



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

LARISSA GARRETO SOUSA

FUNCIONALIDADE FAMILIAR: um estudo com idosos da Estratégia
Saúde da Família

SÃO LUÍS

2017

LARISSA GARRETO SOUSA

FUNCIONALIDADE FAMILIAR: um estudo com idosos da Estratégia
Saúde da Família

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à banca de defesa do Curso de Graduação de
Enfermagem da Universidade Federal do
Maranhão para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:
Prof^ª Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha

SÃO LUÍS

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a). Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Sousa, Larissa Garreto.
FUNCIONALIDADE FAMILIAR : um estudo com idosos da
Estratégia Saúde da Família / Larissa Garreto Sousa. -
2017.
53 f.

Orientador(a): Ana Hélia de Lima Sardinha.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUÍS, 2017.

1. Idoso. 2. Relações Familiares. 3. Saúde da Família. I. Sardinha, Ana Hélia de Lima. II. Título.

LARISSA GARRETO SOUSA

FUNCIONALIDADE FAMILIAR: um estudo com idosos da Estratégia
Saúde da Família.

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa
do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof^a Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Dra. Maria de Fátima Lires Paiva
Universidade Federal do Maranhão

*Disse Deus a Abraão: Em ti serão
benditas todas as famílias da Terra
(Gn.12:3)*

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de uma etapa importante do processo de meu desenvolvimento acadêmico, que seria impossível sem a contribuição de algumas pessoas. Por esse motivo, expresso neste espaço o meu reconhecimento.

Agradeço a Deus, que por sua graça e misericórdia me permitiu chegar aqui.

À Universidade Federal do Maranhão, por todas as oportunidades e experiências positivas durante minha graduação.

Agradeço com imenso carinho, a minha orientadora Prof^ª Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, que me guiou com muita paciência nesta jornada árdua.

À banca examinadora, Prof^ª Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes e Prof^ª Dra. Maria de Fátima Lires Paiva, por aceitarem avaliar meu trabalho e contribuírem com observações e alterações pertinentes.

Aos meus mestres de academia da UFMA por todo conhecimento compartilhado comigo durante minha caminhada acadêmica e aos servidores por todo empenho concedido a mim.

Aos idosos participantes deste estudo, que com as suas imprescindíveis colaborações viabilizaram este trabalho.

À toda minha família, em especial aos meus pais, Daniel Júnior e Josilete Garreto, e à minha avó Maria da Dores, pelo apoio, amor, incentivo e por todo investimento na minha educação e formação profissional. Obrigada por tudo que já fizeram por mim, não chegaria até aqui se não fosse a educação que vocês me proporcionaram. Ao meu irmão, Lucas Garreto, que tem sido além de irmão um grande amigo. À minha tia Gilyanne Garreto, por seu incentivo e amizade. Aos meus tios, Luís Serva e Maria José Garreto, que me acolheram em sua residência com muita hospitalidade e paciência. Ao meu namorado, Diego Soeiro, pelo companheirismo e apoio e por me incentivar nos momentos difíceis.

Agradeço também às amigas que conquistei durante a graduação: Luzivânia Oliveira, Paula Azevedo, Polyana Cabral, Thays Barbosa e Thayse Leite. Sem vocês tudo seria mais difícil!

Às minhas companheiras de estágio, Mônica Carvalho, Priscilla Társis, Rosângela Sousa, Sara Raquel e Thayse Martins, por me acolherem com tanto carinho.

RESUMO

Introdução: É elevada a presença de idosos convivendo com suas famílias. No entanto, não se conhece a capacidade destas em assumir o papel de cuidadora. A investigação da funcionalidade familiar é útil para averiguar se há harmonia ou desarmonia nas relações familiares que envolvem idosos. **Objetivo:** Caracterizar a funcionalidade familiar dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís – MA. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa. Foram entrevistados 148 idosos de ambos os sexos, com 60 anos de idade ou mais. O instrumento de pesquisa foi composto por dois questionários: o primeiro possuindo questões fechadas a respeito das características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos idosos e o APGAR de Família, para avaliar a funcionalidade familiar. A análise estatística foi descrita por frequência relativas (%) e absoluta (n), utilizando o programa estatístico Epi-Info versão 7.2.0.1. **Resultados:** Quanto aos dados socioeconômicos demográficos e de saúde houve predomínio de idosos do sexo feminino, pardos, católicos, casados, com baixa renda e baixa escolaridade e que fazia uso diário de medicamento. Em relação a funcionalidade familiar, obteve-se resultados positivos, nos quais a maioria dos idosos referiu uma boa funcionalidade familiar (91,2%). **Considerações finais:** A metodologia utilizada foi pertinente no alcance dos objetivos propostos no estudo, onde os resultados puderam preencher uma lacuna científica quanto à funcionalidade familiar dos idosos atendidos na ESF de São Luís – MA.

Palavras-chave: Relações Familiares. Idoso. Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: It is high the presence of elderly people living with their families. However, it is unknown their capacity to assume the role of caregiver. The investigation of family functionality is useful in ascertaining whether there is harmony or disharmony in family relationships involving the elderly. **Objective:** To characterize the familiar functionality of the elderly attended in the Family Health Strategy in São Luís - MA. **Methodology:** Descriptive study of quantitative approach. 148 elderly of both sexes, aged 60 or older were interviewed. The research instrument consisted of two questionnaires: the first one with closed questions regarding the elderly's socioeconomic, demographic and health characteristics and the Family APGAR, to evaluate family functionality. The statistical analysis was described by relative frequency (%) and absolute (n), using the statistical program Epi-Info version 7.2.0.1. **Results:** Regarding socioeconomic, demographic and health data, there was a prevalence of female elderly, brown, Catholic, married, low-income and low-educated, who used daily medication. Regarding family functionality, positive results were obtained, in which the majority of the elderly reported good family functioning (91.2%). **Final considerations:** The methodology used was pertinent in the achievement of the objectives proposed in the study, where the results could fulfil a scientific gap regarding the elderly's familiar functionality attended at São Luís' ESF.

Keywords: Family Relationships. Elderly. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Envelhecimento Populacional.....	14
2.2 Estratégia Saúde da Família.....	16
2.3 Funcionalidade Familiar.....	18
3. OBJETIVOS.....	21
4. METODOLOGIA.....	22
4.1 Tipo de estudo.....	22
4.2 Período e local da pesquisa.....	22
4.3 População de estudo e amostra.....	22
4.3.1 Critérios de inclusão.....	22
4.3.2 Critérios de exclusão.....	22
4.4 Instrumento de pesquisa.....	22
4.5 Coleta de dados.....	23
4.6 Análise estatística.....	24
4.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	24
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
5.1 Dados socioeconômicos, demográficos e de saúde.....	25
5.2 Funcionalidade Familiar.....	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERENCIAS.....	39
APÊNDICES.....	44
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.....	45
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	46
ANEXOS.....	48
ANEXO A - APGAR da Família.....	49

ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA	50
---	----

1 INTRODUÇÃO

A família é uma das mais antigas instituições humanas, sendo influenciada pelo contexto histórico, social e cultural das pessoas que a compõe, configurando-se como um sistema complexo e dinâmico. Cada família possui características próprias que a torna um sistema único e diferenciado em relação às demais (SANTOS et al., 2012).

O contexto familiar propicia que cada pessoa construa sua individualidade, represente seu espaço, situe sua história e suas construções pessoais e sociais. A família também é reconhecida como a fonte primária de apoio (BATISTA; CRISPIM, 2013).

Nas últimas décadas, as famílias passaram por alterações, modificando sua configuração de ampliadas para nucleares e, com os membros mais velhos vivendo por mais tempo, dispõem de um maior número de idosos em sua composição (SANTOS; PAVARINI, 2012).

Quanto a maior presença de membros idosos convivendo com suas famílias, não se conhece a capacidade destas de assumir o papel de cuidadora. A investigação da funcionalidade familiar é útil para averiguar se há harmonia ou desarmonia nas relações familiares que envolvem idosos e, por conseguinte, para conhecer a disposição que as famílias têm para cuidar de seus membros idosos (SILVA et al., 2013; VERA et al., 2015).

A dinâmica familiar pode sofrer repercussões negativas na sua funcionalidade quando os conflitos que emergem do cuidado aos idosos não são resolvidos de maneira harmoniosa. Desta forma, as famílias podem ser classificadas como funcionais ou disfuncionais. Em famílias disfuncionais os idosos muitas vezes são considerados culpados pelas crises familiares (OLIVEIRA; SANTOS; PAVARINI; 2014).

