreira, minha orientadora, por sua dedicação, paciência, sensibilidade e apoio ao longo desta jornada.

À Profa. Dra. Edmara Chaves Costa, pela confiança, dedicação, paciência e disponibilidade durante todas as etapas da pesquisa. Obrigada por sua importante contribuição para a realização deste trabalho.

À Profa. Emília Soares Chaves Roubert, pelos aceites e pelas valiosas contribuições ao meu trabalho desde a qualificação.

Às Professoras Nirla Gomes Guedes e Andrea Gomes Linard, pelos aceites como suplentes nas bancas de qualificação e defesa.

Aos idosos que consentiram participar deste estudo, pela valiosa contribuição e acolhida em seus domicílios. Expresso meus sinceros agradecimentos!

À secretária e amiga Suerda, que com sua docilidade, dedicação e profissionalismo conquistou a todos os alunos da nossa turma. Muito obrigada por sua contribuição!

Ao amigo Anderson, coordenador da UAPS Dr. João Elisio Holanda, que sempre me apoiou durante este tempo de formação profissional, sem colocar nenhum empecilho para as liberações do trabalho.

A todos os docentes vinculados a RENASF-UFC, pelos conhecimentos transmitidos e apoio fundamentais a nossa formação de mestres.

A todos que me apoiaram nessa caminhada e torceram pelo meu sucesso, meus sinceros agradecimentos!

“Levanta-te diante dos cabelos brancos; honra a pessoa do velho, e teme a teu Deus. Eu sou o Senhor, vosso Deus.”

Levítico 19, 32

RESUMO

O envelhecimento populacional e as mudanças no perfil epidemiológico das doenças, com a presença fortemente hegemônica das doenças crônicas, causam impactos na saúde das pessoas idosas e influenciam as mudanças nas estruturas familiares, principais provedoras do cuidado necessário a seus membros idosos mais dependentes. Estes fatores interferem nos aspectos de vida do idoso e, sobretudo, nas relações familiares. A forma como cada família funciona implicará no melhor ou pior cuidado prestado. Conhecer essa dinâmica auxiliará no planejamento assistencial aos idosos mais dependentes. Portanto, pretendeu-se com este estudo avaliar a funcionalidade familiar e os fatores associados de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Este estudo foi do tipo transversal e descritivo com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no domicílio por meio de entrevista estruturada com aplicação de um formulário contendo itens sobre os aspectos sócio-demográficos, os hábitos de vida, as condições de saúde, escalas de avaliação funcional do idoso (ABVD e AIVD) e da funcionalidade familiar (APGAR de família). Os dados obtidos foram tabulados no Microsoft Excel 2011 e exportados para o software Epi Info versão 7, onde foi realizada a análise estatística do trabalho. Para a análise de associação entre as variáveis categóricas de interesse e a funcionalidade familiar foi empregado o teste de Qui-quadrado (χ^2), ou Exato de Fisher, considerando um nível de significância de 0,05. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, sob número de parecer 1269652. O estudo mostrou predomínio do sexo feminino, da faixa etária de 60 e 69 anos e média de idade da amostra de 70,4 anos, com baixa renda e baixa escolaridade, sendo a maioria aposentados. Apresentaram uma média de filhos de 4,7 (dp=3,1). A maior parte dos idosos residia com cônjuge, com filhos e netos, com média de corresidentes de 3,1 (dp=1,6). Quanto aos hábitos de vida, apenas 14,1% praticavam atividade física regularmente, 66,6% tinham histórico de tabagismo e 16,1% consumiam bebida alcoólica. Os idosos apresentaram autopercepção de saúde regular (66,6%) e as doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial (60,6%) e Diabetes (39,3%). A maioria fazia uso de medicação contínua (78,7%) e sendo a classe de drogas mais utilizadas as cardiovasculares (60,6%). Em relação a percepção dos idosos sobre sua capacidade funcional, a maioria apresentou independência para as ABVD (82,8%) e expressiva dependência parcial nas AIVD (40,4%). Quanto à funcionalidade familiar, os idosos apresentaram famílias funcionais (67,6%) e um importante quantitativo de famílias disfuncionais (32,3%). Não houve associação significativa entre capacidade funcional e funcionalidade familiar neste estudo. Houve associação significativa entre idade e classificação de AIVD ($p=0,0235$) e entre a autopercepção de saúde com APGAR familiar ($p=0,0006$). Também observou-se associação com significância entre as variáveis ABVD e AIVD ($p = 0,024$). Quanto aos domínios do APGAR de família, observou-se uma maior frequência de respostas nunca (16,1%), no aspecto tempo que a família compartilha com o idoso, quando comparada com as demais dimensões. Isto pode revelar a inexistência de um cuidador ou a escassa presença da família, embora os idosos residam com familiares, na maioria dos casos. Acredita-se que os achados do presente estudo podem contribuir para que os profissionais da ESF considerem a dinâmica familiar e os fatores associados a sua funcionalidade no planejamento e direcionamento de suas ações, com o intuito de resguardar a saúde e a qualidade de vida dos idosos mais dependentes e contribuir para a elaboração de intervenções multidisciplinares futuras, como o projeto terapêutico singular e conferências familiares, no sentido de qualificar as relações familiares e promover melhorias no cuidado prestado à pessoa idosa nas suas especificidades.

Palavras-chave: Envelhecimento da população. Relações familiares. Saúde do idoso.

ABSTRACT

The demographic aging and the changes in the epidemiological profile of diseases, along with the strong hegemonic presence of chronic diseases, cause health impacts on the elderly and influence changes in family structures, which are the main care providers to elderly members who are more dependent. These factors interfere in the life aspects of the elderly and, above all, in family relationships. The way each family works will mean a best or worst care provided. To know this dynamics will aid in care planning for elderly people who are more dependent. Therefore, this study intended to evaluate family functionality and its associated factors of elderly attended in the Family Health Strategy. This study was transversal and descriptive with a quantitative approach. Data mining was performed at the elderly's home through a structured interview based on a form containing items on sociodemographic aspects, life habits, health conditions, functional evaluation scales of the elderly (ABVD and AIVD) and family functionality (Family APGAR). The collected data was organized on Microsoft Excel 2011 and then submitted to statistical analysis using Epi Info Software v. 7. The Chi-square test (χ^2), or Fisher's Exact, was used to analyze the association between categorical variables of interest and family functionality, considering a level of significance of 0.05. The research was approved by the University of International Integration of Afro-Brazilian Lusophony's Research Ethics Committee, under the number 1269652. The study presented a predominantly female population, a predominant age group between 60 and 69, with an average age of 70.4 years, with low income, low educational level, and mostly retired. They presented an average number of children of 4.7 (SD = 3.1). The majority resided with their spouses, children and grandchildren, with an average number of 3.1 (dp = 1.6) people sharing the house. Regarding lifestyle, only 14.1% practiced regular physical activity, 66.6% had a history of smoking and 16.1% consumed alcoholic beverages. The elderly considered their health as being regular (66.6%) and the most prevalent diseases were hypertension (60.6%) and diabetes (39.3%). The majority used continuous prescription drugs (78.7%), to which the most commonly used were the cardiovascular type (60.6%). Regarding the perception of the elderly about their functional capacity, the majority was considered independent for the ABVD (82.8) and expressive partial dependence on the AIVD (40.4%). Concerning family functionality, most elderly had functional families (67.6%) and an important number of dysfunctional families (32.3%). There was no relation between functional capacity and family functionality in this study, but it was found a significant association between age and AIVD classification ($p = 0.0235$) and between self-perception of health and family APGAR ($p = 0.0006$). Also, an association with significance between ABVD and AIVD variables ($p = 0.024$) was observed. As for the Family APGAR domains, the most fragile aspect was the time the family shares with the elderly, which may reveal the absence of a caregiver or the scarce presence of the family, although the elderly live with relatives in most cases. We believe that the findings of the present study may assist the FHT professionals to consider family dynamics and factors associated with their functionality whilst planning and directing their actions, in order to maintain the health and quality of life of elderly people more dependent and to support the formulation of future multidisciplinary interventions, such as a singular therapeutic project and family conferences, in the sense of qualifying familiar relationships and improving the elderly health care.

Keywords: Demographic aging. Family relations. Health of the elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Amostragem probabilística aleatória estratificada.....	27
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Funcionalidade familiar segundo os domínios do APGAR de família, em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.....	31
TABELA 2	Caracterização biosóciodemográfica da amostra de idosos, em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.....	32
TABELA 3	Autopercepção de saúde e morbidade referida de idosos, em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.....	34
TABELA 4	Utilização de medicamentos pelos idosos participantes da pesquisa, em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.....	35
TABELA 5	Características da população do estudo segundo as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.....	36
TABELA 6	Características da população do estudo segundo as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.....	37
TABELA 7	Associação entre variáveis independentes e dependentes de idosos participantes da pesquisa em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, 2016.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APGAR	<i>Adaptation, Partnership, Growth, Affection e Resolve</i>
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AB	Atenção Básica
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
<i>et al</i>	e colaboradores
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNILAB	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Envelhecimento da população e perfil epidemiológico.....	14
1.2	Políticas de Atenção ao Idoso e Estratégia Saúde da Família.....	16
1.3	Família e Cuidado ao Idoso.....	18
1.4	Justificativa.....	23
2	OBJETIVOS	24
2.1	Geral.....	24
2.2	Específicos.....	24
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
3.1	Tipo de estudo.....	25
3.2	Local de estudo.....	25
3.3	População e Amostra.....	26
3.4	Coleta de dados.....	28
3.5	Instrumento de coleta de dados.....	28
3.6	Análise dos resultados.....	29
3.7	Aspectos éticos.....	30
4	RESULTADOS.....	31
5	DISCUSSÃO.....	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	59
	APÊNDICE B-INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	61
	ANEXO A-PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	66
	ANEXO B-DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA.....	69

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento da população e perfil epidemiológico

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno global e vem atingindo um crescimento acelerado, especialmente nos países da América Latina, como é o caso do Brasil, uma vez que o efeito da queda da fecundidade e mortalidade tem produzido transformações no padrão etário da população (SANTOS, 2012; ALMEIDA et al., 2015).

Os países desenvolvidos consideram idosos os indivíduos na faixa etária acima de 65 anos, já nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, consideram-se idoso pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais de idade pela lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, artigo 2º, regulamentada pelo decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996 (BRASIL, 2006b).

Nos dados concretizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 o número de idosos no Brasil foi de aproximadamente 22 milhões de pessoas, representando 11% da população total. Já na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2013, o percentual apurado de idosos foi 13% da população. A expectativa de vida ao nascer aferida foi de 74,8 anos – para as mulheres, chegando a 78,5 anos; enquanto nos homens de 71,2 anos (IBGE, 2013).

Há também um crescimento acentuado da população muito idosa (80 ou mais anos), representado por 14% da população idosa brasileira, sendo esta a mais exposta às doenças e agravos crônicos, muitos deles resultando em sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, gerando situações de dependência e conseqüente necessidade de cuidado (IBGE, 2010b; CAMARANO; MELO, 2010).

O aumento da prevalência de dependência em grupos etários mais avançados é preocupante, uma vez que idosos dependentes são considerados pessoas vulneráveis, destacando-se a importância cada vez maior de serviços que envolvem o domicílio como esfera de atenção, onde os cuidadores familiares assumem papel relevante. O grande desafio relacionado à longevidade é alcançá-la sem apresentar doenças que limitem a vida diária e tornam o idoso dependente do cuidado. Porém, quando a incapacidade funcional ocorre, a família, que é o elemento central no cuidado do idoso, encontra-se muitas vezes sem o preparo e conhecimento necessários para desempenhar tal papel (REIS, 2013; AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011).

As projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que em 2025 existirão 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade e o país ocupará o sexto lugar

quanto ao contingente de idosos (BRASIL, 2007; IBGE, 2010a). A característica mais marcante entre os idosos é a predominância do sexo feminino (57,7%), reforçando o fenômeno de feminização do envelhecimento que tem sido amplamente analisado e discutido (IBGE, 2013; ALMEIDA, et al., 2015).

As mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que elas vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. De acordo com os dados recenseados do Brasil, o contingente feminino de mais de 60 anos de idade passou de 2,2%, em 1940; para 4,7% em 2000; e 6% em 2010 (IBGE, 2010).

Todavia, analisando esses dados sob outro prisma, percebe-se que viver mais não é sinônimo de viver melhor. As mulheres acumulam, no decorrer da vida, desvantagens, como violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, dupla jornada, baixa escolaridade, solidão pela viuvez, além de apresentarem maior probabilidade de serem mais pobres do que os homens, dependendo, assim, de mais recursos externos (NICODEMO; GODOI, 2010).

Concomitante à transição demográfica atual, transforma-se o perfil epidemiológico da população, aumentando as doenças crônicas que, comprometem a autonomia do idoso, exigindo cuidados permanentes da família e/ou cuidador, bem como atenção contínua e específica da equipe de saúde no direcionamento do cuidado (AGUIAR et al., 2011).

A mudança demográfico-epidemiológica vem ocorrendo principalmente pela ação médico-sanitária e menos por mudanças que levaram a uma qualidade de vida da população, além da redução da fecundidade influenciada pelos métodos contraceptivos a partir da década de 60 e redução expressiva nas taxas de mortalidade infantil em decorrência de conquistas tecnológicas da medicina moderna (antibióticos, vacinas), que aumentou a expectativa de vida ao nascer (MORAES; LOPES; FREITAS, 2015).

Mendes (2012) afirma que o Brasil vive, neste início de século, uma situação epidemiológica que agrega uma tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas, uma influência importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das doenças crônicas. As modificações demográficas, epidemiológicas e sociais que o Brasil vem sofrendo nas últimas décadas estão profundamente relacionadas e são responsáveis por um envelhecimento heterogêneo (CHAIMOWICZ, 2013).

Para que o envelhecimento ocorra de maneira positiva, essas limitações podem ser superadas ou minimizadas se, ao longo da vida as pessoas adquirirem hábitos saudáveis e tiverem oportunidades de saúde, integração social, segurança e bem-estar. Tais condições não

dependem exclusivamente de uma escolha pessoal mas também das oportunidades oferecidas pelo contexto social e político (FARIAS; SANTOS, 2012).

É importante observar o envelhecimento sob a ótica do curso de vida e da determinação social das doenças, que nos indicam acumulação de riscos ao longo da vida que passam por escolhas, mas, acima de tudo por oportunidades. As desigualdades do processo de envelhecimento devem-se, basicamente, às condições desiguais que as pessoas tiveram submetidas no curso de suas vidas (LOUVISON; ROSA, 2012).

De acordo com Oliveira (2012), o processo de envelhecimento é implacável e acontece de maneira gradual, ativa e irreversível, com uma série de mudanças genético-biológicas, psicossociais e fisiopatológicas, advindas da interação de fatores internos e externos, que resultam em decréscimo na capacidade fisiológica e diminuição da resposta do organismo a eventos estressantes, aumentando o risco de desenvolvimento de patologias.

A senescência é o termo engloba as alterações orgânicas, morfológicas, psicológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento normal sem alterações patológicas, sendo influenciado pelos hábitos de vida, educacionais, sociais, entre outros. A senilidade seria o estágio final da senescência, ou seja, quando o risco de mortalidade é elevado. Esse estágio contempla as modificações ocasionadas pelas doenças que comumente afetam os idosos e que são mal controladas, que em longo prazo levam a desgastes no organismo que vão além do processo natural de envelhecimento (FREITAS; MIRANDA, 2011).

O envelhecimento populacional imprime mudanças na composição familiar, tendo em vista que cada vez mais tem idosos na sociedade e esse fato transforma as contribuições e atribuições dos diferentes componentes familiares, mobilizando o convívio intergeracional. Dessa forma, observa-se que o idoso vem perdendo o seu papel e função sociais, decorrente das mudanças ocorridas na dinâmica e estrutura familiar ao longo dos anos e do processo de ruptura e readaptação de vínculos entre os idosos e seus familiares (BRASIL, 2010b; MORAGAS, 2010).

1.2 Políticas de Atenção ao Idoso e Estratégia Saúde da Família

Nas últimas décadas, à gestão pública vem sofrendo o impacto do envelhecimento populacional que é considerado pela literatura como um dos grandes desafios da saúde pública. Os idosos vivenciam fragilidades orgânicas, associados a uma qualidade de vida demarcada por precariedades socioeconômicas, que se constituem em conjunto de

necessidades, apresentadas, seja pelas pesquisas e estudos sobre o tema, pela ação de movimentos sociais ou pela articulação de ambos (BARRETO, 2014).

O desenvolvimento de políticas para a pessoa idosa tem sido destaque na agenda de organizações internacionais de saúde com relação à proposição de diretrizes para nações que ainda precisam implantar programas sociais e assistenciais para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional (FERNANDES; SOARES, 2012).

No tocante às políticas públicas voltadas à saúde do idoso, tem-se no Brasil a publicação da Portaria GM/MS nº 1.395/1999, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) onde estão contidas as diretrizes para a promoção do envelhecimento saudável, manutenção e reabilitação da capacidade funcional comprometida e o apoio ao desenvolvimento dos cuidados informais (BRASIL, 1999; LOUVISON; ROSA, 2012).

Em 2006, a partir da aprovação do Pacto pela Saúde do SUS (Portaria GM/MS 399/2006), efetivado entre as três esferas de governo, em que se assumiu, entre outras prioridades, o fortalecimento da Atenção Básica e a Saúde do Idoso, a PNSI foi atualizada e emitida através da Portaria nº 2.528/2006 que se refere a Política nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Esta política passa a dar mais ênfase ao princípio da integralidade com a articulação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção à saúde dos idosos, sobretudo dos idosos frágeis e/ou vulneráveis (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; VERA, 2013).

No entanto, observa-se que as políticas ainda não são efetivas, pois foram poucas as respostas do sistema de saúde e de outras políticas sociais, que tivessem como finalidade a saúde e o bem-estar do idoso. Esta constatação é preocupante, principalmente ao se analisar a condição social, econômica e de saúde da maioria da população da terceira idade, caracterizada por ser de baixo nível socioeconômico e potencialmente dependente dos serviços públicos de saúde (VIEIRA et al., 2011).

Na tentativa de reorientar o modelo de atenção à saúde e em substituição ao então modelo assistencial, em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Saúde da Família (PSF), hoje chamado Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo imprimir nova dinâmica nos serviços, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade através da humanização. Tal estratégia enfoca a família como unidade de ação programática de saúde e não mais, tão somente o indivíduo (BRASIL, 2006c).

Constituem princípios de atuação da ESF, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de corresponsabilidades entre serviços de saúde, profissionais e população. As ações dos profissionais da ESF estão voltadas para todos os membros da família, desde a criança até o

idoso (BRASIL, 2006c; BELUSCI, 2010).

Nos territórios de atuação das equipes de saúde da família, considera-se o contexto familiar e social da população adstrita, para oferecimento de uma assistência mais holística, humanitária e contínua. Torna-se assim imprescindível focar o perfil epidemiológico da população a ser atendida, de acordo com a demanda local e oferecer maior atenção aos idosos, em decorrência de suas necessidades e do seu aumento numérico progressivo (SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006).

1.3 Família e Cuidado ao Idoso

No que diz respeito ao papel da família, a constituição brasileira nos Art. 229 e Art. 230, assinala o dever dos pais de assistir, criar e educar os filhos menores; e de outro lado, os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Ressalta também a responsabilidade da sociedade e do estado, juntamente com a família de amparar as pessoas idosas e que isto deve ser preferencialmente nos lares (BRASIL, 1988).

O Estatuto do Idoso, por sua vez, em seu artigo 3º trata da responsabilidade da família quanto ao cuidado com os gerontes.

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

As famílias passaram por profundas transformações nas últimas décadas, conseqüentemente, tornaram-se menores e com um maior número de idosos, sendo necessário uma reorganização dentre os membros familiares, para fazer face as demandas do envelhecimento. Entretanto, embora a estrutura familiar mais frequentemente encontrada para os idosos seja a família intergeracional, não há certeza de que elas estejam aptas para assumir o papel de cuidadora (PAVARINI, 2009).

As transformações estruturais ocorridas nas famílias são decorrentes de mudanças na nupcialidade, da queda da fecundidade e do ingresso maciço da mulher no mercado de trabalho que afetou os contratos tradicionais de gênero, onde a mulher era a cuidadora e o homem, o provedor. Essas mudanças afetam, substancialmente, a capacidade de as famílias ofertarem cuidados à população idosa, pois historicamente esses cuidados foram atribuídos aos membros mais novos, que são hoje em menor número, e às mulheres, que atualmente dispõem de menos tempo para o trabalho doméstico (CAMARANO, 2010).

Ressalta-se que o suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é tido como benéfico, no membro familiar que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório. No entanto, pode-se perceber que os cuidados da saúde são produzidos em dois contextos distintos: a rede oficial de serviços e a rede informal, representada especialmente pela família (MAZZA; LEFRÈVE, 2005; GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

A rede oficial de produção de cuidados, incorpora o saber biomédico-científico e as tecnologias terapêuticas modernas e conta com amplo reconhecimento como agência produtora de cuidados. Já a rede informal, que tem a família como principal personagem não possui semelhante reconhecimento. Entretanto, os cuidados essenciais à saúde são produzidos pela família, através de ações concretas no seu cotidiano, que permitem o reconhecimento das doenças, busca ao serviço de saúde, incentivo para o autocuidado e, não menos importante, o apoio emocional (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

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

Desse modo, torna-se necessário rever o suporte familiar disponível do idoso que demanda cuidados, visto que o apoio pode ficar limitado frente as diversas realidades e contextos familiares da atualidade. A avaliação da funcionalidade familiar, enquanto um recurso terapêutico, é uma ferramenta importante nos diversos cenários de assistência profissional (FREITAS, 2011).

Todos os membros da família assumem papéis e tarefas importantes para a sua funcionalidade, dentre eles destacam-se o prover e o cuidar que devem ser constantemente renegociados. Esse funcionamento nem sempre é harmônico, podendo inclusive trazer prejuízos para a saúde dos diferentes membros familiares, especialmente os idosos que aos poucos perdem suas funções previamente definidas (BRASIL, 2007).

Uma família é considerada funcional quando há definição de tarefas ou funções claras e aceitas por seus membros familiares, no auxílio à resolução de problemas utilizando recursos próprios. Em situação oposta, a família disfuncional é aquela em que há desrespeito, sobreposição na hierarquia, ruídos na comunicação e não reorganização do sistema familiar,

na articulação de forças para resolução de problemas (SANTI, 1997; BRASIL, 2007).

Pesquisas desenvolvidas na área da gerontologia, têm demonstrado que as condições crônicas que acompanham o idoso podem fragilizá-lo e, neste caso, a família se apresenta como um importante apoio, sendo essencial (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012; GRATÃO et al., 2013).

Uma ferramenta utilizada na identificação das relações e função familiar é o *Family APGAR*, questionário desenvolvido por Gabriel Smilkstein, em 1978, cuja denominação representa um acrônimo em inglês, derivado dos domínios *adaptation* (adaptação), o qual compreende os recursos familiares oferecidos quando se faz necessária assistência; *partnership* (companheirismo), que se refere à reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; *growth* (desenvolvimento), relativo à disponibilidade da família para mudanças de papéis e desenvolvimento emocional; *affection* (afetividade), compreendendo a intimidade e as interações emocionais no contexto familiar e *resolve* (capacidade resolutiva), que está associada à decisão, determinação ou resolutividade em uma unidade familiar (SMILKSTEIN, 1978). Este instrumento, após ser traduzido, adaptado e validado no Brasil, foi renomeado para APGAR de Família (DUARTE, 2001).

A funcionalidade familiar deve ser avaliada a fim de melhorar o atendimento ao idoso no domicílio e planejar o cuidado a este indivíduo, direcionando as ações à realidade da família, já que uma vez identificados problemas, os profissionais de saúde podem intervir de forma mais eficaz nesse contexto (PAIVA et al, 2011).

Trata-se de uma avaliação objetiva e sistematizada do nível de função familiar na visão do respondente e reconhece rapidamente a disfuncionalidade familiar, sendo de fácil interpretação, baixo custo e alta confiabilidade (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011). Sua administração possibilita a detecção de disfunções no sistema familiar, viabilizando a fundamentação de intervenções voltadas a reestabelecer o equilíbrio das relações existentes nesse sistema (BRASIL, 2007).

Sabendo da importância da família no cuidado ao idoso, estudos que visam avaliar a funcionalidade familiar por meio do APGAR de família, tornam-se relevantes e a sua utilização é recomendada pela política nacional de saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária. Existem estudos no Brasil que abordam a funcionalidade de famílias com idosos, atendendo a recomendação para a prática assistencial gerontológica e mostram os resultados da aplicação do instrumento APGAR de Família (BRASIL, 2007; PAIVA et al., 2010; SILVA et al., 2013).

Um estudo realizado no sudeste do país, em um município do interior paulista,

entrevistou-se 45 idosos com alterações cognitivas, cadastrados e acompanhados em unidades de saúde da família de regiões com alto índice de vulnerabilidade social. Este estudo correlacionou gênero e funcionalidade familiar, sendo os resultados estatisticamente significativos, os quais mostraram que as mulheres estão mais insatisfeitas do que os homens em relação a funcionalidade familiar (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011).

Outro estudo realizado no interior da Bahia, entrevistou 60 idosos, não institucionalizados e sem alterações cognitivas. Os dados mostraram que há uma maior frequência de idosos do sexo feminino (73%), verifica-se, portanto, a feminização do envelhecimento. Quanto a funcionalidade familiar, os resultados evidenciaram que 51,6% dos idosos estavam inseridos em famílias do tipo funcional, enquanto 48,4% em famílias disfuncionais (SILVA et al., 2013).

No Ceará, um estudo teve como sujeitos 80 idosos que eram atendidos em uma unidade de saúde da família na capital do estado e sem déficit cognitivo. Neste estudo, a faixa etária predominante entre os idosos pesquisados foi de idosos jovens, pois 38,7% dos idosos tinham entre 60 e 69 anos e 37,5% tinham entre 70 e 79 anos. Em relação a companhia de moradia, 81,3% dos idosos moravam acompanhados e 18,7% relataram morar sozinhos. O total de pessoas que residiam com os idosos entrevistados eram 241, sendo 59,3% do sexo feminino e 40,7% do sexo masculino. Verificou-se a participação majoritária do sexo feminino e cujo ofício de cuidador é exercido por mulheres. Após a avaliação do APGAR de família, constatou-se 8,8% das famílias com elevada disfunção; 7,5% com moderada disfunção e 83,3% com boa funcionalidade (PAIVA et al., 2011).

Para tanto, é importante compreender que as relações entre as famílias e os serviços de saúde estão inseridas em um conjunto de determinantes sociais, políticos e econômicos e que não basta mais a intervenção e a recuperação isoladas do corpo biológico, visto que essas práticas, não tem respondido de forma plena as necessidades de saúde da população. As ações devem ir além e demandam uma atenção que reconheça e considere a integralidade do ser humano e o impacto em sua qualidade de vida (ATHAYDE; GIL, 2005).

Para este estudo, considera-se família o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar. Entende-se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família, e por normas de convivência as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica. Consideram-se como famílias conviventes as constituídas de, no mínimo, duas

peessoas cada uma, que residam na mesma unidade domiciliar (domicílio particular ou unidade de habitação em domicílio coletivo) (IBGE, 2010b).

Com o passar dos anos, o ser humano sofre transformações no seu corpo em decorrência das alterações fisiológicas resultantes das décadas vividas e uma dessas consequências está relacionada com alterações na sua capacidade funcional que representa a condição de um indivíduo realizar com autonomia e/ou independência as tarefas diárias (JANSSEN, 2006; SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008).

Essas atividades são agrupadas em atividades básicas de vida diária (AVDs), as quais caracterizam a habilidade para realizar tarefas de autocuidado; e em atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), que incluem as tarefas que permitem a vida em comunidade (PEREIRA et al., 2012).

Com o crescente aumento da população idosa, a capacidade funcional (CF) surgiu como novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, por refletir o impacto da doença/incapacidade sobre sua qualidade de vida (MORAES; LOPES; FREITAS, 2015).

Dos estudos realizados no Brasil nos últimos cinco anos sobre os fatores relacionados à incapacidade funcional em idosos de diferentes regiões, as condições de saúde representam forte relação com a dependência para realizar atividades básicas e instrumentais. Nos estudos de Gonçalves et al. (2011) e de Pereira, Duca e Bastos (2011), doenças crônicas, como a osteoporose e a depressão, inatividade física, isolamento e uma pior autopercepção do estado de saúde, estão intimamente ligados a uma maior incidência de incapacidade funcional.