As famílias disfuncionais dificilmente são capazes de resolver seus problemas como uma questão grupal, pois seus membros priorizam interesses particulares em detrimento do grupo e as situações críticas são encaradas como uma responsabilidade exclusiva do membro que as provocou. Há entre seus integrantes vínculos afetivos superficiais e instáveis, além de comportamentos hostis e agressivos (BRASIL, 2006; SOUZA et al., 2014).

No entanto, em sistemas familiares funcionais, os problemas são resolvidos de forma adequada e todos os membros buscam a estabilidade emocional quando surgem situações críticas ou conflitos, sem que haja uma desestruturação no equilíbrio da família e uma sobrecarga a algum de seus integrantes. Seus participantes estão aptos para harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva (BRASIL, 2006; SANTOS et al., 2012).

A importância de se avaliar a funcionalidade familiar de idosos fundamenta-se na intensa transformação demográfica que vem acontecendo no mundo e no Brasil, caracterizada por um rápido aumento da população de 60 anos ou mais. Dentre os fatores que contribuíram para esta mudança estão a diminuição da taxa de mortalidade geral e infantil a partir da década de 1940, o aumento da expectativa de vida ao nascer e a redução da taxa de fecundidade (BATISTA; CRISPIM, 2013; CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial que traz consigo o desafio de uma transformação na sociedade, assim como garantia de renda, acesso e qualidade nos serviços de saúde, ambientes que estimulem e facilitem o convívio de pessoas com incapacidades funcionais. Paralelo a isso, existe a necessidade de se conhecer melhor esta população em relação às condições socioeconômicas, demográficas e funcionalidade familiar (VERA et al., 2015).

Além disso, o envelhecimento populacional traz consigo o aumento da necessidade de cuidados relacionados à saúde. Cuidados estes que são prestados majoritariamente no âmbito domiciliar por familiares (DEL DUCA; MARTINEZ; BASTOS, 2012).

De forma singular, o enfermeiro deve estar atento à dinâmica familiar, de modo a planejar o cuidado direcionado a demanda das famílias e não apenas do idoso individualmente. Essa atenção tem a finalidade de auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a constituírem um sistema familiar mais harmônico e funcional (BRASIL, 2006).

A família é importante para a realização e satisfação do ser humano, em especial para o idoso. Este geralmente nutre expectativas de ser cuidado e amado por seus familiares, além de necessitar, muitas vezes, de cuidados variados em saúde. Uma boa funcionalidade familiar pode proporcionar ao idoso uma velhice mais agradável e saudável.

Na possibilidade de se detectar disfunção nas famílias e da realização de intervenções oportunas pelas equipes de Saúde da Família, fundamenta-se a relevância da avaliação da funcionalidade familiar dos idosos.

Embora a funcionalidade familiar de idosos seja um tema já pesquisado em outros estudos, há uma lacuna no conhecimento sobre a funcionalidade familiar de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís – MA. Qual a funcionalidade familiar de idosos assistidos na Estratégia de Saúde da Família? Para responder esse questionamento que esse estudo foi desenvolvido.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Este processo é decorrente da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, além do aumento da expectativa de vida (CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

Embora seja um fenômeno global, o crescimento do contingente de idosos ocorre de forma diferente em várias partes do mundo, pois a maneira como ele acontece depende da situação socioeconômica, histórica e política de cada local (MELO et al., 2016).

Enquanto nos países desenvolvidos este processo vem acontecendo de forma mais lenta e gradual, nos países em desenvolvimento ele acontece de maneira rápida, sem que haja tempo para que a sociedade e as famílias se adaptem à nova realidade (CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

O Brasil vem passando por esta transição demográfica de forma acentuada. Anualmente são acrescentados à população brasileira cerca de 650 mil idosos. A expectativa de vida ao nascer no Brasil para ambos os sexos que era de menos de 50 anos nos anos 1950 passou para 75,4 anos em 2015. As projeções apontam que até 2025 o país terá cerca de 32 milhões de pessoas idosas, representando a sexta população de idosos do mundo (IBGE, 2015).

A transição demográfica da população brasileira pode ser explicada pela redução da taxa de mortalidade nas décadas de 1940 a 1960. Após a segunda metade da década de 1960, acrescentou-se a isso uma significativa redução da taxa de fecundidade no país, levando à grande diferença de distribuição etária no Brasil (MELO et al., 2016).

Conforme Pimenta et al. (2014), a definição de uma idade ou fase que marque o início da velhice é relativa e complexa, envolvendo uma série de fatores. No entanto, para fins práticos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a idade 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 para os desenvolvidos. No Brasil, usa-se o limite etário de 60 anos, conforme proposto pela Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994) (PIMENTA et al., 2014).

O envelhecimento é comum a todos os seres humanos, caracterizado por um processo gradual, irreversível e incontrolável, muitas vezes associado a um declínio das funções fisiológicas. O processo de envelhecimento normal

(senescência) traz consigo alterações naturais que diminuem as respostas adaptativas do organismo do idoso frente ao ambiente, sendo esperadas limitações e perdas naturais. Quando essas alterações deixam de ser esperadas e tornam-se problemas, diz-se que há um processo de envelhecimento patológico (senilidade) (GAUTÉRIO et al., 2013; ALBERTI; ESPÍNDOLA; CARVALHO, 2014).

O processo de envelhecimento natural, associado a um contexto de condições socioeconômicas precárias, aumentam a susceptibilidade a doenças crônicas (PAPALÉO NETTO, 2005). Os portadores dessas doenças geralmente necessitam de cuidados contínuos, o que contribui para aumentar o risco de dependência física, emocional e familiar (ALVAREZ; GONÇALVES, 2012).

Diante disto, se por um lado o envelhecimento populacional é uma conquista que reflete a melhoria das condições de vida, por outro, traz consigo diversos desafios. Isto porque o crescente número de idosos repercute em maior demanda por serviços de saúde, uma vez que a prevalência de doenças crônicas e limitações funcionais são maiores nesta parcela da população (PIMENTA et al., 2014).

Além disso, alguns fatores são indispensáveis para que haja triunfo sobre os desafios apresentados pelo processo de envelhecimento populacional. É necessário, conforme Vera et al. (2015), garantia de renda, acesso a atendimento de saúde com qualidade, habitação, além da promoção de hábitos de vida adequados para todas as gerações, a fim de que reduzir, prevenir e protelar o aparecimento de doenças crônicas.

Desta forma, o envelhecimento saudável pressupõe a interação entre aspectos dos determinantes sociais, os aspectos físicos, mentais, independência nas atividades diárias, integração social, suporte familiar e independência econômica (QUEIROZ et al., 2013).

No Brasil, algumas políticas têm sido desenvolvidas com o objetivo assistir as necessidades dos idosos diante do envelhecimento da população. Pode-se citar, por exemplo, a Política Nacional do idoso, promulgada em 1994; as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, implantadas em 2002; o Estatuto de Idoso, aprovado em 2003; as Diretrizes do Pacto pela Vida, publicadas em 2006, que contemplam a saúde do idoso como uma das seis prioridades pactuadas pelas três esferas do governo; e a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) também em 2006.

Na PNSPI se reconhece que é a família, via de regra, quem executa o cuidado aos idosos e evidencia a necessidade de “se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados”, diante da qual a atenção através da Estratégia Saúde da Família é fundamental. A Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável é uma das diretrizes da Política, constituindo-se como a meta de toda ação de saúde. Ela se baseia na manutenção da capacidade funcional e autonomia e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto realização (BRASIL, 2006).

2.2 Estratégia Saúde da Família

A partir da década de 1970, a hegemonia do modelo biomédico passou a sofrer diversas críticas. Em consequência da insatisfação com o modelo assistencial vigente, em 1978, na Conferência Internacional de Alma-Ata, foram propostos os Cuidados Primários de Saúde, como alternativa e solução dos problemas enfrentados no referido modelo assistencial (FERTONANI et al., 2015).

As críticas ao modelo biomédico expressaram-se também no Brasil, mais intensamente na década de 1980, culminando com o movimento da Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986. Na ocasião da Conferência foi debatida e pactuada para inscrição na Constituição Federal a reforma mais completa do setor de saúde. Em 1988, com a promulgação da Constituição, foi aprovada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a incorporação da maioria das propostas do movimento da Reforma Sanitária (AGUIAR, 2015).

Em sintonia com os princípios do SUS, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família, depois denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) como a forma prioritária para reorganizar a atenção primária em saúde no Brasil, utilizando-se de práticas que favorecem a criação de vínculo com a comunidade, comprometimento, resolutividade e clientela adstrita (BRASIL, 2012).