A limitação da capacidade funcional é subsequente a um processo saúde-doença que inclui condições desfavoráveis ao bem-estar individual, podendo gerar fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa duração. O declínio nas capacidades funcionais pode ocorrer de forma gradual até atingir todos os domínios da funcionalidade do idoso (MACIEL; GUERRA, 2007; TEIXEIRA, 2010; SANTOS; PAVARINI, 2011).

Os aspectos de saúde, porém, não são os únicos fatores a serem avaliados, devendo-se também considerar os indicadores demográficos e socioeconômicos, os quais demonstraram apresentar associação significativa, principalmente na incapacidade em atividades instrumentais (PEREIRA; DUCA; BASTOS, 2011). Esta preocupação é pertinente para os estudos a realizar sobre o fenômeno do envelhecimento, uma vez que as tendências demográficas apontam para a manutenção e até crescimento desta realidade.

1.4 Justificativa do estudo

Na prática profissional, no âmbito da estratégia saúde da família, observa-se a dificuldade de membros familiares desempenharem as tarefas que lhes são próprias, dentre elas, destaca-se o cuidado dos idosos. Percebe-se a fragilidade da família em executar o cuidado, especialmente nas ocorrências de fragilização e dependência funcional, recaindo muitas vezes sobre o setor saúde a maior responsabilidade a esse respeito.

Neste sentido, cabe as equipes de saúde da família conhecer a realidade de saúde dos idosos de sua área adscrita, a dinâmica e o contexto familiar no qual estão inseridos, no intuito de traçar estratégias de ajustes visando à promoção da saúde do idoso e a harmonia familiar. Assim, a pesquisa teve os seguintes questionamentos: Qual a funcionalidade das famílias de uma unidade de atenção primária da regional V (SR V), Fortaleza-Ce, segundo o APGAR? Como estão estruturadas as famílias com idosos residentes nesta área? Há ocorrência de incapacidade funcional nos idosos? Qual a relação entre capacidade funcional e funcionalidade familiar dos idosos?

Desse modo, apesar de se observar algumas pesquisas com o foco semelhante ao presente estudo, como citado anteriormente, inclusive no Ceará, esta pesquisa se justifica e é relevante, pois não havia ainda estudos desta natureza na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) escolhida, localizada na regional V, local no qual a pesquisa foi realizada. Ademais, a regional V apresentou o pior desempenho entre as seis regionais de Fortaleza, acerca do índice de desenvolvimento humano (IDH), em um estudo realizado pela Secretaria de Desenvolvimento Econômico (SDE) (FORTALEZA, 2014). Suspeita-se que indivíduos que vivem em contextos de pobreza, estão mais expostos ao risco de adoecer e morrer, quadro esse que se intensifica em populações mais desprotegidas ou vulneráveis, como a população idosa (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Considera-se que por meio da utilização do APGAR em pesquisas, torna-se possível conhecer as características das famílias com idosos, identificando as demandas de necessidades, além de conhecer a funcionalidade das famílias, na perspectiva do próprio idoso e verificar o valor que este indivíduo atribui a sua fonte mais elementar de suporte psicossocial (BRASIL, 2007; TORRES et al., 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a funcionalidade familiar e os fatores associados de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os aspectos sócio-demográficas e clínicas dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família;
- Examinar a funcionalidade familiar na ESF;
- Investigar a capacidade funcional de idosos da ESF;
- Analisar a associação das variáveis sócio-demográficas, clínicas e capacidade funcional dos idosos com a funcionalidade familiar.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

A pesquisa foi do tipo transversal e descritiva com abordagem quantitativa. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto de tempo, e são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK, 2011). Para Gil (2010), pesquisas descritivas são aquelas que têm como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Optou-se pela abordagem quantitativa, pois de acordo com Cullum *et al.* (2010) e Polit e Beck (2011) as questões focadas na prevenção e manejo dos problemas de saúde são melhores respondidos por meio de dados numéricos, e ainda mais quando se dispõe de um instrumento de medida válido, no intuito de assegurar a objetividade e credibilidade dos achados.

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizado no Nordeste Brasileiro, área total de 313, 14km² com uma densidade demográfica de 7.786,44 (hab/km²) e uma população geral de 2.452.185 habitantes (IBGE, 2010b). A cidade está organizada administrativamente em seis Secretarias Regionais (SR I, II, III, IV, V, VI), responsáveis pela prestação dos serviços de saúde, educação, infraestrutura, habitação, dentre outros.

Fortaleza é dividida em conjuntos de bairros em torno das seis Secretarias Regionais (SRs) e sua política municipal de saúde é executada através das coordenadorias regionais de saúde (CORES), tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Atualmente existem no município 93 Unidades de Atenção Primária (UAPS), porta de entrada do sistema de saúde, com 418 equipes de saúde, sendo 316 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 102 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) para o acompanhamento da população nas respectivas UAPS (FORTALEZA, 2015a).

Na Rede Assistencial da Atenção Primária à Saúde, as equipes estão assim configuradas: 50 equipes de ESF e 17 de EACS na SR I, 26 equipes de ESF e 17 de EACS na

SR II, 45 equipes de ESF e 26 de EACS na SR III, 36 equipes ESF e 6 de EACS na SR IV, 74 equipes de ESF e 15 de EACS na SR V e, finalmente, 80 equipes de ESF e 21 de EACS na SR VI. O maior número de equipes encontra-se concentrado nas SER V e VI, pois apresentam maiores necessidades diferenciadas das demais regionais, tais como: dimensão territorial, grandeza populacional e maior proporção de pessoas em situação de pobreza (FORTALEZA, 2015a).

A partir disso, o estudo foi realizado na SR V, regional que apresenta uma densidade populacional (de 83,65 habitantes/Km²), com áreas de baixa renda *per capita* e um quantitativo de áreas de risco (perfazendo cerca de 69% das microáreas da regional) consideráveis que refletem diretamente sobre os indicadores de saúde deste território (FORTALEZA, 2013).

A SR V possui representatividade nos piores indicadores socioeconômicos do município: alta densidade demográfica, menor renda *per capita* e menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Nos 18 bairros oficiais desta regional, observa-se que 11 deles possuem um IDH baixo (0,338 - 0,446), enquanto 7 possuem IDH médio (0,466 – 0,696) e nenhum bairro apresenta IDH considerado alto. Ademais, possui um perfil carente de dispositivos sociais básicos, tais como: moradias adequadas, saneamento básico, educação, emprego e renda (IBGE, 2010b; FORTALEZA, 2014).

Fortaleza possui um total de 242.430 idosos distribuídos nas seis secretarias regionais da seguinte forma: SR I possui 37.004 idosos; SR II-49.332; SR III-37.786; SR IV-34.985; SR V-42.252 e SR VI-41.071 idosos. Essa população nos foi informada pela célula de atenção às condições crônicas da SMS (FORTALEZA, 2015b).

O estudo foi desenvolvido com idosos cadastrados na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Dr. João Elísio Holanda, bairro Aracapé, SR V. Nesta UAPS, estão lotadas cinco equipes de saúde da família e atendem uma população geral de 37 mil habitantes.

3.3 População/Amostra

A população de idosos cadastrados na UAPS escolhida totaliza 1667 pessoas. As Equipes são identificadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pelas seguintes numerações: 546, 547, 548, 549 e 598. Foi considerada para o cálculo da amostra a população de idosos das áreas cobertas por Equipes de Saúde da Família. Desconsiderando as áreas chamadas descobertas.

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se a população de 389 idosos cadastrados no prontuário eletrônico (FASTMEDIC) e distribuídos entre as cinco equipes de saúde da família de acordo com o Quadro I. O prontuário eletrônico é uma ferramenta desenvolvida para organizar os processos de trabalho nas UAPS, que contém o histórico de saúde dos usuários e foi implantado recentemente na UAPS Dr. João Elísio Holanda.

O cadastro no FASTMEDIC foi iniciado em junho de 2015 e estava em andamento no período de elaboração do projeto de pesquisa. Portanto, consideramos o número de idosos cadastrados até o dia 10 de outubro de 2015. A amostra do estudo foi de 99 idosos. Esta amostra foi calculada, utilizando a fórmula para determinação do tamanho da amostra (**n**) com base na estimativa da proporção populacional:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N-1) \cdot E^2}$$

Sendo considerado para fins de cálculo: n = número de indivíduos na amostra; $Z_{\alpha/2}$ = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado (1,96); p = proporção populacional de indivíduos que pertence a categoria de interesse do estudo, considerando a proporção de elevada disfunção familiar de 8,8% (PAIVA et al., 2011); q = proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria de interesse ($q = 1 - p$); E = margem de erro ou erro máximo de estimativa ($e = 0,05$ - 95% de confiança).

Quadro I: Amostragem probabilística aleatória estratificada.

Área	População de Usuários Cadastrados (N)	População de Acordo com o Sexo		Amostra Estratificada por Área (n)	Amostra Estratificada por Sexo		Aproximação (Sexo)		TOTAL (n)
		F	M		F	M	F	M	
546	121	60	61	29,25	14,50	14,75	15	15	30
547	72	42	30	17,41	10,16	7,25	11	08	19
548	24	17	07	5,80	4,11	1,69	05	02	07
549	56	34	22	13,54	8,22	5,32	09	06	15
598	115	66	49	27,80	15,95	11,85	16	12	28
Total:	389	220	169	93,8	52,94	40,86	56	43	99

Fonte: próprio autor.

O processo de amostragem foi do tipo probabilístico aleatório estratificado. Em cada grupo de idosos, considerados de acordo com a alocação por equipe de saúde, foi feito um sorteio para a inclusão dos idosos na pesquisa, com reposição de acordo com os critérios de exclusão.

Os critérios de inclusão foram: Indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos;

ser de ambos os sexos; residir na área da UAPS escolhida para o estudo com cobertura de ESF; estar cadastrado no prontuário eletrônico Fastmedic; ser capaz de responder ao questionário. Foram excluídos do estudo os idosos com dificuldade de comunicação e os não cadastrados no Fastmedic.

3.4 Coleta de dados

Foi realizado o teste piloto no mês de novembro de 2015, com idosos (n=5) residentes em área não pertencente ao estudo. Este teste teve como objetivo vivenciar como seria a coleta de dados e o diálogo com os sujeitos da pesquisa, além de testar os instrumentos de coleta de dados e fazer possíveis adequações para atender os objetivos propostos. Após esta análise, foi constituído o instrumento final e aplicado nos idosos que compuserem a amostra do estudo.

A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, no domicílio dos idosos residentes nas áreas cobertas por equipes de saúde da família. Os idosos foram selecionados por meio de sorteio do cadastro de idosos no Fastmedic e recrutados pelos agentes comunitários de saúde mediante a entrega de uma carta convite. Os participantes que mudaram de endereço ou não foram encontrados no domicílio cadastrado em até duas visitas no período da pesquisa, foram substituídos por novo sorteio.

Durante as visitas os idosos consentiram em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) de forma manual ou digital, após a leitura e esclarecimento de dúvidas.

3.5 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada aos idosos no domicílio. Foi utilizado um formulário contendo: 1. Identificação do perfil sócio demográfico, hábitos de vida e condições de saúde autorreferidas; 2. Avaliação da capacidade funcional por meio da autoavaliação de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD); 3. Avaliação da funcionalidade familiar por meio do APGAR de Família.

Para a avaliação da capacidade funcional utilizou-se dois instrumentos amplamente utilizados em pesquisas e sugeridos pelo Ministério da Saúde para avaliação de idosos na Atenção Primária (BRASIL, 2007; SANTOS; PAVARINI, 2011) que são as escalas

de ABVD e AIVD (KATZ et al., 1963; LAWTON; BRODY, 1969)

A escala de ABVD (APÊNDICE B), também denominada de autocuidado, avalia a independência no desempenho de seis funções: banho; vestir-se; ir ao banheiro; transferência; continência; alimentação. Está identificada em letras, em uma variação de A a G e 'outra', no qual a letra A representa independência para todas as atividades, as demais indicam algum tipo de dependência e G dependência em todas as atividades (KATZ et al., 1963; LINO et al., 2008).

A Escala de AIVD (APÊNDICE B) (LAWTON; BRODY, 1969), na versão apresentada por Freitas e Miranda (2006), mensura a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade: utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros. Essas atividades compõem uma escala de 9 a 27 pontos, na qual para cada AIVD o idoso será classificado como dependente total, parcial ou independente. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim (BRASIL, 2007).

Para a avaliação do relacionamento familiar foi aplicado o índice APGAR de Família (APÊNDICE B) que representa um acrônimo – palavra formada pela primeira letra de cada item - derivado de: Adaptation (adaptação), Partnership (companheirismo), Growth (desenvolvimento), Affection (afetividade) e Resolve (capacidade resolutiva). Os resultados são: 0-4 = elevada disfunção familiar, 5 e 6 = moderada disfunção familiar, 7-10 = boa funcionalidade familiar. Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes (BRASIL, 2007).

3.6 Análise dos resultados

Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica do Programa *Excel for Windows*[®] 2013 e foram processados no software Epi Info versão 7. Foram aplicados inicialmente procedimentos estatísticos descritivos incluindo distribuição de frequências para as variáveis qualitativas e medidas de tendência central e variabilidade adequados à síntese dos dados numéricos.

Para a análise de associação entre as variáveis categóricas de interesse e a

funcionalidade familiar foi empregado o teste de Qui-quadrado (χ^2), ou Exato de Fisher, considerando um nível de significância de 0,05. Os resultados serão organizados e apresentados em tabelas.

3.7 Aspectos éticos

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) com parecer favorável (CEP nº 1.269.652). Para atender a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) que trata sobre pesquisa com seres humanos, nos quais foram resguardados os princípios da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado; os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sobre o método de coleta de dados. Os mesmos foram informados por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (APÊNDICE A), sobre os objetivos, riscos e benefícios, bem como a participação voluntária, não remunerada, a preservação da identidade da fonte de informação e sobre a recusa e/ou desistência inócuas.

4 RESULTADOS

Nesse item estão apresentados os dados demonstrados nas tabelas de 1 a 7, que foram obtidos a partir da entrevista com os 99 idosos que fizeram parte da amostra. Em relação à dinâmica familiar, a tabela 1 apresenta os resultados do APGAR familiar, com avaliação de itens sobre o relacionamento dos idosos com suas famílias.

Tabela 1. Funcionalidade familiar segundo os domínios do APGAR de família, em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.