Para Fertonani et al. (2015), a ESF “se constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS”. A ESF baseia-se na Atenção Primária a Saúde, inspirada nas resoluções de Alma-Ata. Suas práticas visam atender as famílias e as comunidades, a partir do local onde as pessoas vivem,

trabalham e se relacionam e são orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença.

A ESF encontra-se incorporada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Em 2012, a PNAB foi reformulada e a ordenação das redes de atenção fortaleceu ainda mais a ESF e o papel da atenção básica. Nela consta que a atenção básica deve ser o contato preferencial com os usuários, atuando como a principal porta de entrada nos sistemas de saúde e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

A PNAB estimula a adoção da ESF como estruturante para a organização dos modelos municipais de saúde e atribui o apoio à atenção básica como responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2012).

Uma das diretrizes da ESF é a promoção da saúde, visando uma mudança de hábitos e comportamentos de saúde da população, por meio de um contínuo processo de aprendizagem e participação da comunidade, mediada pelos profissionais de saúde. Conforme Gautério et al. (2013), a participação da comunidade nas ações de educação em saúde, configura-se como um método eficaz, possibilitando o compartilhamento de informações e a execução de práticas favoráveis à saúde e ao bem-estar (GAUTÉRIO et al., 2013).

A ESF demonstra uma forma de se estabelecer uma comunicação distinta com a população, uma vez que promove a saúde e prevenção de doenças, e não só cura e reabilitação. Suas contribuições são desenvolvidas de acordo com os problemas e características de cada localidade onde as equipes de Saúde da Família estão presentes (DRUMMOND; ALVES, 2013).

Cabe salientar que, após 20 anos de implantação, a ESF ainda apresenta diversos desafios. Dentre eles pode-se destacar a fragmentação do trabalho nas equipes profissionais, as dificuldades de implantação da integralidade, a formação inadequada ou insuficiente dos profissionais para o trabalho em Saúde da Família, a relação assimétrica entre profissionais e usuários, dentre outros (FERTONANI et al., 2015).

2.3 Funcionalidade Familiar

A palavra família tem origem no latim “*famulu*”, que significa escravo, servente, e que, de acordo com Duarte (2001), designa a relação de dependência entre seus membros.

No campo das ciências há a definição legal de família, a religiosa, a biológica, a sociológica ou a psicológica, que representam os vários conceitos considerados no fenômeno família. Um conceito criado por Wright e Leahey (2002), citado por Duarte (2005) é que: “A família é quem eles (membros da família) dizem ser”. Segundo a autora esta definição aborda as crenças da família sobre sua concepção, ultrapassando a ideia de que família é quem vive na mesma casa (DUARTE, 2005).

Desde a década de 1960 as famílias vêm passando por profundas transformações em sua estrutura. Anteriormente eram ampliadas, agora são nucleares, muitas delas monoparentais, com um número cada vez menor de componentes (SANTOS; PAVARINI, 2012; SILVA et al., 2013; VERA et al., 2015).

A família contemporânea é marcada pela maior participação das mulheres no mercado de trabalho, menor número de filhos, aumento dos divórcios e maior frequência de casais homoafetivos. Além disso, com os membros mais velhos vivendo por mais tempo, há um convívio multigeracional mais prolongado (BATISTA; CRISPIM, 2013).

A família é construída socialmente e sofre influencia da cultura, do contexto histórico e das relações entre seus membros. Geralmente é vista como sinônimo de afetividade, companheirismo e solidariedade (SOUZA et al., 2014) . Duarte (2001) diz que o funcionamento da família dá-se através de três componentes: estrutura, desenvolvimento e adaptação:

Entende-se por estrutura as atribuições, as normas e as regras que são construídas por meio de padrões sociais e culturais que determinam o comportamento de todos os membros. O desenvolvimento compreende as fases pelas quais as famílias passam no decorrer de sua existência. Essas fases são enfrentadas de forma diferente em cada família, podendo haver crises e resistências como parte desse processo. No processo de adaptação, as famílias têm de se adequar às mudanças preservando sua estrutura interna (DUARTE, 2001).

As relações afetivas também fazem parte do contexto familiar e a qualidade dessas relações influenciará no cuidado dispensado aos seus membros,

especialmente aos idosos. Para que estes se sintam satisfeitos é necessário afeto, ajuda mútua e compreensão, além de carinho, respeito e cuidado. Segundo Souza et al. (2014), em situações de conflito, o idoso muitas vezes é quem mais sofre, pois apresenta maior resistência a mudanças e mais dificuldade para se adaptar, o que pode levá-lo ao isolamento dos demais membros da família.

Desta forma, a família é considerada a principal unidade de cuidado das pessoas idosas, no entanto, seus membros podem encontrar dificuldades e hesitar diante de fatores estressores referentes ao cuidado de seus idosos (SANTOS et al., 2012).

A coabitação dos idosos com familiares muitas vezes está relacionada a uma necessidade variada de cuidados, que pode ser vista como uma imposição pela pessoa responsável por prestar esses cuidados (BAPTISTA et al., 2012). Dessa forma, as relações familiares, que são cada vez mais caracterizadas por sua fragilidade, aliada à mudança de papéis advindas das necessidades do idoso, podem sofrer estresse e alteração na dinâmica familiar (BATISTA; CRISPIM, 2013).

A forma como os membros familiares interagem entre si e com outros leva essas famílias a serem classificadas como funcionais ou disfuncionais. Entende-se por funcionalidade da família a forma como esta é apta para cumprir e harmonizar as suas funções essenciais, de forma realista em relação aos perigos e oportunidades que prevalecem na sociedade (SOUZA et al., 2014).

Uma família funcional é aquela que é capaz de resolver os conflitos de forma harmoniosa, com estabilidade emocional e ausência de sobrecarga em um de seus membros. Os problemas são resolvidos sem que haja desequilíbrio em sua dinâmica e todos os membros cooperam para o bem-estar coletivo (SANTOS et al., 2012).

Os grupos familiares disfuncionais são marcados por vínculos afetivos superficiais e instáveis, frequentemente agressivos e hostis. Em situações críticas, os membros não assumem os papéis que lhes cabem e culpam seus familiares. Em famílias disfuncionais os membros valorizam seus interesses individuais ao invés de buscar soluções para os problemas em grupo. Não há comprometimento com a dinâmica e a manutenção da família por parte de seus membros (BRASIL, 2006; SOUZA et al., 2014).

Estas famílias possivelmente terão sua capacidade assistencial prejudicada, não conseguindo suprir de forma satisfatória as necessidades dos seus parentes idosos (RABELO; NERI, 2016).

Nos sistemas familiares disfuncionais faz-se necessário uma readequação familiar, em que todos os membros passem a desempenhar tarefas e a assumir papéis de modo a permitir o funcionamento da família, demonstrando uma boa adaptação à situação (SANTOS et al., 2012).

3 OBJETIVOS

- Caracterizar a funcionalidade familiar dos idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família em São Luís – MA.
- Identificar os dados socioeconômicos, demográficos e de saúde dos idosos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo de abordagem quantitativa que faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “Condições crônicas em idosos na Estratégia Saúde da Família em São Luís”.

4.2 Período e local da pesquisa

O estudo foi realizado no período de setembro de 2015 a novembro de 2016 no Centro de Saúde da Liberdade, situado na Rua Machado de Assis, s/n, Camboa / Liberdade - São Luís – MA. O Centro de Saúde da Liberdade é uma unidade integrante da rede Municipal de Saúde, que abriga equipes de Estratégia Saúde da Família e pertence ao distrito Centro, um dos sete Distritos Sanitários existentes na capital.

4.3 População de estudo e amostra

A população total do estudo foi constituída por 2909 idosos cadastrados na unidade de saúde. A amostragem é aleatória estratificada simples, que resultou em 148 idosos.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Ter idade maior ou igual a 60 anos;
- Consentir em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Ser acompanhado regularmente na Estratégia Saúde da Família;

4.3.2 Critérios de exclusão

- Ser incapaz de responder as perguntas do instrumento de coleta de dados.

4.4 Instrumento de pesquisa

O instrumento de pesquisa foi composto por dois questionários: o primeiro possuindo questões fechadas a respeito das características socioeconômicas, demográficas e de saúde do idoso (APÊNDICE A), contendo as seguintes variáveis: nome, sexo, faixa etária, cor autorreferida, religião, estado civil, escolaridade, renda familiar, origem da renda individual, arranjo familiar, tabagismo, etilismo, Diabetes mellitus, Hipertensão arterial e uso diário de medicamento. O segundo é o APGAR

de Família (ANEXO A) cujo objetivo é avaliar a funcionalidade familiar através da mensuração da satisfação de seus membros quanto a cinco componentes considerados básicos para um sistema familiar saudável e funcional: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva (SANTOS E PAVARINI, 2012). O instrumento foi desenvolvido em 1978 por Smilkstein e traduzido e validado para idosos no Brasil em 2001 por Duarte (DUARTE, 2001).

O APGAR de Família composto por cinco perguntas, no qual cada letra do acrônimo oriundo da língua inglesa significa:

- **Adaptation** (Adaptação): representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários;

- **Partnership** (Companheirismo): representa a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas;

- **Growth** (Desenvolvimento): representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcançar a maturidade ou desenvolvimento emocional;

- **Affection** (Afetividade): representa a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais no âmbito familiar;

- **Resolve** (Capacidade Resolutiva): representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles.

A cada um destes componentes é atribuído um escore, cuja soma total resulta em um valor numérico diretamente relacionado ao grau de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou elevada disfunção).

Quadro 1 – Escores de avaliação do APGAR de família.

ESCORE	CLASSIFICAÇÃO
0 a 4	Elevada disfunção familiar
5 a 6	Moderada disfunção familiar
7 a 10	Boa funcionalidade familiar

(Fonte: BRASIL, 2006)

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de 26 de outubro a 18 de dezembro de 2015.

Inicialmente, os idosos que compareceram a consultas no Centro de Saúde da Liberdade foram abordados e apresentados à pesquisa com explicações sobre a sua natureza, objetivos e procedimentos. Após as explicações, foi solicitado aos idosos que atenderam aos critérios de inclusão e que consentiram em participar da pesquisa, que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Somente após a assinatura do termo, as entrevistas foram realizadas, em uma sala reservada, após as consultas. Foram entregues duas cópias do TCLE, sendo que uma permaneceu com o participante e a outra com a pesquisadora.

4.6 Análise estatística

Os dados foram digitados no programa Microsoft Office Excel 2010. Neste programa também foram construídos os gráficos e tabelas. Para análise estatística foi utilizado o programa estatístico Epi-Info 2015 versão 7.2.0.1, no qual foram calculadas as frequências relativas (%) e absolutas (n), tendo como nível de significância 95% e margem de erro tolerável 5%.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo é um subprojeto do projeto maior intitulado “Condições crônicas em idosos na Estratégia Saúde da Família em São Luís – MA” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário-UFMA com parecer nº 907/206, autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde/São Luís – MA e não apresenta nenhum conflito de interesse (ANEXO B).

Os idosos foram informados pelos responsáveis por esta pesquisa sobre os objetivos da pesquisa e a confidencialidade dos dados. Todos os aspectos éticos foram respeitados e o projeto atende aos requisitos fundamentais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/12 e suas complementares.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Dados socioeconômicos, demográficos e de saúde

Dos idosos entrevistados, 64,9% pertenciam ao sexo feminino e 35,1% ao sexo masculino. A alta prevalência de idosos do sexo feminino corroborou com os resultados encontrados por Drummond e Alves (2013) e Santos e Abdala (2014), nos quais o percentual de mulheres foi de 65% e 58,5%, respectivamente.

A predominância do sexo feminino na velhice é observada em todo o mundo, sendo explicada pela maior expectativa de vida das mulheres e maiores taxas de mortalidade dos homens em todas as faixas etárias. Esses fatores acarretam em um menor número de homens que chegam à velhice em relação ao número de mulheres (MELO et al., 2016).

Com relação à faixa etária, 66,9% dos idosos tinham de 60 a 69 anos; 25,7% de 70 a 79 anos e 7,4% acima de 80 anos. Desta forma, os entrevistados podem ser classificados como “idosos jovens”, conforme Bertuzzi, Paskulin e Morais (2012). Estudo feito por Drummond e Alves (2013) encontraram resultados semelhantes, no qual 54% dos idosos pertenciam à faixa etária de 60 a 69 anos.

No quesito cor autorreferida, houve maior prevalência de pardos (64,2%), seguido por negros (19,6%) e brancos (16,2%). Houve divergência entre a cor autorreferida mais prevalente neste estudo dos resultados encontrados na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD), citado por Melo et al. (2016), onde a cor autorreferida mais prevalente foi branca (55,6%). Essa divergência pode relacionar-se com as diferenças de povos que ocuparam e colonizaram as regiões do país, sendo elevada na região Nordeste a ocupação de povos afrodescendentes e indígenas, resultando na grande miscigenação da população.

Em relação à religiosidade, 100% dos entrevistados referiram ter uma religião; destes, 73% afirmaram-se católicos, 20,3% evangélicos e 6,7% pertenciam a outras religiões. Santos e Abdala (2014) encontraram resultados semelhantes aos deste estudo, nos quais 60,2% dos idosos eram católicos e 27,7% eram evangélicos.

Estas autoras afirmam que a religião é importante na vida dos idosos por favorecer comportamentos saudáveis, estar associada a uma menor exposição a fatores de risco, como o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Além disso,

conforme Chaves, et al. (2014), a prática religiosa melhora o bem-estar psicológico, assim como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevados.

Quanto o estado civil dos idosos entrevistados verificou-se que 46% eram casados, 25% eram viúvos, 17,6% eram solteiros e 11,4% divorciados. Drummond e Alves (2013) obtiveram resultados semelhantes, com 47,3% dos idosos referindo ser casados.

Observou-se quanto à escolaridade dos idosos, que 29% tiveram de 1 a 3 anos de estudo, 28,4% tiveram de 4 a 7 anos e 16,2% não tinham escolaridade. Apenas 26,4% estudaram mais de 8 anos, demonstrando que um percentual considerável de idosos não concluiu os estudos básicos. Uma pesquisa feita por Oliveira e Novaes (2013), também demonstrou uma baixa escolaridade entre os idosos, na qual 90,54% dos idosos possuíam menos de oito anos de estudo.

Segundo Drummond e Alves (2013), a escolaridade é uma variável importante, pois idosos com níveis mais elevados de escolaridade têm melhor acesso a cuidados médicos, a atividades que contribuem para o estímulo das funções cognitivas e mentais, além de terem maior nível de participação social, enquanto aqueles com baixos níveis educacionais apresentam mais transtornos afetivos e emocionais, como ansiedade e depressão.

A renda familiar mensal mais prevalente foi de 1 a 3 salários mínimos (62,2%), seguida pela renda de até um salário (28,3%). Apenas 1,4% dos idosos possuíam uma renda familiar superior a 6 salários mínimos, evidenciando uma baixa renda familiar. Estudo feito por Chaves et al. (2014) demonstrou resultados parecidos, no qual 94% das famílias sobreviviam com uma renda familiar de até 3 salários mínimos.

Quando a origem da renda individual dos idosos entrevistados, 73,7% advinha de aposentadoria, 11,5% do trabalho, 7,4% era proveniente de pensão 5,4% não possuíam fontes de renda individual e 2% possuíam outras fontes de renda. Estes resultados demonstram que a renda individual dos idosos provém principalmente da aposentadoria. O percentual de idosos que trabalham é pequeno, assim como foi encontrado no estudo feito por Drummond e Alves (2013), no qual apenas 10,8% dos idosos trabalhavam.

Associando-se a isso o fato que é elevado o percentual de idosos que pertencem a uma faixa etária relativamente jovem (60 a 69 anos), questiona-se a causa do baixo percentual de idosos que continuam a trabalhar. Esse fato poderia

ser explicado pela baixa inserção de idosos no mercado de trabalho, doenças incapacitantes que impedem o idoso de continuar a trabalhar ou ainda o fato dos idosos optarem por deixar de trabalhar.

A classificação dos arranjos familiares utilizada neste estudo foi criada por Melo et al. 2016, na qual há arranjos “unipessoais” quando os idosos moram sozinhos; arranjos “compostos” quando o idoso reside com outros parentes; são classificados como “casal sem filhos” quando o idoso reside apenas com o cônjuge; “casal com filhos”, quando o casal coabita com filhos; “casal sem filhos com parentes”, quando o casal tem filhos mas reside com parentes; “casal com filhos e parentes”, quando convivem o casal com filhos e parentes e “monoparental”, quando o idoso mora com filhos e/ou outros parentes.