Variáveis	N	%
Adaptação-busca ajuda		
Nunca	13	13,27
Algumas vezes	22	22,45
Sempre	63	64,29
Companheirismo-compartilha		
Nunca	11	11,11
Algumas vezes	29	29,29
Sempre	59	59,60
Desenvolvimento- apoia desejos		
Nunca	14	14,14
Algumas vezes	21	21,21
Sempre	64	64,65
Afetividade-demonstra afeição		
Nunca	11	11,11
Algumas vezes	28	28,28
Sempre	60	60,61
Resolução-compartilha tempo		
Nunca	16	16,16
Algumas vezes	19	19,19
Sempre	64	64,65
APGAR familiar		
Elevada disfunção familiar	18	18,18
Moderada disfunção	14	14,14
Boa funcionalidade familiar	67	67,6

Fonte: Própria autora.

Segundo o APGAR Familiar, as famílias foram classificadas em funcionais e disfuncionais. Os resultados evidenciaram que a percepção de Boa Funcionalidade Familiar (BFF) foi estimada em 67,6% (n=67). A Disfuncionalidade Familiar (DF) foi de 32,3% (n=32), distribuídos em 14,1% com Moderada Disfunção Familiar (MDF) (n=14) e 18,1% (n=18) com Elevada Disfunção Familiar (EDF).

Corresponde às dimensões do APGAR Familiar de idosos (adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva) segundo a satisfação em relação à sua família. Na dimensão adaptação, 64,2% (n=63) responderam estar sempre satisfeitos; no tocante à dimensão desenvolvimento, 64,6% (n=64) responderam sempre e essa dimensão diz respeito à aceitação da família frente ao desejo do idoso iniciar novas atividades ou modificar seu estilo de vida. No que se refere à dimensão capacidade resolutiva, 64,6%

(n=64) responderam sempre estar satisfeitos com a maneira como os membros da família se organizam para dispor de tempo que permita atenção, escuta e diálogo para com os idosos. Nessa dimensão, observou-se uma maior frequência de respostas nunca (16,1%) quando comparada com as demais dimensões. Na dimensão companheirismo, que corresponde a forma como são discutidas questões de interesse e reciprocidade nas comunicações familiares, 29,2% dos idosos responderam algumas vezes.

A tabela 2 apresenta os dados referentes as características da amostra segundo fatores sócio-demográficos e comportamentais dos idosos entrevistados.

Tabela 2. Caracterização biosociodemográfica da amostra de idosos, em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.

Variáveis	N	%
	30	30,30
	19	19,19
	07	7,07
	15	15,15
	28	28,28
Faixa etária		
60 – 69 Anos	56	56,57
70 – 79 Anos	25	25,25
80 ou mais anos	18	18,18
<i>Média</i> [desvio padrão - dp]		70,42 [dp: 8,076]
Sexo		
Masculino	43	43,43
Feminino	56	56,57
Escolaridade		
Ausente	15	15,15
Um a nove anos	79	78,80
10 ou mais anos	05	5,05
<i>Média</i> [desvio padrão - dp]		3,96 [dp: 3,329]
Ocupação		
Aposentado	73	73,74
Pensionista	08	8,08
Atividades domésticas	09	9,09
Ainda trabalha	09	9,09
Renda Familiar		
Até um salário mínimo	51	51,52
Mais de um salário	48	48,48
<i>Média</i> [desvio padrão - dp]		1.441,58 [dp: 1.072,98]
Estado Civil		
Casado (a)	60	60,61
Solteiro (a)	07	7,07
Viúvo (a)	24	24,24
Divorciado (a)	08	8,08

Continua

Tabela 2. Caracterização biosociodemográfica da amostra de idosos, em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016. (*Conclusão*).

Variáveis	N	%
Filhos		
Sim	91	91,90
Não	08	8,08
<i>Média [desvio padrão - dp]</i>		4,71 [dp: 3,118]
Número de residentes		
<i>Média [desvio padrão - dp]</i>		3,12 [dp: 1,637]
<i>Reside com o cônjuge</i>		
Sim	59	59,60
Não	40	40,40
<i>Reside com filhos</i>		
Sim	48	48,48
Não	51	51,51
<i>Reside com netos</i>		
Sim	29	29,29
Não	70	70,71
<i>Reside sozinho</i>		
Sim	09	9,09
Não	90	90,91
Fuma		
Sim, diariamente	14	14,14
<i>Média [desvio padrão - dp]</i>		9,78 [dp: 6,447]
Sim, ocasionalmente	4	4,04
Não, nunca fumou	33	33,33
Fumou e parou	48	48,48
Atividade física		
Sim	14	14,14
Não	85	85,86
<i>Porque não pratica</i>		
Dificuldade Motora	25	25,25
Falta de tempo	16	16,16
Falta de acesso	07	7,07
Falta de vontade/disposição	37	37,37
Consumo de bebida alcoólica		
Sim	16	16,16
Não	83	83,84

Fonte: Própria autora.

A amostra final do estudo foi composta por 99 idosos com média de idade de 70,4 anos (DP=8,0). Na distribuição das idades entre os idosos entrevistados, buscou-se identificá-los pelos grupos de idade sugeridos pelo IBGE. Observou-se que 56,5% dos idosos estavam no grupo de 60 a 69 anos, seguidos de 25,2% do grupo de 70 a 79 anos e 18,1% com idade de 80 anos ou mais. Dos participantes deste estudo, 56,5% eram do sexo feminino.

Em relação a escolaridade apresentaram uma média de 3,9 (DP=3,3) anos de estudo e renda familiar média de 1,6 salários mínimos sendo que 73,7% afirmaram que eram aposentados. O estado civil predominante foi casado com 60,6% e 24,2% declararam ser viúvos. Em relação ao número de filhos, 92% dos idosos tinham filhos, com uma média de

4,7 (DP=3,1).

Os idosos residiam em grande quantidade nas microáreas 546 e 598 com 30,3% e 28,2%, respectivamente. A média dos corresidentes com idosos foi de 3,1 (DP= 1,6), sendo que 59,6% residiam com cônjuge, seguidos de 48,4% que residiam com filhos, 9,2% que residiam com netos e apenas 9% residiam sozinhos.

Quanto ao hábito de fumar, encontrou-se que 33,3% dos idosos nunca fumaram, seguidos de 48,4% que fumaram e pararam, 14,4% que fumavam diariamente e 4% fumavam ocasionalmente. Cerca de 85,8% dos idosos relataram não praticar atividade física por falta de disposição (37,3%), dificuldade motora (25,2%) e falta de tempo (16,1%). Em relação aos hábitos etilistas 16% consomem bebidas alcoólicas (Tabela 1).

A tabela 3 apresenta as características da amostra segundo a autopercepção de saúde dos idosos e morbidade referida.

Tabela 3. Autopercepção de saúde e morbidade referida dos idosos em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.

Variáveis	n	%
Autopercepção de saúde		
Ótima	02	2,02
Boa	18	18,18
Regular	66	66,67
Ruim	05	5,05
Péssima	08	8,08
Doença crônica		
Sim	81	81,82
Não	18	18,18
<i>Diabetes</i>		
Sim	39	39,39
Não	60	60,61
<i>Hipertensão</i>		
Sim	60	60,61
Não	39	39,39
<i>Obesidade</i>		
Sim	25	25,25
Não	74	74,75
<i>Baixo peso</i>		
Sim	05	5,05
Não	94	94,95
<i>Câncer</i>		
Sim	05	5,05
Não	94	94,95
<i>AVC</i>		
Sim	05	5,00
Não	94	94,95

Continua

Tabela 3. Autopercepção de saúde e morbidade referida dos idosos em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016. (*Conclusão*).

Variáveis	N	%
<i>Infarto</i>		
Sim	07	7,07
Não	92	92,93
<i>Asma</i>		
Sim	05	5,05
Não	94	94,95
<i>Problemas de memória</i>		
Sim	10	10,10
Não	89	89,90
<i>Problemas de tireóide</i>		
Sim	03	3,03
Não	96	96,97
<i>Catarata</i>		
Sim	27	27,27
Não	72	72,73
<i>Outras</i>		
Sim	13	13,13
Não	86	86,87

Fonte: Própria autora.

Quanto as condições de saúde a maioria dos idosos (66,6%) respondeu que considerava sua saúde regular. Cerca de 81,8% possuía alguma doença crônica como hipertensão (60,6%), diabetes (39,3%), catarata (27,2%), obesidade (25,2 %) e doenças osteomusculares (20,2%).

A tabela 4 mostra os dados relacionados a utilização de medicamentos pelos idosos participantes da pesquisa.

Tabela 4. Utilização de medicamentos por idosos participantes da pesquisa, em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.

Variáveis	N	%
Medicamentos uso contínuo		
Sim	78	78,79
Não	21	21,21
Indicação		
Receita atual	78	78,79
Receita antiga	21	21,21
Drogas cardiovasculares		
Sim	60	60,61
Não	39	39,39
Diuréticos		
Sim	28	28,28
Não	71	71,72

Continua

Tabela 4. Utilização de medicamentos por idosos participantes da pesquisa, em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016. (*Conclusão*).

Variáveis	N	%
Anticonvulsivantes		
Sim	05	5,05
Não	94	94,95
Anti-inflamatórios		
Sim	01	1,01
Não	98	98,99
Antidepressivos		
Sim	01	1,01
Não	98	98,99
Sedativos		
Sim	01	1,01
Não	98	98,99
Antibióticos		
Sim	01	1,01
Não	98	98,99
Redutores de colesterol		
Sim	17	17,17
Não	82	82,83
Insulina		
Sim	03	3,03
Não	96	96,97
Hipoglicemiantes		
Sim	31	31,31
Não	68	68,69
Outros		
Sim	36	36,36
Não	63	63,64

Fonte: Própria autora.

Com relação a utilização de medicamentos, cerca de 78,7 % dos idosos utilizava de algum medicamento de uso contínuo, com indicação médica e receita atual (78,7%). A maioria deles (60,6%) utilizava drogas cardiovasculares, 28% diuréticos e 31,3% hipoglicemiantes.

A tabela 5 apresenta a realização de atividades básicas da vida diária (ABVD) pelos idosos participantes deste estudo.

Tabela 5. Características da população do estudo segundo as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.

Variáveis	N	%
Tomar banho		
Não recebe assistência	94	94,95
Recebe assistência parcial	02	2,02
Recebe assistência total	03	3,03
Vestir-se		
Não recebe assistência	91	91,92
Recebe assistência parcial	03	3,03
Recebe assistência total	05	5,05

Continua

Tabela 5. Características da população do estudo segundo as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016. (Conclusão).

Variáveis	N	%
Uso de vaso sanitário		
Não recebe assistência	95	95,96
Recebe assistência	04	4,04
Transferência		
Não recebe assistência	92	93,88
Recebe assistência	06	6,12
Continência		
Não recebe assistência	84	84,85
Recebe assistência	15	15,15
Alimentação		
Não recebe assistência	97	97,98
Recebe assistência parcial	01	1,01
Recebe assistência total	01	1,01
Index de ABVD's		
A - Independência para todas as atividades	82	82,83
B - Independência para todas as atividades menos uma	10	10,10
C - Independência para todas as atividades menos banho mais uma adicional	01	1,01
E - Independência para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional	01	1,01
G - Dependente para todas as atividades	02	2,02
Outro - Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F	03	3,03

Fonte: Própria autora.

A tabela 5 apresentou os resultados do index de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) em que 82,8% dos idosos demonstraram independência para todas as atividades e 17,1% são dependentes em uma ou mais atividades. Considerando-se, isoladamente, cada uma das ABVDs a maioria dos idosos foi classificada como independente e “Alimentar-se” teve o maior desempenho das atividades realizáveis, equivalente a 98% do total. A atividade que teve o segundo melhor desempenho foi “Uso do vaso sanitário” com um total de 96% do total de idosos,

A tabela 6 demonstrou as características da população do estudo segundo as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

Tabela 6. Características da população do estudo segundo as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016.

Variáveis	N	%
Usa o telefone		
Sem ajuda	82	82,83
Com ajuda parcial	08	8,08

Continua

Tabela 6. Características da população do estudo segundo as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, 2016. (Conclusão).

Variáveis	N	%
Não consegue	09	9,09
Ir a locais distantes		
Sem ajuda	78	78,79
Com ajuda parcial	10	10,10
Não consegue	11	11,11
Fazer compras		
Sem ajuda	77	77,78
Com ajuda parcial	10	10,10
Não consegue	12	12,12
Preparar refeições		
Sem ajuda	82	82,83
Com ajuda parcial	06	6,06
Não consegue	11	11,11
Arrumar a casa		
Sem ajuda	80	80,81
Com ajuda parcial	02	2,02
Não consegue	17	17,17
Trabalhos manuais		
Sem ajuda	73	74,49
Com ajuda parcial	08	8,16
Não consegue	17	17,35
Lavar roupas		
Sem ajuda	79	79,08
Com ajuda parcial	04	4,04
Não consegue	16	16,16
Tomar remédios		
Sem ajuda	81	81,82
Com ajuda parcial	11	11,11
Não consegue	07	7,07
Cuidar de finanças		
Sem ajuda	80	80,81
Com ajuda parcial	12	12,12
Não consegue	07	7,07
Classificação AIVD's		
Dependência parcial	40	40,40
Independência	59	59,60

Fonte: Própria autora.

Quanto às atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) observou-se que 59,6% dos idosos foram classificados como independentes e 40,4% autorreferiram capacidade funcional comprometida com dependência parcial (Tabela 5). Avaliando cada item do instrumento, “trabalhos manuais” foi a atividade que mais apresentou nível de dependência (25,5%), seguida de fazer compras (22,2%) e lavar roupas (20,2%).

A tabela 7 mostra a associação entre variáveis independentes e dependentes.

Tabela 7. Associação entre variáveis independentes e dependentes de idosos participantes da pesquisa em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, 2016.

Variáveis	APGAR			AIVD		ABVD	
	E (%)	M (%)	B (%)	I (%)	D (%)	I (%)	D*(%)
Sexo							
Masculino	08 (18,6)	04 (9,3)	31 (72,1)	16 (37,2)	27 (62,8)	33 (76,7)	10 (23,3)
Feminino	10 (17,9)	10 (17,9)	36 (64,3)	24 (42,9)	32 (57,1)	49 (87,5)	07 (12,5)
	$p = 0,4758^{\#}$			$p = 0,5703^l$		$p = 0,1596^l$	
Faixa Etária							
60 – 69 anos	11 (19,6)	05 (8,9)	40 (71,4)	16 (28,6)	40 (71,4)	49 (87,5)	07 (12,5)
70 – 79 anos	03 (12,0)	05 (20,0)	17 (68,0)	14 (56,0)	11 (44,0)	18 (72,0)	07 (28,0)
80 ou mais anos	04 (22,2)	04 (22,2)	10 (55,6)	10 (55,6)	08 (44,4)	15 (83,3)	03 (16,7)
	$p = 0,4374^{\#}$			$p = 0,0235^l$		$p = 0,2318^{\#}$	
Estado Civil							
Com companheiro	11 (18,3)	07 (11,7)	42 (70,0)	26 (43,3)	34 (56,7)	51 (85,0)	09 (15,0)
Sem companheiro	07 (18,0)	07 (18,0)	25 (64,1)	14 (35,9)	25 (64,1)	31 (79,5)	08 (20,5)
	$p = 0,6760^l$			$p = 0,4612^l$		$p = 0,4772^l$	
Reside com Filhos							
Sim	08 (16,7)	08 (16,7)	32 (66,6)	21 (43,8)	27 (56,2)	39 (81,2)	09 (18,8)
Não	10 (19,6)	06 (11,8)	35 (68,6)	19 (37,2)	32 (62,8)	43 (84,3)	08 (15,7)
	$p = 0,7589^l$			$p = 0,5104^l$		$p = 0,6862^l$	
Renda Familiar							
Até um salário	07 (13,7)	09 (17,7)	35 (68,6)	20 (39,2)	31 (60,8)	42 (82,4)	09 (17,6)
Mais de um salário	11 (22,9)	05 (10,4)	32 (66,7)	20 (41,7)	28 (58,3)	40 (83,3)	08 (16,7)
	$p = 0,3540^l$			$p = 0,8038^l$		$p = 0,8971^l$	
Histórico de Tabagismo							
Sim	13 (19,7)	12 (18,2)	41 (62,1)	28 (43,9)	37 (56,1)	52 (78,8)	14 (21,2)
Não	05 (15,2)	02 (6,1)	26 (78,8)	11 (33,3)	22 (66,7)	30 (90,9)	03 (9,1)
	$p = 0,1792^{\#}$			$p = 0,3106^l$		$p = 0,1647^2$	
Atividade Física							
Sim	01 (7,1)	01 (7,1)	12 (85,8)	04 (28,6)	10 (71,4)	13 (92,9)	01 (7,1)
Não	17 (20,0)	13 (15,3)	55 (64,7)	36 (42,4)	49 (57,6)	69 (81,2)	16 (18,8)
	$p = 0,2950^{\#}$			$p = 0,3301^l$		$p = 0,4529^2$	
Autopercepção de Saúde							
Ótima/boa	03 (15,0)	02 (10,0)	15 (75,0)	07 (35,0)	13 (65,0)	19 (95,0)	01 (5,0)
Regular	08 (12,1)	08 (12,1)	50 (75,8)	24 (36,4)	42 (63,6)	55 (83,3)	11 (16,7)
Ruim/péssima	07 (53,8)	04 (30,8)	02 (15,4)	09 (69,2)	04 (30,8)	08 (61,5)	05 (38,5)
	$p = 0,0006^{\#}$			$p = 0,0752^{\#}$		$p = 0,0442^{\#}$	
Doença Crônica							
Sim	16 (19,8)	11 (13,6)	54 (66,7)	36 (44,4)	45 (55,6)	65 (80,2)	16 (19,8)
Não	02 (11,1)	03 (16,7)	13 (72,2)	04 (22,2)	14 (77,8)	17 (94,4)	01 (5,6)
	$p = 0,6800^{\#}$			$p = 0,1121^2$		$p = 0,1868^2$	
Uso Contínuo de Medicamentos							
Sim	16 (20,5)	10 (12,8)	52 (66,7)	35 (44,9)	43 (55,1)	64 (82,1)	14 (17,9)
Não	02 (9,5)	04 (19,1)	15 (71,4)	05 (23,8)	16 (76,2)	18 (85,7)	03 (14,3)
	$p = 0,4475^{\#}$			$p = 0,0808^l$		$p = 0,6927^l$	
ABVD							
Independência	13 (15,8)	10 (12,2)	59 (72,0)	29 (35,4)	53 (64,6)		
Dependência*	05 (29,4)	04 (23,5)	08 (47,1)	11 (64,7)	06 (35,3)		
	$p = 0,1359^{\#}$			$p = 0,0248^l$			

Continua

Tabela 7. Associação entre variáveis independentes e dependentes de idosos participantes da pesquisa em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, 2016. (*Conclusão*)

Variáveis	APGAR			AIVD		ABVD	
	E (%)	M (%)	B (%)	I (%)	D (%)	I (%)	D*(%)
AIVD							
Independência	09 (22,5)	08 (20,0)	23 (57,5)				
Dependência	09 (15,2)	06 (10,2)	44 (74,6)				
	$p = 0,1878^1$						

Legenda: E - elevada disfunção familiar; M - moderada disfunção familiar; B - boa funcionalidade familiar; I - independência; D - dependência parcial; D* - dependência em pelo menos uma atividade;

Testes Estatísticos Não Paramétricos: ¹Teste Qui-quadrado; ²Teste Exato de Fisher;

Observação: #Valor esperado inferior a cinco, o Qui-quadrado pode não ser um teste válido.

Na análise bivariada, ocorreu associação entre idade e classificação de AIVD ($p=0,023$), em que de um total de 56 idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, 40 idosos apresentaram dependência na AIVD (Tabela 7).

A autopercepção em saúde mostrou associação estatisticamente significativa com o APGAR familiar ($p=0,0006$), pois grande quantidade de idosos que responderam ótima\boa ou regular autopercepção de sua saúde, apresentaram boa funcionalidade familiar. Como também, o index ABVD apresentou relação com a autopercepção em saúde, observando-se uma coincidência entre uma autopercepção ótima/boa e regular com uma maior independência dos idosos de acordo com resultado neste index do que aqueles que responderam péssima.

Também se observa associação com significância entre as variáveis ABVD e AIVD ($p = 0,024$), pois a maioria dos idosos ($n=82$) são independentes para as ABVD, mas desses, 64,6% dos idosos apresentaram dependência em pelo menos uma atividade de acordo como as AIVD ($N=53$).

5 DISCUSSÃO

No Brasil, o efeito combinado da redução dos níveis de fecundidade e mortalidade tem produzido transformações no padrão etário da população, aumentando o número de idosos. Em nosso estudo prevaleceu uma maior concentração de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos (56,5%). Este achado encontra-se em consonância com os padrões brasileiros, como demonstra o relatório de Síntese de Indicadores Sociais de 2010, em que as pessoas entre 60 e 69 anos possuem maior representatividade dentro do segmento idoso, embora com número significativo de octogenários (com 80 anos ou mais) (18,1%), o que tem sido uma realidade cada vez maior no mundo, especialmente no Brasil (IBGE, 2010b; ALMEIDA et al., 2015).

Projeções populacionais apontam para um crescimento muito acentuado da população muito idosa para as próximas décadas. Esse subgrupo populacional representou aproximadamente 14% da população idosa em 2010 e 1,5% da população brasileira. As projeções para 2040 indicam que os muito idosos responderão por um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total, representando um contingente de aproximadamente 13,7 milhões. Isto é resultado da redução da mortalidade em todas as idades e em especial, nas avançadas e da alta fecundidade que prevaleceu nos anos de 1950 e 1960 (IBGE, 2010; CAMARANO; MELO, 2010).

Observou-se um maior percentual do sexo feminino em nosso estudo (56,57%) que corrobora com o fenômeno da feminização da velhice em destaque nos estudos de Sousa et al., (2014), com 68,2% de mulheres idosas; 63,76% no estudo de Lopes (2014) e 77,6% no estudo de Rabelo e Neri (2015). Segundo Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. De acordo com os dados recenseados do Brasil, o contingente feminino de mais de 60 anos de idade passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000; e 6% em 2010 (IBGE, 2010).

Como resultado de uma desigualdade de gênero na expectativa de vida, existe essa proporção maior de mulheres do que de homens nesse grupo populacional, o que pode ser atribuído a fatores biológicos, em especial pela proteção hormonal de estrógeno, e à diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade; a inserção diferenciada no mercado de trabalho, o uso/abuso de tabaco e álcool, e também a diferença de atitude em relação à saúde/doença, considerando que a mulher busca mais os serviços de saúde, o que mostra maior preocupação com autocuidado (BRASIL, 2010; MOURA; DOMINGOS; RASSY, 2010). Entretanto, as mulheres acumulam, no decorrer da vida, desvantagens, como

violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, dupla jornada, baixa escolaridade, solidão pela viuvez, além de apresentarem maior probabilidade de serem mais pobres do que os homens, dependendo, assim, de mais recursos externos (NICODEMO; GODOI, 2010).

No presente estudo a maior parte dos idosos apresentou baixo nível de escolaridade com média de 4 anos de estudo ($dp= 3,3$). Esta realidade pode ser explicada em virtude de que àqueles que têm 60 anos e mais viveram numa época em que o acesso à educação era restrito. Acredita-se que outro fator que favorece a baixa escolaridade nesse grupo de idosos é a predominância do sexo feminino, uma vez que, nas sociedades tradicionais, as mulheres eram impedidas de estudar em decorrência dos padrões culturais que determinavam que, a estas fosse dada a responsabilidade de apenas cuidar dos filhos e das tarefas domésticas (MADUREIRA; PELISER; BELTRAME, 2008).

A baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida, influencia a adesão ao tratamento de condições crônicas, em virtude da relação com menores condições econômicas e acesso a serviços de saúde (SILVA et al., 2013).

Em relação a ocupação dos idosos, a maioria declarou-se aposentado (73,7%), estado civil predominante casados (60,6%), renda familiar média de 1,6 salários ($dp=1.072,9$) e média de residentes no domicílio de cada participante foi de 3,1 ($dp=1,6$). Esses dados evidenciam que as rendas familiares provêm principalmente da aposentadoria dos idosos. A baixa renda encontrada entre os idosos neste estudo é um dado importante, uma vez que rendas inferiores podem limitar o acesso das pessoas aos cuidados alimentares e sociais, com destaque para a educação e saúde, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida. A renda e a escolaridade adequadas podem auxiliar as pessoas a desenvolverem um envelhecimento saudável. É menos provável que idosos com nível educacional elevado sofram as consequências da exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças e menor é a possibilidade de se submeterem a condições de trabalho inadequadas que podem levar a um comprometimento funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

As mudanças demográficas têm produzido forte impacto nas famílias brasileiras, tanto do ponto de vista econômico quanto emocional e essas modificações podem influenciar a forma como cuidam dos idosos. Além disso, o aumento da expectativa de vida faz com que várias gerações convivam no mesmo domicílio e as diferenças geracionais podem interferir na dinâmica familiar (PAVARINI, 2009; IBGE, 2010).

Apesar de o arranjo familiar se conformar de maneira diferente ao comparar o contexto masculino e feminino, o apoio se fortalece para ambos os sexos com a proximidade dos familiares. Nesse estudo, 59,6% dos idosos residiam com cônjuge, seguidos de 48,4% que residiam com filhos e 9,2% que residiam com netos. Nesse sentido, no Brasil o arranjo multigeracional parece receber mais influência do aspecto econômico do que cultural. Apesar de experimentar o declínio da renda com o avanço da idade, de forma geral os idosos continuam participando significativamente do orçamento doméstico, sobretudo as mulheres (PORCIÚNCULA et al., 2014). Isto pode ser percebido nesta pesquisa em que os idosos tinham uma renda familiar média de 1,6 salários e a maioria eram aposentados (73,7%), ou seja, a renda familiar coincide com a renda individual do idoso.

Tratando-se do histórico de tabagismo, percebeu-se neste estudo que mais da metade dos idosos (66,6%) tiveram este hábito na vida, considerando os tabagistas ativos (14%), os que fumavam ocasionalmente (4,04%) e os ex-fumantes (48,4%). Em relação ao consumo de tabaco, pode-se afirmar que o tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Entretanto, existem poucos estudos sobre a prevalência do tabagismo na terceira idade no Brasil e no mundo, nesse sentido, acredita-se que esta seja em torno de 10,0 a 11,0% da população geral de fumantes (COSTA NETO et al., 2013).

Além do uso do fumo, outro hábito presente entre os idosos é o consumo de bebida alcoólica. Isto tornou-se um problema mundial de importância crescente, porém, ainda pouco avaliado e discutido, apesar do crescimento acelerado desse grupo etário. Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS), o consumo aceitável de álcool é de até duas latas de cerveja ou dois cálices de vinho ou duas doses de destilados por dia, e que, em média 10,0% dos idosos consomem álcool acima desse nível (PEREIRA, 2009; COSTA NETO, et al., 2013). No presente trabalho, 16% da população fazia uso de álcool.

No que diz respeito ao sedentarismo observou-se no presente estudo que aproximadamente 86% dos idosos eram sedentários. Os idosos relataram os motivos pelos quais não praticavam atividade física, dentre eles encontrou-se falta de vontade/disposição com maior ocorrência (37,3%), seguido de dificuldade motora (25,2%), falta de tempo (16%) e falta de acesso (7%). Apenas 14% dos idosos praticavam atividade física regularmente.

Essas altas taxas podem ser explicadas pelo fato de que o envelhecimento conduz a uma perda progressiva das habilidades funcionais do organismo, aumentando o risco do sedentarismo. Essas alterações podem pôr em risco a qualidade de vida do idoso, tornando-o mais vulnerável a problemas de saúde (COSTA NETO et al., 2013). Entretanto, neste estudo,

o principal motivo de sedentarismo foi a falta de vontade/disposição para a prática de atividade física, o que nos chama a atenção para o planejamento de ações educativas que atenuem as condições desfavoráveis a prática de hábitos saudáveis pelos idosos

A atividade física muda para melhor a vida do idoso, não só as condições físico-motoras e a saúde geral, mas, principalmente, porque ocasiona maior fortalecimento de vínculos familiares, de amizade, de lazer e sociais, promovendo mudanças na vida cotidiana, como busca de melhoria da qualidade de vida (OMS, 2005; SANTANA; MAIA, 2009; ARAÚJO; MANUCUSSI; FARO, 2012).