Os três mais prevalentes nesta pesquisa foram respectivamente: “monoparental” (37,2%), “casal com filhos” (17,6%) e “casal com filhos e parentes” (10,8%), divergindo dos resultados encontrados por Melo et al. (2016), quanto o arranjo familiar mais representativo. No estudo feito pelo autor supracitado, o arranjo mais prevalente foi “casal que mora com filhos e parentes”, seguido por, “monoparental” e “casal com filhos”.

Percebe-se a prevalência significativa dos arranjos familiares multigeracionais (pertencentes a mais de uma geração), que reflete a realidade de muitos países em desenvolvimento, onde a porcentagem de pessoas idosas que moram com os filhos continua elevada, fato que se relaciona ao sentimento de responsabilidade que os filhos sentem de cuidar dos seus progenitores na velhice (PIMENTA, 2014).

De acordo com Rabelo e Neri (2015), a convivência multigeracional traz benefícios, como por exemplo, um maior número de pessoas para dar apoio. Entretanto, também causa dificuldades, como o conflito de interesses quanto à distribuição dos recursos disponíveis.

Quanto aos hábitos de vida e saúde dos idosos, verificou-se que 6,1% dos idosos eram tabagistas. Os resultados encontrados nesta pesquisa foram divergentes dos encontrados em outros estudos (QUEIROZ et al., 2014; SANTOS et al., 2015), nos quais o percentual de idosos tabagistas fora maior. Este fato pode estar relacionado ao sucesso de campanhas antitabagistas realizadas nas unidades de saúde e na mídia, além da religiosidade encontrada entre os idosos entrevistados, que se reflete em um menor percentual de fumantes.

Quanto ao etilismo, 13,5% consumiam bebida alcoólica, corroborando com os resultados encontrados por Santos et al. (2015), no qual 13,8% dos idosos referiram ser etilistas. A avaliação do estilo de vida dos idosos, como tabagismo e etilismo é importante pelo fato destes hábitos estarem associados a um risco aumentado de doenças crônicas.

Em relação a doenças crônicas, 35,1% dos idosos referiam ser diabéticos, revelando um percentual elevado em relação a outros estudos, como Queiroz et al. (2013) e Pimenta et al. (2014), nos quais respectivamente 15,1% e 15% dos idosos possuíam a diabetes. Este percentual elevado de idosos diabéticos pode estar associado à falta de acesso a alimentos saudáveis e a hábitos alimentares inadequados ao longo da vida, associados à baixa renda e baixa escolaridade.

O percentual de idosos hipertensos foi de 64,2%, corroborando com os resultados encontrados por Queiroz et al. (2013), no qual 64,7% dos idosos referiram apresentar hipertensão e por Pimenta et al. (2014), no qual 69,9% dos entrevistados eram hipertensos.

Além disso, 77,7% referiram fazer uso diário de medicamento, o que pode estar relacionado ao elevado percentual de diabéticos e hipertensos na amostra. Um estudo feito por Pimenta et al. (2014), demonstrou resultados parecidos, no qual 76,1% dos idosos faziam usavam medicamentos diariamente.

Na tabela 1 estão apresentadas as características socioeconômicas, demográficas e de saúde da amostra.

Tabela 1 – Dados socioeconômicos, demográficos e de saúde dos idosos atendidos na ESF. São Luís - MA, 2015 (*continua*).

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	96	64,9
Masculino	52	35,1
TOTAL	148	100

Tabela 1 – Dados socioeconômicos, demográficos e de saúde dos idosos atendidos na ESF. São Luís - MA, 2015 (*continuação*).

Variáveis	N	%
Faixa etária	99	66,9
60 – 69 anos	38	25,7
70 – 79 anos	11	7,4
Acima de 80 anos	148	100
TOTAL		
Cor autorreferida		
Parda	95	64,2
Negra	29	19,6
Branca	24	16,2
TOTAL		
	148	100
Religião		
Católico	108	73,0
Evangélico	30	20,3
Outras	10	6,7
TOTAL		
	148	100
Estado civil		
Casado	68	46,0
Viúvo	37	25,0
Solteiro	26	17,6
Divorciado	17	11,4
TOTAL		
	148	100
Escolaridade		
1 a 3 anos	43	29,0
4 a 7 anos	42	28,4
Acima de 8 anos	39	26,4
Sem escolaridade	24	16,2
TOTAL		
	148	100
TOTAL		

Tabela 1 – Dados socioeconômicos, demográficos e de saúde dos idosos atendidos na ESF. São Luís/MA, 2015 (*continuação*).

Variáveis	N	%
Renda Familiar		
Até 1 salário	42	28,3
1 a 3 salários	92	62,2
3 a 6 salários	12	8,1
Acima de 6 salários	02	1,4
TOTAL	148	100
Origem da renda individual		
Aposentadoria	109	73,7
Trabalho	17	11,5
Pensão	11	7,4
Nenhuma	08	5,4
Outro	03	2,0
TOTAL	148	100
Arranjo familiar		
Monoparental	55	37,2
Casal com filhos	26	17,6
Casal sem filhos	22	14,9
Casal com filhos e parentes	16	10,8
Unipessoal	15	10,1
Composto	11	7,4
Casal sem filhos com parentes	03	2,0
TOTAL	148	100
Tabagismo		
Não	139	93,9
Sim	09	6,1
TOTAL	148	100

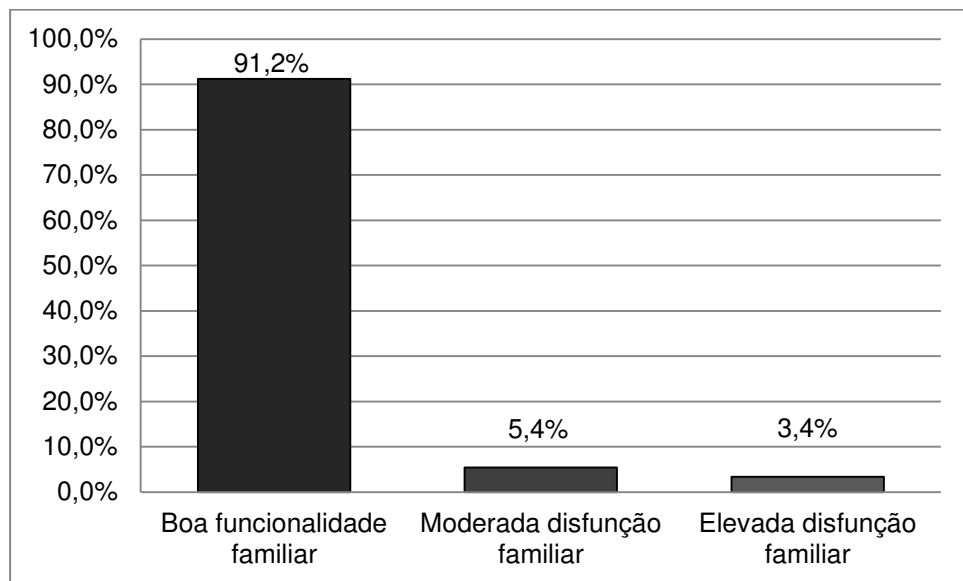
Tabela 1 – Dados socioeconômicos, demográficos e de saúde dos idosos atendidos na ESF. São Luís - MA, 2015 (*conclusão*).

Variáveis	N	%
Etilismo		
Não	128	86,5
Sim	20	13,5
TOTAL	148	100
Diabetes mellitus		
Não	96	64,9
Sim	52	35,1
TOTAL	148	100
Hipertensão arterial		
Sim	95	64,2
Não	53	35,8
TOTAL	148	100
Uso diário de medicamento		
Sim	115	77,7
Não	33	22,3
TOTAL	148	100

5.2 Funcionalidade Familiar

Em relação à funcionalidade familiar relatada pelos idosos entrevistados, conforme aponta a figura 1, verificou-se que 91,2% deles consideravam suas famílias funcionais. A disfunção familiar foi relatada por 8,8% dos idosos. Destes, 5,4% apontaram disfunção moderada e 3,4% elevada disfunção.

Figura 1 – Funcionalidade Familiar dos idosos atendidos na ESF. São Luís - MA, 2015.



Em outros estudos também foi encontrado o predomínio de uma boa funcionalidade familiar. Vera et al. (2015), com o objetivo de identificar os fatores associados à funcionalidade familiar de longevos não institucionalizados residentes em Goiânia (GO), observou que 90,1% dos idosos têm uma boa funcionalidade familiar, 5,3% moderada disfunção familiar e 4,6% elevada disfunção familiar. Rabelo e Neri (2015) encontraram resultados semelhantes, nos quais 85,8% tinham uma boa funcionalidade em suas famílias e 14,2% dos idosos relataram disfunção familiar.

A primeira questão do APGAR de Família – “Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando”, refere-se ao componente Adaptação. Neste componente, 75% dos idosos relataram que sempre podiam recorrer à sua família em busca de ajuda, 16,2% responderam algumas vezes e 8,8% nunca podiam recorrer à família.

Na segunda pergunta do questionário, referente ao Companheirismo (- “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas”), verificou-se que 82,4% dos entrevistados estavam satisfeitos com o compartilhamento de problemas entre os familiares, 12,8% algumas vezes e 4,7% nunca estavam satisfeitos.

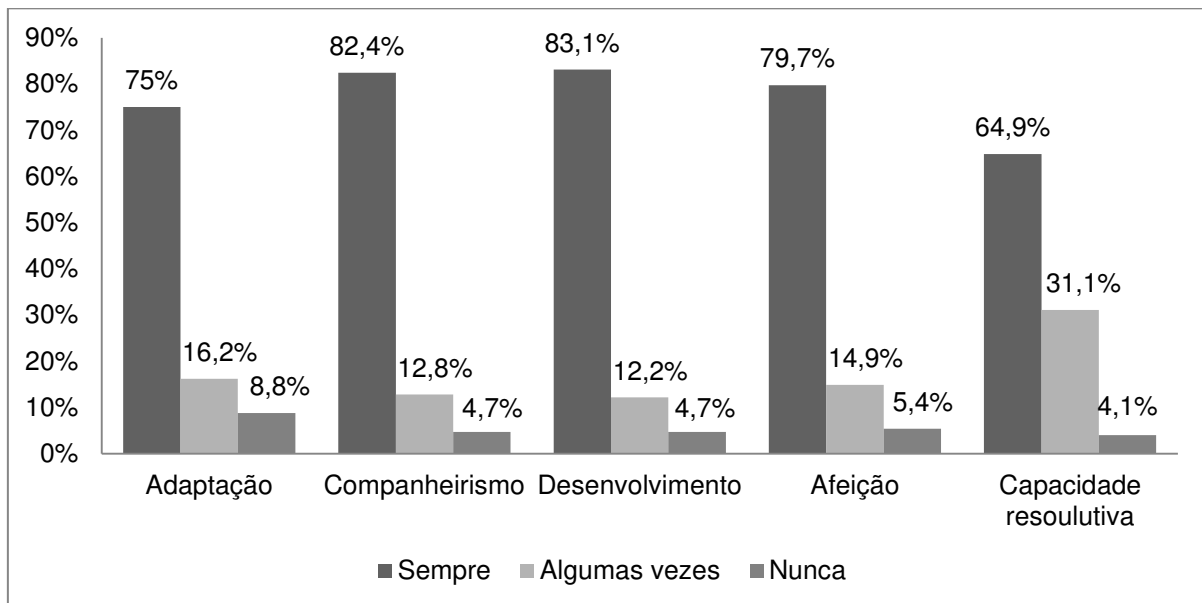
O componente Desenvolvimento relaciona-se à terceira questão do APGAR de Família - “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções”. Nesta questão, 83,1% dos participantes demonstraram satisfação, 12,2% responderam algumas vezes e 4,7% referiram nunca estar satisfeitos com o apoio recebido dos seus familiares.

A quarta questão - “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor”, refere-se ao componente Afetividade. Em relação a este item, 79,7% dos idosos estavam sempre satisfeitos, 14,9% algumas vezes e 5,4% nunca estavam satisfeitos.

A última questão do APGAR de Família – “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos”, referente ao componente Capacidade Resolutiva, revelou que 64,9% dos idosos estavam sempre satisfeitos com o tempo que compartilhavam com as suas famílias, 31,1% algumas vezes sentiam satisfação e 4,1% nunca estavam satisfeitos.

A figura 2 demonstra a satisfação dos idosos quanto aos cinco componentes do APGAR de Família.

Figura 2 – Dinâmica familiar dos idosos segundo os componentes do APGAR de Família. São Luís - MA, 2015.



Conforme a figura percebe-se que a boa funcionalidade familiar foi determinada na seguinte ordem: em primeiro lugar, a maior satisfação dos idosos foi encontrada no componente Desenvolvimento. Este componente trata do auxílio recebido para iniciar novas atividades e procurar novos caminhos. Em seguida verificou-se uma boa satisfação quanto aos componentes Companheirismo e Afetividade, que tratam, respectivamente, da comunicação entre os membros da família, com ênfase no compartilhamento de problemas e da afetividade entre os membros. Em quarto lugar encontrou-se, o componente Adaptação, que diz respeito à satisfação com a assistência recebida pelos familiares. O componente com menor satisfação foi a Capacidade Resolutiva, que se refere ao tempo que os idosos compartilham com suas famílias.

Estudo realizado por Vera et al. (2012), corroborou com esta pesquisa, no qual o componente que os idosos relataram menor satisfação Capacidade Resolutiva. Isto indica que há apoio para iniciar novas atividades e procurar novos caminhos, entretanto os idosos não se sentem satisfeitos com o tempo que os familiares dedicam a eles.

Os resultados encontrados neste estudo foram positivos, nos quais a maioria dos idosos veem suas famílias como capazes de suprir suas necessidades; não obstante, podem ocultar relações tênues. A desestabilização da dinâmica

familiar pode surgir de novas necessidades relacionadas ao cuidado ao idoso, como o aparecimento de doenças crônicas, prolongamento dos cuidados dispensados, dificuldade de adaptação às mudanças de funções e papéis e outros fatores que podem induzir ao estresse familiar (SANTOS et al., 2012).

De acordo com Santos et al. (2012), no cuidado ao idoso, a família está envolvida em uma série de atividades, desde simples a complexas. Exemplos dessas atividades incluem a preparação das refeições, administração de medicamentos de uso contínuo, acompanhamento a consultas, dentre outras. Diante disso, mesmo que o idoso não seja dependente, ele pode se sentir desconfortável por acreditar que está causando uma sobrecarga física e emocional aos familiares. Tais situações podem afetar negativamente a dinâmica familiar.

As situações que eventualmente induzem o estresse familiar podem comprometer a capacidade assistencial das famílias, e com isso, podem torná-las incapazes de atender as necessidades de cuidados dos membros idosos. Segundo Floriano et al. (2012), essa desarmonia pode ser prejudicial ao processo de independência, autonomia e qualidade de vida dos idosos.

Além disso, conforme Reis e Trad (2015), a carência de apoio familiar e as complicações advindas de insuficiências psicológicas, afetivas e materiais, podem levar o idoso a situações de morbidade significativa, seja ela física, psíquica ou social. Isso porque o suporte familiar contribui de maneira expressiva para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo.

Quanto a isso, Rabelo e Neri (2015) dizem que apoio familiar possui efeitos benéficos na saúde física e mental dos idosos por favorecer o enfrentamento, fortalecer o sistema imunológico e contribuir para o senso de controle, bem estar psicológico e satisfação com a vida.

Estas autoras destacam a importância da satisfação com as relações familiares como indicador da funcionalidade familiar, ao afirmar que a satisfação com a família reflete a percepção de que o suporte familiar é adequado. Segundo elas, essa satisfação envolve:

Receber assistência quando necessário, reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas, liberdade para mudanças de papéis e para o alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional e o tempo compartilhado entre os membros familiares (RABELO; NERI, 2015, p. 508).

É relevante ressaltar que Rabelo e Neri (2015) sugerem que pressões e tensões podem significar disfunção momentânea nas famílias, e que os membros geralmente são capazes de enfrentar e superar as crises. Por outro lado, a disfunção familiar dificulta a prestação da assistência necessária ao idoso, por isso as relações familiares devem ser foco de atenção das equipes de Saúde da Família.

Conforme Floriano et al. (2012), a política pública de saúde das pessoas idosas, preconiza que a família deve ser a principal prestadora de cuidado ao idoso e evidencia a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados. Desta forma, espera-se que a atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, desempenhe papel essencial na assistência ao idoso e à sua família.

De acordo com Drummond e Alves (2013), o conhecimento da dinâmica familiar pode favorecer a compreensão dos mecanismos e recursos de assistência aos idosos. A compreensão da dinâmica familiar do idoso é fundamental para os profissionais que atuam na ESF, especialmente os enfermeiros, que atuam diretamente na gestão do cuidado, podendo auxiliar as famílias a administrar as dificuldades encontradas no cuidado ao idoso, levando em consideração as diferentes realidades vivenciadas pelos idosos e suas famílias.

O contexto de proximidade com a comunidade, proporcionado pela ESF, permite aos profissionais reconhecerem a dinâmica do funcionamento das famílias, o que pode levar a detecção de disfunções e possibilita intervenções precoces quando há desequilíbrio (BRASIL, 2011).

Os profissionais da Estratégia podem atuar promovendo o envolvimento da família no cuidado e na promoção da saúde do idoso, considerando também que as doenças e injúrias causam estresse familiar, o que altera a sua dinâmica. É importante destacar que com a compreensão correta do funcionamento e da dinâmica das famílias, bem como dos fatores que levam ao estresse familiar, as intervenções dos profissionais da ESF serão mais eficazes.

Quanto o papel dos enfermeiros neste contexto, Polaro, Gonçalves e Alvarez (2014), dizem que é trabalhando na ESF, junto às famílias, que os enfermeiros têm a possibilidade de detectar fatores que podem afetar a saúde do idoso e utilizar estratégias para um viver e envelhecer saudáveis.

Diante do exposto, ressalta-se a necessidade dos profissionais das equipes Saúde da Família tomem consciência de que o cuidado envolve todos os

aspectos da vida do ser humano, incluindo as famílias e as relações familiares de seus membros (RADOVANOVIC; CECILIO; MARCON, 2013). Sugere-se que estes profissionais adotem a avaliação da funcionalidade familiar em sua assistência cotidiana, buscando humanizar e qualificar o cuidado prestado às famílias.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia utilizada foi pertinente no alcance dos objetivos propostos no estudo, onde os resultados puderam preencher uma lacuna científica quanto à funcionalidade familiar dos idosos atendidos na ESF de São Luís – MA.

Este estudo evidenciou uma alta prevalência de idosos do sexo feminino, pardos, com baixo nível econômico e baixa escolaridade, religiosos, aposentados, que fazem uso diário de medicamentos e que referem uma boa funcionalidade familiar.

A avaliação da funcionalidade familiar utilizando o APGAR de família permitiu conhecer a dinâmica familiar dos idosos atendidos na ESF quanto os cinco domínios considerados básicos para o funcionamento adequado das famílias: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva.

Percebeu-se também a importância das relações familiares no cuidado aos idosos e o quanto a linha entre funcionalidade e disfunção familiar é tênue, cabendo aos profissionais da ESF compreender e avaliar a dinâmica das famílias para o alcance do sucesso em suas intervenções de saúde e para oferecer um suporte adequado aos idosos e suas famílias.

Como limitação desse estudo, pode-se citar a não avaliação da funcionalidade familiar dos familiares dos idosos. Sugere-se que futuros estudos utilizem métodos mais apurados de análise de dados, como métodos que avaliem a relação entre as variáveis.

REFERENCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. Acesso em: 07 abr. 2017.

ALBERTI, G. F., ESPÍNDOLA, R. B., CARVALHO, S. O. R. M. **Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro**. J. res.: fundam. care. online 2014. abr./jun. 6(2):695-702. Disponível em: www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3118/pdf_1267. Acesso em: 07 abr. 2017.

ALVAREZ, A. M., GONÇALVES, L. H. T. **Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio**. [editorial] Rev Bras Enferm, Brasília 2012 set-out; 65(5): 715-6. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500001. Acesso em: 15 mar. 2017.

BAPTISTA, B. O. et al. **A SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR NO ÂMBITO DOMICILIAR: uma revisão integrativa da literatura**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):147-56. Porto Alegre, 2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100020. Acesso em: 15 mar. 2016.

BATISTA, N. C., CRISPIM, N. F. **A interferência das relações familiares no processo de envelhecimento: Um enfoque no idoso hospitalizado**. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(5), 169-189. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10254>. Acesso em: 15 mar. 2016

BERTUZZI, D., PASKULIN, L. G. M., MORAIS, E. P. **ARRANJOS E REDE DE APOIO FAMILIAR DE IDOSOS QUE VIVEM EM UMA ÁREA RURAL**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 158-66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100018>. Acesso em: 28 fev. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 4 de jan. de 1994. Acesso em: 06 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica 19. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série B. textos básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília, 2006. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acesso em: 06 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500015. Acesso em: 23 out 2016.

_____. **Portaria nº 2.528 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 19 de out. de 2006. Acesso em: 06 out. 2015.

CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. **Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(7):1460-1472, jul, 2015. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1460.pdf. Acesso em: 23 out 2016.

CHAVES, E. C. L. et al. **QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E RELIGIOSIDADE EM IDOSOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 648-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001000013>. Acesso em: 28 fev. 2017.

DEL DUCA, G. F.; MARTINEZ, A. D.; BASTOS, G. A. N. **Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliarem comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul**. Ciência de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1159- 1165, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a10v17n5.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 15 mar. 2016.

DRUMMOND, A.; ALVES, E. D. **Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal**. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2013, vol.16, n.4, pp.727-738. ISSN 1981-2256. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000400007>. Acesso em: 28 fev. 2017.

DUARTE, Y. A. O. **Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares** [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 196 p.

Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF, 2006. 192 p. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Acesso em: 25 nov. 2015.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 6, 2015. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf. Acesso em: 28 fev. 2017.

FLORIANO, L. A. et al. **CUIDADO REALIZADO PELO CUIDADOR FAMILIAR AO IDOSO DEPENDENTE, EM DOMICÍLIO, NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 543-8. Florianópolis, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08. Acesso em: 15 mar. 2017.

GAUTÉRIO, D. P. et al. **AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO PARA A PESSOA IDOSA: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**. Rev. enferm. UERJ, 2013 dez; 21(esp.2):824-8. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a21.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. In: **Projeção da população do Brasil e das Unidades de federação (site)**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 06 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://loja.ibge.gov.br/pesquisa-nacional-de-saude-2013-percepcao-do-estado-de-saude-estilos-de-vida-e-doencas-cronicas.html>. Acesso em: 06 out. 2015.

MELO, N. C. V. **Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009)**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(1):139-151. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15011>. Acesso em: 28 fev. 2017.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. **Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(4):1069-1078, 2013. Brasília, 2013. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/20.pdf. Acesso em: 28 fev. 2017.

OLIVEIRA, S. C., SANTOS, A. A., PAVARINI, S. C. I. **Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados.** Rev Esc Enferm USP 2014; 48(1):66-72 DOI: 10.1590/S0080-623420140000100008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-65.pdf. Acesso em: 12 jan. 2017.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2005. Acesso em: 25 nov. 2015.

PIMENTA, F. B.; PINHO, L.; SILVEIRA, M. F.; BOTELHO, A. C. C., **Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(8):2489-2498, 2015. Montes Claros, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802489&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 23 out. 2016.

POLARO, S. H. I., GONÇALVES, L. H. T., ALVAREZ, A. M. **Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família.** Rev Esc Enferm USP 2013; 47(1):160-7. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a20v47n1.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2017.

QUEIROZ, B. M. et al. **Inatividade física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(8):3489-3496, 2014. Florianópolis, 2014. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803489. Acesso em: 28 fev. 2017.

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, 2015; 18(3):507-519. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14120>. Acesso em: 28 fev. 2017.

RADOVANOVIC, C. A. T.; CECILIO, H. P. M.; MARCON, S. S. **AVALIAÇÃO ESTRUTURAL, DESENVOLVIMENTAL E FUNCIONAL DA FAMÍLIA DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.** Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):45-54. Maringá (PR), 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 fev. 2017.

REIS, L. A.; TRAD, L. A. B. **Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família.** Revista Psicologia: Teoria e Prática, 17(3), 28-41. São Paulo, SP, set.-dez. 2015. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN

1980-6906 (*on-line*). São Paulo, 2015. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.15348/19806906/psicologia.v17n3p28-41>. Acesso em: 28 fev. 2017.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. **Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador***. Rev Esc Enferm USP
SANTOS, A. L. et al. **CONHECENDO A FUNCIONALIDADE FAMILIAR SOB A ÓTICA DO DOENTE CRÔNICO**. Revista Texto Contexto Enferm; 21(4): 879-86. Florianópolis, 2012. Disponível em:
www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400019. Acesso em: 23 out. 2016.

SANTOS, N. C.; ABDALA, G. A. **Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(4):795-805. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13166>. Acesso em: 28 fev. 2017.

SILVA, D. M et al. **AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(9):5550-6, set. Recife, 2013. Disponível em:
www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../7156. Acesso em: 23 out. 2016.

SOUZA, R. A., et al. **Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos**. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(3):469-76. São Paulo, 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469.pdf. Acesso em: 23 out. 2016.

VERA, I. et al. **Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio**. Rev Bras Enferm. 2015 jan-fev;68(1):68-75. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680110p>. Acesso em: 12 jan. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

1. Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	2. Idade:	3. Mora sozinho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
4. Cor ou raça: Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/>					
5. Religião: <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros					
6. Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Divorciado					
7. Arranjo familiar : <input type="checkbox"/> Unipessoal <input type="checkbox"/> Composto <input type="checkbox"/> Casal sem filhos <input type="checkbox"/> Casal com filhos <input type="checkbox"/> Casal sem filhos com parentes <input type="checkbox"/> Casal com filhos e parentes <input type="checkbox"/> Monoparental					
8. Escolaridade:					
(<input type="checkbox"/>) Analfabeto/ Sem Escolaridade	(<input type="checkbox"/>) Fundament al/ 1 a 3 anos	(<input type="checkbox"/>) Fundamenta l/ 4 a 7 anos	(<input type="checkbox"/>) Médio incomple to/ 8 a 9 anos	(<input type="checkbox"/>) Médio completo/ 10 anos ou mais	(<input type="checkbox"/>) Superior
9. Moradia: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Amigos parentes <input type="checkbox"/> Alugada					Nº de moradores:
10. Renda Familiar: <input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 1 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 3 a 6 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 6 a 9 salários mínimos <input type="checkbox"/> Acima de 9 a 12 salários mínimos					
11. Atualmente é: <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Nenhum					
12. Tabagismo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>)			13. Etilismo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
13. Doenças de base: Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/>					
14. Faz uso diário de medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Funcionalidade Familiar: um estudo com idosos da Estratégia Saúde da Família

Eu, _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “Funcionalidade Familiar: um estudo com idosos da Estratégia Saúde da Família”, cujo objetivo é descrever a funcionalidade familiar de idosos, atendidos no Centro de Saúde do Bairro de Fátima. Esta pesquisa justifica-se devido à existência de uma situação de vulnerabilidade no seio familiar, provocado pela mudança de papéis e funções que traz repercussões principalmente para os idosos, que pouco a pouco perdem suas funções anteriormente estabelecidas, o que pode contribuir para o surgimento de disfunção familiar.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a um questionário denominado APGAR de Família, que visa identificar os sinais de disfunção familiar e apontar a percepção das pessoas sobre suas famílias como recurso ou como fator estressor.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: contribuir para identificação da disfunção familiar em famílias com idosos e, com isso, ajudar no desenvolvimento de estratégias para seu manejo.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo. Assim, poderei sentir algum desconforto psicológico ou emocional ao participar da pesquisa, porém fui assegurado que serei assistido pelo pesquisador ou serei encaminhado para profissionais especializados na área, se necessário.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo nesta ou em qualquer outra unidade de saúde.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Ana Hélia de Lima Sardinha e Larissa Garreto Sousa e com eles poderei manter contato pelos telefones (98) 98159-9161 e (98) 98176-3038.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não receberei nenhum pagamento para participar da pesquisa e nem pagarei para participar.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP HUUFMA (98) 2109 1092 ou mandar um *email* para gep@huufma.br.

São Luís, ____ de _____ de 201__

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do (a) pesquisador (a): _____

Assinatura: _____

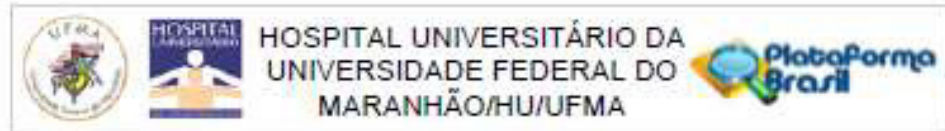
ANEXOS

ANEXO A - APGAR da Família

Atribua valores de 0 a 2 nas perguntas realizadas

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS SEREM REALIZADAS	SEMPRE 2	ALGUMAS VEZES 1	NUNCA 0
A ADAPTATION (adaptação)	= Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando-me.			
P PARTNERSHIP (companheirismo)	= Estou satisfeito (a) pela maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos problemas.			
G = GROWTH (desenvolvimento)	= Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos e direções.			
A = AFFECTION (afeição)	= Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas afeições tais como raiva, mágoa ou amor.			
R = RESOLVE (capacidade resolutiva).	= Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES CRÔNICAS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO LUÍS-MA

Pesquisador: Ana Hella de Lima Sardinha

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 02090112.5.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 907.206

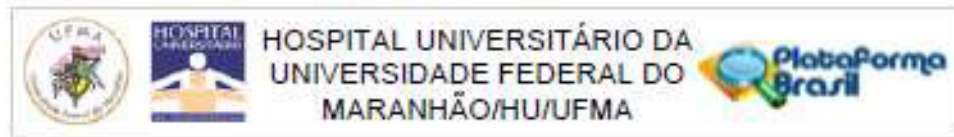
Data da Relatoria: 13/11/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo irá avaliar idosos com condição crônica atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA e cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - Programa HIPERDIA. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualiquantitativa. Serão entrevistados 280 idosos de ambos os sexos. Os idosos responderão um questionário com perguntas fechadas que serão preenchidos pelos investigadores contendo variáveis socioeconômicas, demográficas e hábitos de vida e a utilização de gravador durante a entrevista cujo roteiro abordará aspectos relacionados às políticas públicas

de saúde e as doenças crônicas. Após a entrevista será realizado exames para avaliação de peso e estatura, pressão arterial, nível glicêmico capilar e medida da circunferência abdominal e glicemia capilar. Para análise dos dados quantitativos será utilizado o Programa Estatístico Epi-Info 2008 versão 3.5.1, tendo como nível de significância de 95%, e margem de erro tolerável de 5%. Quanto à análise qualitativa, será representada pelos resultados das entrevistas semi-estruturadas. A análise qualitativa, será realizadas através das reflexões mais importantes da coleta conforme Trivinos (1987) que ressalta que em pesquisa qualitativa a análise dos dados embora pareça ser uma fase distinta, poderá estar ocorrendo desde o momento da coleta. De acordo com Minayo (2000) a pesquisa qualitativa

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65 020-070
 UF: MA Município: SÃO LUÍS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1225 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 907.206

trabalha com o universo de significados, motivos, crenças e atitudes. O financiamento do estudo é de responsabilidade do pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo principal: Avaliar os Idosos com condição crônica acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA.

Objetivo Secundário: - Caracterizar a população segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e hábitos de vida (atividade física, tabagismo e consumo de bebida alcoólica) - Traçar o perfil da família cuidadora do Idoso com condição crônica - Identificar os fatores de risco que interferem na adesão medicamentosa; - Correlacionar condição crônica com qualidade de vida; - Relacionar comorbidades associadas; - Descrever os significados de condição crônica para os Idosos que convivem com essa realidade; - Descrever o significado do cuidado para os Idosos com condição crônica; - Compreender as necessidades desses Idosos ao enfrentarem uma condição crônica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco referido está associado a o aspecto emocional entretanto os participantes são livres para desistirem em participar. Os benefícios estão associados a relevância social oportunizando estratégias para melhorar a qualidade da assistência aos Idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

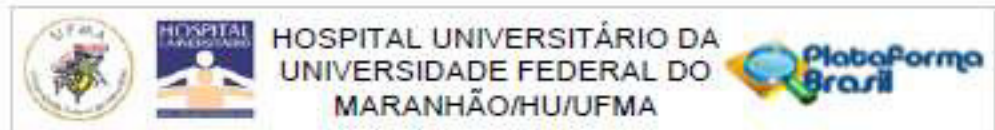
Projeto com temática relevante considerando as barreiras enfrentadas pelo Idoso dentro das políticas de saúde para conquistar um envelhecimento saudável. O protocolo apresenta metodologia com delineamento adequado, objetivos claros e bem definidos. O protocolo teve a primeira aprovação em 16/11/2012 com Parecer nº 128.214. A proposta final de execução para outubro/14, quando então o pesquisador solicita prorrogação até 2015 além de solicitar inclusão de outras instituições, apresentando documento comprobatório de autorização do gestor.

Projeto com temática relevante considerando as barreiras enfrentadas pelo Idoso dentro das políticas de saúde para conquistar um envelhecimento saudável. O protocolo apresenta metodologia com delineamento adequado, objetivos claros e bem definidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) orçamento e emenda solicitando prorrogação do período de coleta e inclusão de mais um local de coleta juntamente com a autorização do gestor do local. Atende, portanto às exigências da Resolução CNS/MS nº 466/12.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SÃO LUÍS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 907.206

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução nº 466/12 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº.466/2012 e Norma Operacional Nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 10 de Dezembro de 2014

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br