Quanto as condições de saúde, a maioria dos idosos, no presente estudo, apresentou autopercepção negativa de saúde, com regular/ruim/péssima (79,8%), enquanto 20,2% relataram saúde ótima/boa. A percepção do indivíduo sobre seu próprio estado de saúde tem se transformado em importante marcador do seu bem-estar e qualidade de vida, sendo útil para avaliar as necessidades de saúde e prever sua sobrevivência. A maneira como o indivíduo lida com seu estado de saúde determinará seu comportamento, suas escolhas e seu modo de viver. Vale acrescentar que a autoavaliação do estado de saúde é considerada confiável e válida frente a outras medidas mais complexas da condição de saúde, apesar do seu caráter subjetivo, mostrando-se consistente em estudos populacionais com diferentes características culturais (SERENY; GU, 2011; SILVA; JUNIOR; VILELA, 2014).

O presente estudo encontrou uma prevalência elevada de idosos com autorrelato de doenças crônicas (81,2%), o que pode ser explicado pela considerável quantidade de sujeitos que informaram ser sedentários, representando um fator de risco importante para o aparecimento dessa classe de doenças neste grupo etário. A morbidade mais prevalente foi hipertensão arterial (61%), seguida de diabetes (39%), catarata (27%), obesidade (25%) e doenças osteomusculares (20%), sendo comum a ocorrência de mais de uma delas neste estudo. Associadas ao processo de envelhecimento, ocorrem alterações funcionais que são próprias da terceira idade, ocasionando maior predisposição ao surgimento de condições crônicas (SILVA; JUNIOR; VILELA, 2014).

Esta maior predisposição pode ser outra justificativa para a alta prevalência dessas doenças encontrada neste estudo, que também pode ser observada em outros levantamentos epidemiológicos sobre o envelhecimento, como o realizado em Fortaleza-CE, onde as doenças do sistema cardiovascular apresentaram prevalência de 73,1%, predominando a hipertensão arterial (48,1%) (CLARES et al., 2011). No interior da Bahia, 87,4% dos idosos tinham, pelo menos, uma doença crônica e as doenças mais encontradas nesta população foram hipertensão arterial (70,7%), doença de coluna (50,8%), reumatismo (50,3%), doença cardíaca (19,4%) e

diabetes (18,3%) (SILVA; JUNIOR; VILELA, 2014).

Em nosso estudo, cerca de 78,7% dos participantes utilizavam um ou mais medicamentos de uso contínuo devido as morbidades existentes. O principal grupo de fármacos usado foi o de medicamentos cardiovasculares (60,6%), seguidos dos hipoglicemiantes (31,3%) e diuréticos (28%) e outros (36,6%). Com relação uso de medicamentos na velhice, trata-se de uma prática comum entre idosos e se deve, especialmente, a alterações que envolvem todos os sistemas e à diminuição das reservas fisiológicas, podendo ser definida como polifarmácia, a qual é classificada tanto quantitativamente, referindo-se à quantidade exacerbada de medicações de uso contínuo, quanto qualitativamente, pelo menos uma medicação de uso inadequado. A polifarmácia está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas, interações medicamentosas, toxicidade cumulativa, iatrogenias, não adesão ao tratamento e altas taxas de morbimortalidade (BORGES et al., 2015).

Quanto a capacidade funcional, um dos mais importantes indicadores de saúde em idosos, Vera (2013), apresenta 66,7% dos idosos com capacidade funcional comprometida e dependência parcial para ABVD, ao contrário do presente estudo em que a maioria dos idosos apresenta independência para essas atividades.

Em relação as AIVD, 43,9% dos idosos referiram independência funcional para as atividades instrumentais propostas por Lawton. A avaliação funcional de atividades instrumentais é uma forma de medir a capacidade de um indivíduo realizar atividades mais elaboradas, que envolvam estado intelectual e interação social (KAGAWA; CORRENTE, 2015).

Os dados revelaram índice de famílias funcionais (67,6%) em sobreposição às famílias disfuncionais (32,3%), significando que grande parte dos idosos está satisfeita com o atendimento de suas demandas pela família nas dimensões avaliadas. A satisfação com os relacionamentos familiares reflete a percepção de que o suporte é suficiente, em cumprimento a expectativas normativas sobre a capacidade assistencial da família, ou que, pelo menos, a necessidade de provê-lo não é fonte de um nível intolerável de conflitos (RABELO; NERI, 2015).

Assim, uma adequada funcionalidade familiar sugere que essa família esteja apta a absorver e lidar com situações de crise (SILVA et al., 2013; RABELO; NERI, 2015). Porém, destaca-se um grande número de famílias disfuncionais (32%), representado pelas famílias que apresentaram moderada disfunção familiar (MDF) (14,1%) e elevada disfunção familiar (EDF) (18,1%).

Em relação à EDF, os achados neste estudo (18,1%) superam os descritos por autores nacionais em diferentes regiões geográficas, como as regiões Sudeste (7,0%) (SANTOS; PAVARINI, 2011) e Nordeste (8,8%) (PAIVA et al., 2011). Valores ascendentes também foram encontrados, como os descritos no Sul (25%) (SANTOS, 2012).

Em outros países, como Portugal, a EDF foi estimada entre 10,5% (ANDRADE; MARTINS, 2011) e 18,7% (GONÇALVES et al., 2011), este último corrobora com nosso estudo. Quando o índice foi aplicado exclusivamente em muitos idosos em Portugal, 18,7% referiram EDF (GONÇALVES et al., 2011) valor superior ao encontrado no Brasil na mesma faixa etária (10%) (SANTOS; PAVARINI, 2011).

O predomínio de boa funcionalidade familiar entre idosos foi também encontrado em outras pesquisas. Um estudo realizado no município de Jequié-BA, com 60 pessoas acima de 60 anos de idade, de ambos os sexos, residentes na área de abrangência de uma Unidade básica de saúde da família, mostrou que houve predominância de entrevistados do sexo feminino (73%) e que 51,6% dos idosos apresentaram boa funcionalidade familiar (SILVA et al., 2013).

Outro estudo realizado com 374 idosos, de ambos os sexos, assistidos por 33 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Dourados-MS, ao analisar a dinâmica familiar identificou que 76,2 % das famílias com boa funcionalidade familiar e 23,8% com disfunção familiar (SOUZA et al., 2014).

Ao contrário, um estudo com idosos dependentes funcionais em uma região no interior do Nordeste brasileiro, apresentou dados divergentes, quando investigou a funcionalidade familiar em 117 pessoas com 60 anos ou mais e identificou que 46,15% apresentavam moderada disfunção familiar, enquanto 27,35% apresentavam elevada disfunção (TORRES; REIS; FERNANDES, 2009).

No presente estudo, os idosos relataram satisfação com os relacionamentos familiares quanto à adaptação (64,2%), ao companheirismo (59,6%), ao desenvolvimento (64,6%), à afetividade (60,6%) e à capacidade resolutiva da família (64,6%), indicando que 67,6% percebia boa funcionalidade de sua família. Relataram disfunção familiar, 32,3% dos idosos.

Acredita-se que a insuficiência familiar dificulta a prestação da assistência necessária ao idoso, especialmente na presença de dependência resultante de problemas de saúde física e psicológica dos idosos, e é fator de risco para carências materiais, sociais, psicológicas e afetivas. A dependência pode levar à perda de papéis, à redução da autoridade e ao rebaixamento do senso de controle dos idosos, e, na família, à desorganização emocional,

ao luto antecipado, à sobrecarga do papel de cuidador e ao distanciamento nos relacionamentos (TORRES et al., 2011; SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011).

Dessa forma, destaca-se o nível de satisfação dos idosos com seus familiares como um fator positivo, visto que em todas as dimensões do APGAR Familiar (adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva) os idosos responderam sempre estar satisfeitos, o que contribui para sua qualidade de vida e seu bem-estar.

Ressalta-se que, uma parte dos idosos contam com a rede social de apoio familiar; isso demonstra que a família, apesar de todas as transformações sofridas, ainda é um esteio para o idoso. A construção dessas relações familiares efetiva-se no cuidado diferenciado que as famílias desempenharam para seus idosos, proporcionando-lhes um olhar que reconheça o momento particular vivido por eles, advindo do processo de envelhecimento (BATISTA; CRISPIM, 2012).

Neste contexto, acredita-se que a emergência de dependência em um familiar idoso é um evento de transição que gera estresse familiar, mas geralmente os membros são capazes de enfrentá-lo e superá-lo. Pressões e tensões podem significar disfuncionalidade momentânea, sinalizando uma nova e mais complexa integração. No cumprimento de novas exigências busca-se o equilíbrio do sistema familiar dentro de uma estrutura interpessoal que envolve papéis, regras, funções e necessidades específicas (PIERCY, 2010).

Neste estudo, houve correlação estatisticamente significativa entre idade e classificação de AIVD ($p=0,023$), onde boa parte dos idosos apresentaram dependência nas AIVD ($n=40$), que são atividades mais elaboradas e envolvem estado intelectual e interação social. Obteve-se ainda associação entre ABVD e AIVD ($p = 0,024$), em que os idosos embora apresentaram maior grau de dependência para as AIVD.

Com o rápido envelhecimento populacional a incapacidade funcional tornou-se um indicador importante da saúde de idoso no Brasil, pois representa o comprometimento da qualidade de vida e aumento na utilização dos serviços de saúde, além de estar associada com a maior mortalidade nos idosos (NASCIMENTO, et al., 2012). No que se refere às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), é possível verificar que os idosos gozam de boa autonomia e independência no desempenho de suas tarefas, uma vez que a maioria afirma desempenhá-las sem ajuda.

Obteve-se ainda associação positiva entre as variáveis autopercepção de saúde e APGAR familiar ($p=0,0006$), pois grande quantidade de idosos que responderam ótima\boa ou regular autopercepção de sua saúde, apresentaram boa funcionalidade familiar. Essa

percepção dos idosos aumenta a possibilidade de eles não terem suas condições crônicas agravadas por tensões e de que se mantenham independentes (RABELO; NERI, 2015).

Em determinadas situações ou ocasiões, às famílias que oferecem o cuidado aos problemas de saúde, podem ver desencadeado um processo de fragilização e comprometimento envolvendo esses familiares. Um instrumental, como o APGAR da Família, pode identificar baixa adaptabilidade às novas circunstâncias apresentadas pelas famílias, tornando-se, assim, um aparato fundamental e complementar para o planejamento assistencial à pessoa idosa. O APGAR da Família também redireciona as intervenções das equipes de saúde envolvidas nesse trabalho, para que através desta avaliação, a equipe possa construir um projeto de atuação adequado à funcionalidade daquela família (BATISTA; CRISPIM, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstram que as características encontradas nos sujeitos, nesta pesquisa, não divergem da literatura, quanto aos aspectos sócio-demográficos e condições de saúde. A população idosa residente na comunidade assistida pela ESF é, predominantemente, feminina, mora acompanhada e possui baixas escolaridade e renda familiar. Além disso, apresentam uma série de problemas de saúde que, associados às condições socioeconômicas desfavoráveis, podem comprometer sua autonomia e independência. Quanto aos hábitos de vida, apenas 14,1% praticavam atividade física regularmente, 66,6% tinham histórico de tabagismo e 16,1% consumiam bebida alcoólica.

Os idosos apresentaram autopercepção de saúde regular (66,6%) e as doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial (60,6%) e diabetes (39,3%). A maioria fazia uso de medicação contínua (78,7%) e sendo a classe de drogas mais utilizadas as cardiovasculares (60,6%). Em relação a percepção dos idosos sobre sua capacidade funcional, a maioria apresentou independência para as ABVD (82,8) e expressiva dependência parcial nas AIVD (40,4%).

Quanto à funcionalidade familiar, os idosos apresentaram famílias funcionais (67,6%) e um importante quantitativo de famílias disfuncionais (32,3%). Não houve relação estatisticamente significativa entre capacidade funcional e funcionalidade familiar neste estudo. Houve associação significativa entre idade e classificação de AIVD ($p=0,0235$) e entre a autopercepção de saúde com APGAR familiar ($p=0,0006$). Também se observou associação com significância entre as variáveis ABVD e AIVD ($p = 0,024$).

Quanto aos domínios do APGAR de Família, o aspecto mais frágil foi o tempo que a família compartilha com o idoso, que pode revelar a inexistência de um cuidador ou a escassa presença da família, embora os idosos residam com familiares, na maioria dos casos. Essa parcela da população parece não participar ativamente dos processos decisórios da vida familiar e conviver um tempo inadequado e com pouco diálogo.

Foram identificados vários fatores de risco modificáveis como obesidade, sedentarismo, tabagismo e etilismo que se não forem controlados podem agravar as condições crônicas autoreferidas e comprometer os anos de vida com qualidade para os indivíduos acometidos por essas enfermidades, aumentando os custos para o sistema de saúde. Os problemas de saúde tendem a se agravar e aumentar com o avançar da idade. Hábitos saudáveis pode ser a chave para o controle dessas afecções, havendo a necessidade de uma intervenção educativa mais específica para a população idosa com o auxílio de recursos

didáticos atrativos e de fácil compreensão.

Em nosso meio, o envelhecimento populacional ocorreu de maneira muito rápida não tendo sido acompanhado pelo simultâneo desenvolvimento de políticas sociais e assistenciais para atender as novas demandas. Quando os idosos necessitam de auxílio terapêutico, observamos um movimento na dinâmica de funcionamento familiar para que ocorra uma adaptação a nova situação, de forma mais ou menos adequada, que culmina geralmente na eleição de um cuidador familiar que assuma o cuidado do membro idoso.

Conhecer a situação de saúde dos idosos e, principalmente, suas necessidades, possibilita planejar cuidados e direcioná-los para as intervenções específicas na implementação de sua assistência. Nessa perspectiva, considera-se esta investigação como um despertar para as questões ligadas à realidade dos idosos e suas famílias na comunidade, como ponto de reflexão para entender melhor a problemática vivenciada por essa população. Acreditamos assim, que o cuidado gerontológico adequado está relacionado a um planejamento cuidativo que vise melhorar a qualidade de vida do idoso, com um menor ônus para a família e a manutenção do equilíbrio do sistema familiar.

Não obstante, este estudo apresenta algumas limitações a serem superadas em investigações posteriores. Essas limitações dizem respeito ao fato do estudo ter sido desenvolvido apenas em uma UAPS e com amostra relativamente pequena, sendo utilizada uma proporção de disfuncionalidade baixa de 8,8% para o cálculo, onde existem proporções maiores em outros estudos e até mesmo no presente estudo.

Desse modo, reforça-se a necessidade de realizar outras pesquisas dessa natureza, inclusive em outras regionais de Fortaleza, para obtenção de um panorama mais ampliado das realidades de saúde da população idosa e do seu convívio familiar, objetivando assim, bases mais seguras e concretas para o planejamento de estratégias e o atendimento integral à saúde das pessoas idosas e suas famílias.

Reconhece-se que esta pesquisa não se constitui em um esgotamento na identificação da disfuncionalidade familiar e os fatores associados, uma vez que refletiu uma abordagem temporal inerente ao estudo transversal, ao qual não se permite inferir causalidade.

Os achados do presente estudo podem contribuir para que os profissionais da ESF considerem a dinâmica familiar e os fatores associados a sua funcionalidade no planejamento e direcionamento de suas ações. O conhecimento da funcionalidade familiar e da capacidade funcional de idosos é importante para o desenvolvimento de estratégias de assistência domiciliária mais efetiva, capaz de assistir às demandas crescentes dos idosos e de suas famílias.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, E.S.S.; GOMES, I.P.; FERNANDES, M.G.M.; SILVA, A.O. Representações sociais do cuidar de idosos para cuidadores: revisão integrativa. **Rev. enferm. UERJ**. v. 19, n. 3, p. 485-490, 2011. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a25.pdf>> Acesso em: 24 jun. 2015.
- ALMEIDA, A.V.; MAFRA, S.C.T.; SILVA, E.P.; KANSO, S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, jan. / jun. 2015.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C.; ALVARENGA, M.R.M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 884-889, 2011.
- ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J.. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde pública**, v. 44, n. 3, p. 468-478, 2010.
- ARAÚJO, C.L.; MANUCUSSI, E.; FARO, A.C. La práctica de actividad física en adultos mayores del Valle del Paraíba. São Paulo, **Enfermeria Global**, v.11, n.28, p. 204-12, out. 2012.
- ATHAYDE, E.S.; GIL, C.R.R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v.6, n.2, p.13-22, jun. 2005.
- BARRETO, T.S.G. Políticas Públicas, Envelhecimento e Alzheimer: contextualização dos marcos legais. **Revista Portal de Divulgação**. n.41, Ano IV. Jun/Jul/Ago, 2014. Disponível em:< <http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/457>>Acesso em jun. 2015.
- BATISTA, N.C.; CRISPIM, N.F. A interferência das relações familiares no processo de envelhecimento: um enfoque no idoso hospitalizado. **Kairós gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. V. 15, N. 3, P. 169-189, 2013.
- BELUSCI, D.G.P. **Programa Saúde da Família II: manual para o dia a dia das equipes de saúde da família**. 2 ed. São Paulo: Lawbook, 2010. 240p.
- BORGES, C.L.; SILVA, M.J.; CLARES, J.W.B.; NOGUEIRA, J.M.; FREITAS, M.C. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 33, p.81-7. mai./jun. 2015.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População residente por sexo, situação e grupos de idade (Censo 2010)**. IBGE, 2010a. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=200&u=1474&z=t&o=4&i=P>> Acesso em: ago. 2014.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf> Acesso em: ago. 2015.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde – 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**. Brasil, grandes regiões e unidade da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

_____. **Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm> Acesso em: Jan. 2015.

_____. Constituição (1988). **Constituição da república Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Dez./2012.

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

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

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI**. Portaria nº 2.528, Out/ 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série Normas e Manuais - Cadernos de Atenção Básica, nº 19).

_____. FEDERAL, Senado. **Estatuto do idoso**. Brasília (DF): Senado Federal, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2013**. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/> Acesso: 07 Out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições da vida da população brasileira 2013**. Rio

de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em:
<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>> Acesso: 07 Out. 2016.

CAMARANO, A.A., (Organizadora). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA; 2010.

CHAIMOWICZ, F. (Org.); BARCELOS, E.M.; MADUREIRA, M.D.S.; RIBEIRO, M.T.F. **Saúde do Idoso**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.167p.

CLARES, J.W.B.; FREITAS, M.C; ALMEIDA, P.C.; GALIZA, F.T.; QUEIROZ, T.A. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev Rene**, v. 12, p. 988-94, 2011.

COSTA NETO, A.M; SANTOS, A.G.; AZEVEDO, G.A.V.; PEREIRA, C.; COSTA, B. Hábitos de vida e o desempenho de idosos nas atividades básicas da vida diária. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 7, p.4663-9, jul., 2013.

CULLUM, N.; CILISKA, D.; HAYNES, R.B.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 382p.

DUARTE Y.A.O. **Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares**. [these] São Paulo (São Paulo): Universidade de São Paulo -Escola de Enfermagem; 2001. 196p.

FARIAS, R.G.; SANTOS, S.M.A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 167, 2012.

FIGUEIREDO, M.H.J.S.; MARTINS, M.M.F.S. Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**. Maringá, v.9, n.3. p.552-559, 2011. Disponível em:
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/12559/6651>>
Acesso: 07 Out. 2016.

FELICIANO, A.B.; MORAES, S; FREITAS, I.M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1575-1585, nov. / dez. 2004.

FERNANDES, T.O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.6, p.1494-1502, 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/29.pdf>> Acesso em 21 jan. 2015.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Descrição da Secretaria Executiva Regional V**. Fortaleza, 2013. Disponível em :< <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-V>>
Acesso em: 21 de jan. 2015.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. **Desenvolvimento humano, por bairro, em Fortaleza**. Fortaleza, 2014. Disponível em:http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u2015/25.02.2014_pesquisa_finalizada.pdf. Acesso em: Jun 2015;

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Célula de Atenção Primária à**

Saúde – CEAPS: consolidado geral das equipes CNES. Abr 2015. Fortaleza, 2015a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Atenção às condições crônicas. **Imunizações: campanha de vacinação contra influenza.** Abr 2015. Fortaleza, 2015b.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla.** In: Tratado de Geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 900-909.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D. **Tratado de Geriatria e gerontologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1741p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRATÃO, A.C.M.; TALMELLI, L.F.S.; FIGUEIREDO, L.C.; SANTOS, J.L.F.; ROSSET, I; FREITAS, C.P.; RODRIGUES R.A.P. Dependência funcional de idosos e sobrecarga do cuidador. **Rev. Esc. Enferm.USP**, São Paulo, n. 47, v.1, p.137-44, 2013.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. Supl.1, v.15, Jun.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700062&script=sci_arttext>. Acesso em: Jan.2015.

GONÇALVES, S. X.; BRITO, G. E. G.; OLIVEIRA, E. A.; CARVALHO, D. B.; ROLIM, I. B.; LUCENA, E. M. F. Capacidade funcional de idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa-PB. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 287-94, 2011.

JANSSEN, I. **Influence of sarcopenia on the development of physical disability: the cardiovascular health study.** J Am Geriatric Soc, v.54, n.1, p.56-62, Jan., 2006. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/sarcopenia-e-deficiencia.pdf>> Acesso em: 22 de ago. 2016.

KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W. **Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function.** Jama, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963., Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=666768>> Acesso em Jun. 2015.

KAGAWA, C.A.; CORRENTE, J.E. **Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(3):577-586.

LOUVISON, M.C.P.; ROSA, T.E.C. **Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa.** In: Políticas públicas para um país que envelhece. BERZINS, M; BORGES, M.C. (Organizadoras). São Paulo: Martinari, 2012. 304 p.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. **Assessment o folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living.** The Gerontologist, St. Louis, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LINO, V.T.S. et al. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-12, jan. 2008.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. de Epidemiologia**, v. 10, n. 2, p. 178-89, 2007.

MINOSSO, J.S.M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um Centro de Saúde-Escola da Universidade de São Paulo. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 12-8, 2010.

MADUREIRA, V.S.F.; PELISER, S.R.; BELTRAME, V.; STAMM, M. Mulheres idosas falando sobre envelhecer: subsídios para a promoção da saúde. **Rev. Min. Enferm.**, 2008. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e40eb1c43f.pdf> Acesso em: 12 de ago. 2016.

MAZZA, M.M.P.R; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. humano**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2005. . Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n1/02.pdf>> Acesso em: 22 de agosto de 2016.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, S.A; LOPES, D.M; FREITAS, I.C.M. Avaliação do efeito independente de doenças crônicas, fatores sociodemográficos e comportamentais sobre a incapacidade funcional em idosos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2007 – Projeto EPIDCV. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 757-770, 2015.

MORAGAS, R. **Gerontologia Social: Envelhecimento e qualidade de vida**. 3ª Ed. São Paulo: Paulinas, 2010.

MOURA, M.A.V; DOMINGOS, A.M; RASSY, M.E.C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 14, n. 4, p. 848-855, 2010.

NASCIMENTO, C.M; RIBEIRO, A.Q; COTTA, R.M.M; ACURCIO, F.A; PEIXOTO, S.V; PRIORE, S.E; FRANCESCHINI, S.C.C. Factors associated with functional ability in Brazilian elderly. **Arq. Geriatr. Gerontol.**, mar. / abr., 2012. Disponível em: <[http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(11\)00251-2/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(11)00251-2/abstract)> Acesso em: 11 de nov.2015.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, nº. 1, 2010. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341. Acesso em: 11 de nov. 2015.

OLIVEIRA, S. F. D. Fisiologia do envelhecimento. In: NUNES, M. I; FERRETTI, R. E. L; SANTOS, M. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 214p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-americana de Saúde; 2005.

PAIVA, A.T.G.; BESSA, M.E.P.; MORAES, G.L.A.; SILVA, M.J.; OLIVEIRA, R.D.P.; GOUVEIA, A.M. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare enferm**, v. 16, n. 1, p. 22-8, 2011.

PAVARINI, S.C.I; BARHA, E.J; MENDIONDO, M.S.Z; FILIZOLA, C.L.A; PETRILLI FILHO, J.F; SANTOS, A.A. **Family and social vulnerability: a study with octogenarians**. Rev. Latino-am. Enfermagem, v.17, n.3, p.374-9, mai. /jun. 2009.

PEDREIRA, L.C; OLIVEIRA, A.M.S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.5, p.730-6, Brasília, set. /out. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Samsung/Desktop/Pedreira_et_al-2012-Revista_Brasileira_de_Enfermagem.pdf> Acesso em: Jan 2015.

PEREIRA, G. N.; BASTOS, G. A. N; DEL DUCA, G. F; BÓS, A.J.G. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p.2035-2042, nov., 2012.

PEREIRA, G. N.; DUCA, G. F; BASTOS, G. A. N. Indicadores de saúde associados à incapacidade funcional em idosos de baixa renda. **Geriatrics & Gerontology**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 66-73, 2011.

PIERCY, K.W, Editor. **Working with aging families**. New York: W.W. Norton & Company; 2010. Chapter 2, Understanding family dynamics; p. 41-72.

PORCIÚNCULA, R.C.R.et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem.7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

RABELO, D.F; NERI, A.L. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.507-519, 2015.

REIS, L.A. **Dinâmica familiar de idosos com comprometimento da capacidade funcional**. [Dissertação] Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia: 2013.

SANTI, P.M.H. **La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud**. Rev. Cubana Med. Gen. Integr., v.13, n.6, 1997. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm> Acesso em: 27 de jul. 2015.

SANTANA, M.S; MAIA, E.M.C. Atividade física e bem-estar na velhice. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 2, p. 225-236, 2009.

SANTOS, A.A; PAVARINI S.C.I; BARHAM E.J. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. **Rev. Texto contexto - enferm.**, v.20, n.1, p.102-110, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/12.pdf>> Acesso em 27 de jul. 2016.

SANTOS, M. Epidemiologia do envelhecimento. In: NUNES, M. I; FERRETTI, R. E. L; SANTOS, M. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 214p.

SANTOS, R.L; VIRTUOSO JÚNIOR. J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.unifor.br/index.php?option=com_content&view=article&id=532&itemid=386> Acesso em : 25 de out. 2015.

SERENY, M.D; GU, D. **Living arrangement concordance and its association with self-rated health among institutionalized and community-residing older adults in China**. J. Cross. Cult. Gerontol. v.26, n.3, p.239-59, 2011.

SILVA, D.M.S; VILELA, A.B.A; SOUZA, A.S; ALVES, M.R; SOUZA, T.O. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 9, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/adria/Downloads/4732-46168-1-PB.pdf>> Acesso em: 17 set. 2015.

SILVA, I.T; JUNIOR, E.P.P; VILELA, A.B.A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 17, n. 2, p. 275-287, 2014.

SMILKSTEIN G. **The family APGAR**: a proposal for a family function test and its use by physicians. J. Fam. Practice. v.6, n.6, p.1231-1239, 1978. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>> Acesso em: 15 de Jan. 2015.

SOUSA, F.G.M. FIGUEIREDO, M.C.A.B. ERDMANN, A.L. INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA: um estudo descritivo. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 1, 2010.

SOUZA, M.L; MORAIS. E.P; BARTH, Q.C.M. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.14, n.6, nov. /dez. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/2378/2599>> Acesso em: Dez 2014.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde autorreferido entre idosas. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, v. 12, nº. 4, p. 706-716, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a15.pdf>>. Acesso em: 01/11/16.

SOUZA, R.A.; COSTA, G.D.; YAMASHITA, C.H.; AMENDOLA, F.; GASPAR, J.C.; ALVARENGA, M.R.M.; FACCENDA, O.; OLIVEIRA, M.A.C. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 4, n. 83, p.469-76, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469.pdf Acesso em: 26 de out. 2016.

TEIXEIRA, I.N. **Fragilidade em idosos: conceitos, definições e modelos sob uma perspectiva multidimensional.** Londrina: EDUEL, 2010. 127p.

TORRES, G.V; REIS, L.A; REIS, L.A; FERNANDES, M.H. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 1, p. 39-44, 2009.

TORRES, G.V; REIS, L.A; REIS, L.A; FERNANDES, M.H., XAVIER, T.T. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 21, 2011.

VERA, I. **Avaliação da funcionalidade familiar por idosos.** 2013. 134 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiás, 2013.

VIEIRA, C.P.B; FIALHO, A.V.M; FREITAS, C.H.A; JORGE, M.S.B. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 3, p. 570-579, 2011.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) por Alyne Andrade Silva, orientanda da profa. Dra. Rafaella Pessoa Moreira, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada *“Fatores associados a funcionalidade familiar de idosos na Estratégia Saúde da Família”*. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

Os objetivos desse estudo são:

- Avaliar a funcionalidade familiar e os fatores associados de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família;
- Descrever os aspectos sócio-demográficas e clínicos dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família;
- Examinar a funcionalidade familiar na ESF;
- Investigar a capacidade funcional de idosos da ESF;
- Analisar a associação das variáveis sócio-demográficas, clínicas e capacidade funcional dos idosos com a funcionalidade familiar.

Os benefícios, a partir de sua colaboração, poderão contribuir para o desenvolvimento da ciência e conhecimentos sobre a funcionalidade familiar de idosos. A partir das informações obtidas serão disponibilizadas orientações para melhora da qualidade de vida do idoso bem como do cuidador familiar.

Os possíveis riscos da pesquisa são exposição de informações e/ou constrangimentos durante os questionamentos. O pesquisador se compromete de minimizar tais riscos respeitando os preceitos éticos da resolução 466/12. Caso esta pesquisa traga qualquer risco ou prejuízo a sua saúde não previsto, as atividades serão imediatamente interrompidas.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. Finalmente, informo-lhe que sua participação não vai acarretar em sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada.

Também informo que você não vai receber nenhum valor pela pesquisa, mas também não terá nenhum custo.

Você receberá uma cópia deste termo e em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa no telefone abaixo:

Nome: Alyne Andrade Silva **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160.

Telefone para contato (Trabalho): (85) 31316222

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).
Rua: Telefone: (85) 32321414

O abaixo assinado _____, _____anos,
 RG: _____declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Assinatura ou impressão datiloscópica do (a) voluntário (a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e assinatura do (s) responsável (eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE B



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – MINISTÉRIO DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DO CEARÁ



FORMULÁRIO DE ASPECTOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

IDENTIFICAÇÃO		RESPOSTAS
1. Nome:		1.
2. Idade (Cadastro de Usuários):	3. Sexo: [1] Masculino [2] Feminino	2. 3.
4. Estado civil: [1] Casado(a) [2] Solteiro(a) [3] Viúvo(a) [4] Divorciado(o)		4.
5. Tem filhos? [1] Sim [2] Não	5.1 Número de filhos (vivos):	5. 5.1
PERFIL SOCIAL		
6. Escolaridade (anos):	7. Renda Familiar (R\$):	6.
8. Ocupação: [1] Aposentado [2] Pensionista [3] Atividades domésticas [4] Ainda trabalha		7.
9. Arranjo familiar:		8.
9.1 Quantas pessoas moram na sua casa? []		9.1
9.2 Reside: [1] Com Cônjuge [2] Com Filhos [3] Com Netos [4] Com Amigos [5] Sozinho		9.2
HÁBITOS DE VIDA		
10. O (a) Sr. (a) fuma? [1] Sim, diariamente [2] Sim, ocasionalmente [3] Não, nunca fumou [4] Fumou e parou		10.
10.1 Quantos cigarros o(a) senhor(a) fuma por dia?		10.1
11. Pratica alguma atividade física, no mínimo 3 x/semana (regularmente)? [1] Sim [2] Não		11.
11.1 CASO SIM: Qual atividade física pratica?		11.1
11.2 CASO NÃO: Por que não pratica? [1] Dificuldade motora [2] Falta de tempo [3] Falta de acesso [4] Indisposição/Falta de vontade		11.2
12. O Sr. (a) costuma consumir bebida alcoólica? [1] Sim [2] Não		12.
12.1 Frequência: [1] Sim, diariamente [2] Sim, ocasionalmente [3] Não, nunca bebeu [4] Bebia e parou		12.1
CONDIÇÕES DE SAÚDE		
13. Em geral o(a) Sr.(a) diria que sua saúde é: [1] Ótima [2] Boa [3] Regular [4] Ruim [5] Péssima		13.
14. Possui uma ou mais doenças crônicas? [1] Sim [2] Não		14.
CASO A RESPOSTA SEJA SIM: Quais? [1] Sim [2] Não		14.1
14.1 - Diabetes	14.10 - Derrame cerebral (AVC)	14.2 14.3
14.2 - Hipertensão	14.11 - Infarto do miocárdio	14.4 14.5
14.3 - Excesso de peso (obesidade)	14.12 - Asma, bronquite, outros problemas respiratórios	14.6 14.7
14.4 - Baixo peso (desnutrição)	14.13 - Doenças Osteomusculares	14.8 14.9
14.5 - Colesterol elevado	14.14 – Depressão	14.10 14.11
14.6 - Triglicérides elevado	14.15 - Problemas na memória (caduco)	

14.8 - Osteoporose	14.16 - Problemas na tireóide	14.12
14.9 - Câncer	14.17 – Catarata	14.13
14.18 Outra:		14.14
		14.15
		14.16
		14.17

CONDIÇÕES DE SAÚDE			RESPOSTAS
15. Medicamentos de uso contínuo? [1] Sim [2] Não 1 - CASO A RESPOSTA SEJA SIM:			15.
15.1 Indicação: [1] Receita médica atual [2] Vizinho [3] Balconista da farmácia [4] Por conta própria [5] Familiar [6] Receita antiga			15.1
15.2 Descrição dos Medicamentos:			15.2.1
NOME	GRUPO*	INDICAÇÃO	15.2.2
			15.2.3
			15.2.4
			15.2.5
			15.2.6
*Grupos de medicamentos em uso: [1] Sim [2] Não			15.2.7
15.2.1 - Sedativos/ansiolíticos	15.2.5 - Antiinflamatórios	15.2.8 - Redutores de colesterol	15.2.8
15.2.2 - Antidepressivos	15.2.6 - Diuréticos	15.2.9 - Insulina	15.2.9
15.2.3 - Anticonvulsivantes	15.2.7 - Antibióticos	15.2.10 - Hipoglicemiantes orais	15.2.10
15.2.4 - Drogas cardiovasculares	15.2.11 - Outros:		

AVALIAÇÃO FUNCIONAL		
Formulário de Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária – Katz		
Precisamos entender algumas dificuldades que as pessoas têm em realizar certas atividades que são importantes para sua rotina diária devido a algum problema de saúde. Vou lhe dizer algumas atividades cotidianas e o sr. (a) vai dizer se sente dificuldade.		
INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA		
INDEX DE AVDS	TIPO DE CLASSIFICAÇÃO	
A	Independência para todas as atividades	
B	Independência para todas as atividades menos uma	
C	Independência para todas as atividades menos banho mais uma adicional	
D	Independência para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional	
E	Independência para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional	
F	Independência para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional	
G	Dependente para todas as atividades	
OUTRO	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F	
16. Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. (A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal).		RESPOSTAS
16.1 Tomar banho – A avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira, e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, também são considerados independentes os idosos que receberem auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		[1] Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho. [2] Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou pernas). [3] Recebe assistência no banho em mais de uma
		16.1 []

	parte do corpo.	
16.2 Vestir-se – Considera-se o ato de pegar roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas, são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.	<p>[1] Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.</p> <p>[2] Pega as roupas e se veste completamente sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.</p> <p>[3] Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.</p>	16.2 []
16. Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. (A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal).		RESPOSTAS
16.3 Uso do vaso sanitário – A função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam “papagaios” ou “comadres” também são considerados dependentes.	<p>[1] Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barra de apoio ou cadeiras de roda).</p> <p>[2] Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações, ou para usar a comadre ou urinol à noite.</p> <p>[3] Não vai ao banheiro para urinar ou evacua.</p>	16.3 []
16.4 Transferência – A função de transferência é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. O uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência. Dependentes são pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.	<p>[1] Deita-se ou levanta-se da cama sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio).</p> <p>[2] Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.</p> <p>[3] Não sai da cama.</p>	16.4 []
16.5 Continência – Refere-se ao ato inteiramente controlado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer uma das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateter ou uso regular de fraldas caracteriza a pessoa como dependente.	<p>[1] Tem controle sobre as funções de urinar ou evacuar.</p> <p>[2] Tem perdas urinárias ou fecais ocasionais.</p> <p>[3] Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateter ou é incontinente.</p>	16.5 []
16.6 Alimentação – Relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato à boca. O preparo dos alimentos não está incluído nessa avaliação. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sonda são considerados dependentes.	<p>[1] Alimenta-se sem assistência.</p> <p>[2] Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.</p> <p>[3] Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado total ou parcialmente por sonda.</p>	16.6 []
INDEX DE AVDS (A - B - C - D - E - F - G - OUTRO)		16.7 []

AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL DA VIDA DIÁRIA (AIVD) – ESCALA DE LAWTON

17. Avaliação dos resultados: para cada questão, a primeira resposta significa independência, a segunda, dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escada ou cuidar do jardim.

17.2	O (a) Sr (a) consegue usar o telefone?	SEM AJUDA	3	RESPOSTA 17.1 []
		COM AJUDA PARCIAL	2	
		NÃO CONSEGUE	1	
17.2	O (a) Sr (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	SEM AJUDA	3	RESPOSTA 17.2
		COM AJUDA PARCIAL	2	

		NÃO CONSEGUE	1	[]								
17.3	O (a) Sr (a) consegue fazer compras?	SEM AJUDA	3	RESPOSTA 17.3 []								
		COM AJUDA PARCIAL	2									
		NÃO CONSEGUE	1									
17.4	O (a) Sr (a) consegue preparar suas próprias refeições?	SEM AJUDA	3	RESPOSTA 17.4 []								
		COM AJUDA PARCIAL	2									
		NÃO CONSEGUE	1									
17.5	O (a) Sr (a) consegue arrumar a casa?	SEM AJUDA	3	RESPOSTA 17.5 []								
		COM AJUDA PARCIAL	2									
		NÃO CONSEGUE	1									
17.6	O (a) Sr (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	SEM AJUDA	3	RESPOSTA 17.6 []								
		COM AJUDA PARCIAL	2									
		NÃO CONSEGUE	1									
17.7	O (a) Sr (a) consegue lavar e passar sua roupa?	SEM AJUDA	3	RESPOSTA 17.7								
		COM AJUDA PARCIAL	2									
		NÃO CONSEGUE	1									
17.8	O (a) Sr (a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	SEM AJUDA	3	RESPOSTA 17.8 []								
		COM AJUDA PARCIAL	2									
		NÃO CONSEGUE	1									
17.9	O (a) Sr (a) consegue cuidar de suas finanças?	SEM AJUDA	3	RESPOSTA 17.9 []								
		COM AJUDA PARCIAL	2									
		NÃO CONSEGUE	1									
TOTAL DE PONTOS:												
17.10 Sistema de Classificação conforme Avaliação Instrumental da Vida Diária (AIVD):				RESPOSTA 17.10 []								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PONTOS</th> <th>CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA DE LAWTON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00 – 09</td> <td>[1] Dependência</td> </tr> <tr> <td>10 – 26</td> <td>[2] Dependência Parcial</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>[3] Independência</td> </tr> </tbody> </table>		PONTOS	CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA DE LAWTON		00 – 09	[1] Dependência	10 – 26	[2] Dependência Parcial	27	[3] Independência		
PONTOS	CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA DE LAWTON											
00 – 09	[1] Dependência											
10 – 26	[2] Dependência Parcial											
27	[3] Independência											

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR – APGAR DE FAMÍLIA				
ITENS	NUNCA	ALGUMAS VEZES	SEMPRE	RESPOSTAS
18.1 Estou satisfeito (a) pois posso recorrer a minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	[0]	[1]	[2]	18.1 []
COMENTÁRIOS:				
18.2 Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	[0]	[1]	[2]	18.2 []
COMENTÁRIOS:				
18.3 Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	[0]	[1]	[2]	18.3 []
COMENTÁRIOS:				
18.4 Estou satisfeito (a) com a maneira demonstra afeição e reage as minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	[0]	[1]	[2]	18.4 []
COMENTÁRIOS:				
18.5 Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família e eu	[0]	[1]	[2]	18.5 []

compartilhamos o tempo juntos.					
COMENTÁRIOS:					
18.6 Sistema de Classificação:					18.6 []
PONTOS		CLASSIFICAÇÃO			
00 – 04		[1] Elevada disfunção familiar			
05 – 06		[2] Moderada disfunção			
07 – 10		[3] Boa funcionalidade familiar			

ANEXO A

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados a Funcionalidade Familiar de Idosos na Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador: Rafaella Pessoa Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49800915.7.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.269.652

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento populacional e as mudanças no perfil epidemiológico das doenças, com a presença fortemente hegemônica das doenças crônicas, causam impactos na saúde das pessoas idosas e influenciam as mudanças nas estruturas familiares, principais provedoras do cuidado necessário a seus membros idosos mais dependentes. Estes fatores interferem nos aspectos de vida do idoso e sobretudo nas relações familiares. A forma como cada família “funciona” implicará no melhor ou pior cuidado prestado. Conhecer essa dinâmica auxiliará no planejamento assistencial aos idosos mais dependentes e que vivem em contexto de vulnerabilidade social.

HIPÓTESES FORMULADAS:

CONDIÇÕES DE DISFUNCIONALIDADE FAMILIAR PODEM PREJUDICAR A CAPACIDADE DA FAMÍLIA PRESTAR CUIDADOS AO IDOSO E ASSIM, NÃO CONSEGUIR ATENDER SUAS DEMANDAS DE NECESSIDADES, PODENDO INTERFERIR NA SUA INDEPENDÊNCIA, AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

CEP: 62.790-000

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

**UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA**



Continuação do Parecer: 1.269.652

- Avaliar os fatores associados a funcionalidade familiar de idosos na Estratégia Saúde da Família

Específicos:

- Verificar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com a funcionalidade familiar na ESF;
- Investigar a capacidade funcional de idosos da ESF e sua relação com a funcionalidade familiar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante por tratar de uma população em crescimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os documentos

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_593506.pdf	29/09/2015 22:52:15		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/09/2015 22:48:51	Rafaella Pessoa Moreira	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	29/09/2015 22:47:56	Rafaella Pessoa Moreira	Aceito
Outros	Carta.pdf	23/09/2015 15:00:15	Rafaella Pessoa Moreira	Aceito
Outros	Declaracao2.pdf	23/09/2015 14:56:53	Rafaella Pessoa Moreira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/09/2015 22:32:58	Rafaella Pessoa Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	22/09/2015 21:17:07	Rafaella Pessoa Moreira	Aceito

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE **Município:** REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.269.652

Investigador	Projeto.pdf	22/09/2015 21:17:07	Rafaella Pessoa Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/09/2015 21:06:55	Rafaella Pessoa Moreira	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	22/09/2015 20:41:29	Rafaella Pessoa Moreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

REDENCAO, 08 de Outubro de 2015

Assinado por:

Ramon Souza Capelle de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

ANEXO B



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P729297/2015**

Título do Projeto de Pesquisa: **FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Pesquisadoras Responsáveis: **ALYNE ANDRADE SILVA E RAFAELLA PESSOA MOREIRA.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 3 de setembro de 2015.

Maria Ivanília Tavares Timbó
 Maria Ivanília Tavares Timbó
 Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde