



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

WALANA ÉRIKA AMÂNCIO SOUSA

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS COM DIABETES
MELLITUS**

SÃO LUÍS
2018

WALANA ÉRIKA AMÂNCIO SOUSA

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS COM DIABETES
MELLITUS**

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

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

SÃO LUÍS
2018

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

ÉRIKA AMÂNCIO SOUSA, WALANA.

FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS
/ WALANA ÉRIKA AMÂNCIO SOUSA. - 2018.

52 p.

Orientador(a): Ana Hélia de Lima Sardinha.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Diabetes Mellitus. 2. Doenças Crônicas Não
Transmissíveis. 3. Funcionalidade familiar. 4. Idoso. I.
de Lima Sardinha, Ana Hélia. II. Título.

WALANA ÉRIKA AMÂNCIO SOUSA

FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

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

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

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

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a meus pais, Sulian de Jesus Amâncio e Rogério do Nascimento, por ter me proporcionado essa oportunidade de ingressar em uma Universidade, que me deram suporte e apoio mesmo de longe.

A toda minha família por terem me dado força e sabedoria para concluir mais uma etapa da minha vida, que é a minha formação acadêmica, em especial, a minha avó e tia, Santana e Fabiola de Jesus Amâncio, por me acolherem em sua casa durante anos para realizar esse sonho.

A todos os professores que contribuíram durante esses vinte e um anos de estudo, foram essenciais para alcançar o tão almejado nível superior, sem seus ensinamentos não teria chegado até aqui.

Um agradecimento especial a minha amiga Tamires Coelho que me incentivou a buscar a graduação, obrigada por abrir meus olhos. A minha segunda mãe, Rosângela Sousa Lima por me apoiar em todas as etapas de minha vida.

À Universidade Federal do Maranhão, por ser uma Universidade pública e de qualidade que me proporcionou o melhor ambiente para o meu desenvolvimento, ao corpo docente que tanto se empenhou, e contribuíram com seus conhecimentos técnicos, científicos e experiências para a minha formação, que ofereceram todo o suporte necessário para que eu vislumbrasse um novo horizonte, e por todos aprendizados adquiridos para ser uma profissional de excelência.

Agradeço também à direção e a administração que me ajudaram ativamente nesta jornada rumo ao meu futuro, em especial, ao Prof^o. Rafael Abreu Lima e a Prof^a. Dr^a. Maria Lena Barros Fonseca por todo apoio fornecido a minha turma durante esses cinco anos.

Agradeço ao Hospital Universitário e aos demais campos de aprendizagem, que abriram as portas para proporcionar um ensino de qualidade. Aos Enfermeiros e técnicos de Enfermagem que agiram com ética e confiança na minha acolhida durante minha passagem nos campos de prática/estágio.

Agradeço imensamente aos pacientes que aceitaram a minha participação em seus cuidados, fator esse que me permitiu vivenciar a prática necessária para minha formação.

Aos profissionais de Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário, por seu apoio durante a coleta dessa pesquisa e a mestrandia Pabline Medeiros por sua colaboração neste trabalho de conclusão de curso, sua ajuda foi imprescindível.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Ana Hélia de Lima Sardinha, por ter me ajudado

na elaboração desse trabalho, por toda sua paciência, dedicação e experiência; não poderia ter escolhido profissional mais capacitada e compromissada em seu trabalho. Certamente será uma referência profissional e pessoal que guardarei por toda vida.

Agradeço às professoras da Banca Examinadora, Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Lires Paiva e Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Holanda Lopes, pelas suas participações, por todo o conhecimento e contribuição para com o meu estudo, afim de qualificar mais uma etapa do meu processo de construção profissional.

A todos os colegas que ganhei durante a Universidade, em especial, às minhas amigas inseparáveis Dayanne Guterres, Denisy Ferreira, Ingrid Balata, Layse Jansen e Samira Rodrigues por todas a aventuras vividas nesses cinco anos, por todo apoio, carinho, risadas e conselhos. Juntas choramos, vencemos barreiras, mas tudo valeu a pena. Sem vocês tudo isso seria muito difícil. Obrigada por essa amizade, a levarei para o resto da vida!

Muito obrigada à todos!

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes! ”

Florence Nightingale

RESUMO

O diabetes mellitus é uma das doenças crônicas mais comuns na população idosa, sendo um importante e crescente problema de saúde pública, que pode comprometer a capacidade funcional, cognitiva, emocional, social e econômica, com perda da autonomia, tornando os idosos dependentes de um cuidador. No Brasil, o cuidado destinado as pessoas idosas dependentes dá-se tradicionalmente e legalmente no âmbito familiar. Nos últimos anos as famílias têm passado por algumas transformações em sua estrutura, com rearranjos visando o atendimento das necessidades dos membros mais velhos e dependentes neste novo contexto. Conhecer a funcionalidade de famílias de idosos que apresentam diabetes mellitus, é conduta relevante, pois pode identificar o valor que essa pessoa atribui à sua fonte de suporte psicossocial mais elementar, possibilitando avaliar em que medida a família é capaz de atender, satisfatoriamente, às suas demandas de cuidado. O estudo tem como objetivo avaliar a funcionalidade familiar de idosos com diabetes mellitus. Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no período de 15 de junho a 28 de novembro de 2017, abordando as variáveis sociodemográficas, econômicas, hábitos de vida e perfil clínico e aplicado o APGAR de família. Os dados revelaram índice de famílias funcionais (92,47%) em sobreposição as famílias moderadamente disfuncionais (4,30%) e de elevada disfunção familiar (3,23%). Na componente adaptação 78,49% dos idosos relataram que sempre podiam recorrer à sua família em busca de ajuda, no componente companheirismo apresentou 82,80% de satisfação com o compartilhamento de problemas entre os familiares, assim como, no componente desenvolvimento, onde 82,80% dos participantes demonstraram satisfação com a maneira pela qual a família aceita e apoia os desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções. No quarto componente, afetividade, 80,65% dos idosos estavam sempre satisfeitos, na última questão do Apgar de Família referente a capacidade resolutiva 69,89% dos idosos estavam sempre satisfeitos com o tempo que compartilhavam com as suas famílias. Significando que a maioria dos idosos está satisfeita com o atendimento de suas demandas pela família nas dimensões avaliadas.

Palavras-chave: Funcionalidade familiar, Diabetes Mellitus, Idoso, Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is one of the most common chronic diseases in the elderly population. It is an important and growing public health problem that can compromise functional, cognitive, emotional, social and economic capacity, with loss of autonomy, making the elderly dependent on caregiver. In Brazil, care for dependent elderly people occurs traditionally and legally within the family. In recent years families have undergone some transformations in their structure, with rearrangements aimed at meeting the needs of older and dependent members in this new context. Knowing the functionality of families of elderly people with diabetes mellitus is relevant behavior because it can identify the value that this person attributes to their source of most basic psychosocial support, making it possible to assess to what extent the family is able to satisfactorily meet their demands of care. The aim of this study was to evaluate the familiar functionality of elderly patients with diabetes mellitus. Transversal, descriptive study with quantitative approach. Data collection was performed from June 15 to November 28, 2017, addressing socio-demographic variables, economic variables, life habits and clinical profile, and applied family APGAR. Data revealed functional families index (92.47%) overlapping moderately dysfunctional families (4.30%) and high family dysfunction (3.23%). In the adaptation component, 78.49% of the elderly reported that they could always turn to their family for help. In the companionship component, 82.80% satisfaction with the sharing of problems among the family members, as well as in the development component, where 82,80% of participants demonstrated satisfaction with the way in which the family accepts and supports the desire to start or pursue new activities and to seek new paths or directions. In the fourth component, affectivity, 80.65% of the elderly were always satisfied, in the last issue of the Family Apgar regarding the problem solving capacity 69.89% of the elderly were always satisfied with the time they shared with their families. Meaning that the majority of the elderly are satisfied with the fulfillment of their demands by the family in the evaluated dimensions.

Keywords: Family Functionality, Diabetes Mellitus, Elderly, Chronic Non-Communicable Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo cidade e estado, sexo, faixa etária, cor ou raça, estado civil e anos de estudo. São Luís-MA, 2017	24
Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo ocupação atual, renda familiar, contribuição na renda familiar e atividades para complementar a renda. São Luís, 2017	25
Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo Diabetes Mellitus, outra condição crônica, tempo de diagnóstico de DM. São Luís, 2017.....	25
Tabela 4 – Distribuição dos idosos de acordo com o tratamento de DM, complicações do DM, internações ou cirurgias decorrentes do DM. São Luís, 2017.....	26
Tabela 5 – Distribuição dos idosos segundo os hábitos de vida, tabagismo, elitismo e prática de exercício físico. São Luís, 2017.....	26
Tabela 6 – Distribuição dos idosos segundo arranjo familiar. São Luís, 2017	27
Figura 1 – Dispõem sobre a Funcionalidade Familiar dos idosos. São Luís, 2017.....	27
Figura 2 – Dinâmica familiar dos idosos segundo os componentes adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afeição e capacidade resolutiva do APGAR de Família. São Luís, 2017	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA – American Diabetes Association

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 Envelhecimento e condições de saúde da população	14
3.2 Diabetes mellitus em idosos	15
3.3 Suporte familiar	17
3.4 Funcionalidade familiar	19
4 METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de estudo	21
4.2 Local do estudo	21
4.3 População e amostra	21
4.4 Instrumentos e Coleta de dados	21
4.5 Análise de dados	23
4.6 Aspectos éticos	23
5 RESULTADOS	24
5.1 Caracterização sociodemográfica e econômica	24
5.2 Perfil clínico e hábitos de vida	25
5.3 Arranjo e funcionalidade familiar	27
6 DISCUSSÃO	30
7 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	43
ANEXO B – APGAR FAMILIAR	44
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA	45
APÊNDECE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E CLÍNICO	49

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é caracterizado pelo aumento do percentual dos idosos na população e, conseqüente diminuição dos demais grupos etários, é um fenômeno já evidente no País e tende a ficar mais marcante nas próximas décadas (BRASIL, 2015).

Esse processo ocorreu de forma especialmente rápida no contexto brasileiro, em virtude, da transição demográfica e o aumento progressivo da expectativa de vida, resultando em mudanças na estrutura etária da população (SANTOS; PAVARINI, 2011).

Isso vem acompanhado de decorrente modificação na epidemiologia das doenças, que passaram de agravos infecciosos a doenças crônico-degenerativas e não transmissíveis. Tornando-se um importante desafio para a saúde, pelo fato dos idosos serem um grupo particularmente vulnerável ao adoecimento, gerando maior demanda de serviços de saúde (MACEDO et. al, 2012; SILVEIRA et. al, 2016).

Dentre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais comuns na população está o diabetes mellitus (DM), que é um importante e crescente problema de saúde pública. Sua prevalência, em particular a do diabetes mellitus tipo 2 (DM2), aumenta de forma exponencial e é mais encontrada nas faixas etárias avançadas (CUBAS et. al, 2013).

O DM é uma doença crônica que exige ajustes na dinâmica e organização familiar, pois exige cuidados permanentes e contínuos, especialmente na associação da doença com a hospitalização de seu portador, causada, na maioria das vezes, pelas complicações da cronicidade das elevadas taxas de glicemia (SANTOS, 2014).

Esses problemas de saúde, especialmente relacionados às condições crônicas, podem comprometer a capacidade funcional, cognitiva, emocional, social e econômica, com perda da autonomia dos idosos, tornando-os assim dependentes de um cuidador. No Brasil, o cuidado destinado a pessoas idosas dependentes dá-se tradicionalmente e legalmente no âmbito familiar (SANTOS; PAVARINI, 2011).

A família é a principal fonte de suporte emocional, instrumental, financeiro e informativo para os idosos. As trocas que se dão nesse contexto podem estruturar-se sob o formato de diferentes relações que se organizam em torno dos papéis atribuídos ao idoso na estrutura familiar, sendo que as composições das relações são constituídas ao longo da vida (RABELO; NERI, 2015).

Nos últimos anos as famílias têm passado por algumas transformações em sua estrutura, com rearranjos visando o atendimento das necessidades dos membros mais velhos e dependentes. Com isso, tornou-se necessário avaliar a funcionalidade familiar, para entender

se nesse novo contexto, a família está preparada para assumir a tarefa de cuidadora de idosos que possuem condições crônicas (SANTOS; PAVARINI, 2011).

A investigação da dinâmica familiar explora e visualiza se há harmonia ou desarmonia nas relações familiares, sob a ótica da pessoa idosa, em relação ao cuidado recebido de sua família, como um fator estressor ou protetor (VERA et. al, 2015).

Conhecer a funcionalidade de famílias de idosos que apresentam diabetes mellitus, é conduta relevante, pois pode identificar o valor que essa pessoa atribui à sua fonte de suporte psicossocial mais elementar, possibilitando avaliar em que medida a família é capaz de atender, satisfatoriamente, às suas demandas de cuidado (RABELO; NERI, 2015).

Diante disso, essa pesquisa visa avaliar a funcionalidade familiar na perspectiva dos idosos com diabetes mellitus levando em consideração suas características sociodemográficas, econômicas, aspectos clínicos e configuração familiar. Essa avaliação foi realizada com o instrumento denominado Apgar de Família, preconizado pelo Ministério da Saúde para a avaliação da funcionalidade de famílias com idosos.

A escolha do tema funcionalidade familiar de idosos foi idealizada após o convívio com idosos e familiares no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, durante os ambulatórios da Liga Acadêmica de Diabetes e Obesidade e a prática da disciplina de Saúde do Idoso, onde foi possível conhecer mais de perto a realidade de idosos e seus familiares no enfrentamento do diabetes mellitus.

2 OBJETIVOS

Avaliar a funcionalidade familiar de idosos com diabetes mellitus.

Identificar as variáveis sociodemográfica, econômicas, hábitos de vida e perfil clínico dos idosos com diabetes mellitus.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento e condições de saúde da população

O envelhecimento populacional é um acontecimento de proporção mundial, a previsão para 2025 é de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, sendo 32 milhões somente no Brasil, tornando-se a sexta maior população de idosos do planeta (TORRES et. al, 2010).

Esse acelerado processo de envelhecimento e o aumento na taxa expectativa de vida, inclusive entre as pessoas acima de 80 anos, que constituem o grupo etário de maior crescimento, vem destacando-se, em especial sobre as condições de saúde durante esses anos adicionais de vida (RAMOS; CENDOROGLO, 2011).

Hoje, o contexto brasileiro é consequência das transformações demográficas, econômicas, sociais, epidemiológicas e de saúde vivenciadas nas últimas décadas (SILVA et. al, 2015). Com a queda das taxas de mortalidade e fecundidade e da elevação da taxa de envelhecimento e aumento da expectativa de vida (VERAS, 2012).

O quadro saúde pública deixou de ser caracterizado por doenças infectocontagiosas, passíveis de prevenção por imunização ou com medidas simples, com a população de risco mais jovem e, métodos diagnósticos menos sofisticados e de baixo custo, com desfechos pela cura ou morte precoce. Para dar espaço a uma nova conjuntura, na qual a população de risco tem idade avançada, possui doenças crônicas e de progressão lenta, métodos diagnósticos complexos e caros (RAMOS; CENDOROGLO, 2011).

Tudo isso, somados a condições socioeconômicas desfavoráveis para a maioria da população, além disso, a maioria dessas doenças não possuem prevenção eficaz, os tratamentos são paliativos e a longo prazo, podem ocasionar incapacidades, dependência e perda da autonomia (SANTOS; PAVARINI, 2011).

Desde 2002, As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por quase 60% de todas as mortes e aproximadamente 50% do total de doenças no mundo. São condições que requerem adesão a tratamentos prolongados que, se não forem otimizados, podem resultar em hospitalização, institucionalização e dependência (BRASIL, 2011).

Para Moura et. al. (2011, p. 486) as doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam por terem etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e terem origem não infecciosa. A população idosa apresenta as maiores taxas destas patologias. Por isso, o envelhecimento está diretamente relacionado a incidência de doenças crônicas (SILVA et. al, 2015).

Diante disso, vêm se tornando, ao longo dos anos, um importante desafio para a saúde pública, devido as suas altas taxas de morbimortalidade e a tendência de comprometer a capacidade funcional com conseqüente sobrecarga para família e o sistema de saúde (TORRES et. al, 2010; SILVA et. al, 2015).

Sendo assim, segundo Ramos e Cedoroglo (2011, p.05) “o maior desafio do século XXI, no Brasil, será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes”.

3.2 Diabetes mellitus em idosos

O Diabetes mellitus é uma condição crônica caracterizada por um conjunto de doenças metabólicas, que possuem em comum a hiperglicemia, decorrente de problemas no mecanismo de produção e/ou ação da insulina em tecidos periféricos (ADA, 2017).

Alguns fatores são responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo, como o envelhecimento da população, a urbanização crescente, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis tais como, sedentarismo, alimentação inadequada e obesidade (PALMEIRA; PINTO, 2015).

No mundo o diabetes acomete 18% dos idosos e 50% dos portadores DM2 apresentam mais de 60 anos de idade. No Brasil essa doença representa cerca 5,2% das causas de mortes e afeta principalmente populações vulneráveis, como idosos, pessoas de baixa renda e pouca escolaridade (FILHO et. al, 2017).

Atualmente, essa patologia é classificada conforme a etiologia. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Associação Americana de Diabetes (American Diabetes Association, ADA) há, basicamente, quatro classes clínicas para o DM: Diabetes mellitus tipo 1, Diabetes mellitus tipo 2, Diabetes mellitus gestacional e outros tipos específicos de diabetes (SBD, 2016).

Ainda conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes, SBD (2016), existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são caracterizadas pela glicemia de jejum alterada e pela tolerância à glicose diminuída que são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento do Diabetes mellitus tipo 2 e de doenças cardiovasculares. Porém, o DM tipo 2 (DM2) prevalece em 90% a 95% dos casos.

Os principais fatores de risco associados ao DM2 estão o sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, tabagismo, histórico familiar e variações genéticas na predisposição e

desenvolvimento dessa patologia. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos (SBD, 2016).

O DM2 é causado por uma combinação de fatores genéticos e estilo de vida. Os genes que predispõem um indivíduo a ter diabetes são considerados essenciais para o desenvolvimento da doença, mas a ativação de uma predisposição genética exige a presença das questões ambientais e fatores comportamentais, particularmente aqueles associados ao estilo de vida (MARINHO et. al, 2012).

Na maioria dos casos, os portadores de diabetes tipo 2 são assintomáticos quando esta patologia surge, podendo evoluir sem sintomas por vários anos e apresentar apenas ligeira hiperglicemia de jejum ou pós-prandial. Já os sintomas que caracterizam a fase aguda da doença são: poliúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento e perda de força (PASQUALOTTO; ALBERTON; FRIGERI, 2012; SBD, 2016).

Sua condição crônica impõe mudanças de hábitos de vida, como o consumo de dieta balanceada, prática de atividade física e uso da terapêutica medicamentosa. Tais medidas auxiliam na manutenção de um bom controle metabólico (FILHO et. al, 2017).

O DM apresenta alta morbimortalidade e reduz significativamente a qualidade de vida das pessoas, tendo como consequências em longo prazo, danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Além de possuírem maior risco de hipertensão arterial, doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral. Podendo, ainda, desenvolver neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual, as quais acometem mais frequentemente os idosos. (RAMOS et. al, 2017).

Além disso, o idoso que possui diabetes, quando comparado ao não diabético, está sujeito a ser mais medicado, apresentar perdas funcionais (dificuldade de locomoção, por exemplo), problemas cognitivos, depressão, quedas e fraturas, incontinência urinária e dores crônicas, devendo, portanto, ser tratado de forma individualizada (SBD, 2016).

O diabetes em idosos está relacionado a um risco maior de morte prematura, a maior associação com outras comorbidades e, principalmente, com as grandes síndromes geriátricas, sendo importante destacar os prejuízos em relação à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, o que a configura como uma doença de alto impacto, com repercussões sobre o sistema de saúde, família e o próprio idoso acometido (MOORADIAN; CHEHADE, 2012).

3.3 Suporte familiar

As famílias estão em constante processo de transformação e mudança, constituem um sistema complexo e dinâmico, sendo influenciado pelo meio histórico, social e cultural que vivencia. Onde as relações familiares, em alguma medida, interferem no processo saúde e doença de seus membros, bem como na interpretação da experiência de cada pessoa da família diante desse processo. (SANTOS et. al, 2012).

O termo família vem do latim *famulus*, que significa “escravo doméstico”, sendo família o conjunto dos escravos pertencentes a um mesmo homem, no contexto da Roma Antiga. Esta expressão foi criada pelos romanos a fim de denominar uma nova forma social que tinha como característica principal o poder do chefe sobre a mulher, os filhos e os escravos e ainda detinha o poder de vida e morte sobre eles (SANTANA; OLIVEIRA; MEIRA, 2013).

Para Engels (2006), a primeira etapa da evolução da família foi a família consanguínea. Eram características desta fase a convivência entre parentes e a relação matrimonial entre pessoas de um mesmo grupo. Todos eram irmãos e irmãs entre si e, por isso mesmo, marido e mulher um do outro. Este tipo de família fora substituído pela família panaluan. Nessa família o matrimônio era realizado dentro dos grupos, mas com interdição da relação sexual entre irmãos e irmãs.

Seguindo a evolução da família, veio a família sindiásmica, ainda na fase da matrimônio grupal, já se formavam uniões por pares de duração mais ou menos longa. Nesta fase teria surgido o chamado direito materno, sendo a mulher considerada mãe e chefe da casa. A família patriarcal era aquela onde um homem casava-se com várias mulheres e estas eram geralmente isoladas (SANTANA; OLIVEIRA; MEIRA, 2013).

Nesta perspectiva, a família monogâmica teria sua origem na família sindiásmica e diferenciava-se desta por uma maior solidez dos laços conjugais e pelo fato de somente o homem ter a possibilidade de dissolver a união. Baseava-se na autoridade e poder do homem que tinha como princípio fundamental a procriação de filhos cuja paternidade não podia ser contestada (SILVEIRA, 2012).

Várias teorias buscam conceituar e explicar a dinâmica familiar. Dentre estas teorias destaca-se a Teoria Sistêmica onde as famílias são compreendidas como sistemas baseados nas relações, com base em ganhos e perdas, distribuição do poder de cada um de seus membros, estabelecimento de papéis, desenvolvimento de códigos, simbologias e significados para atitudes e relações. Este sistema sofre modificações como o passar do

tempo, influenciado pelos próprios conflitos e pelas transformações no mundo (BRASIL, 2006).

Atualmente, a família é compreendida não apenas baseada nos laços consanguíneos e de parentesco, mas nas relações de afeto e cuidado, ou seja, uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afetivas e assume um compromisso de cuidado mútuo. Bem com considerada um espaço da garantia da proteção integral e de sobrevivência, independente do arranjo familiar em que se baseie, mas também pode ser violadora de direitos e protagonista dos conflitos e violências (SANTANA; OLIVEIRA; MEIRA, 2013).

Nos últimos anos, essa instituição vem sofrendo modificações significativas em sua estrutura e organização. Especialmente as relacionadas com as mudanças no papel de cada membro, decorrente da inserção da mulher no mercado de trabalho, da redução progressiva das taxas de fecundidade, do controle das taxas de natalidade e das mudanças nos âmbitos social, cultural, econômico e político (SILVA et. al, 2014).

Com isso, os modelos familiares tornam-se cada vez mais nucleares, com a existência de diversidade de gerações, o que afeta diretamente o apoio familiar, em especial a uma população crescente e dependente, como o idoso. Cada família possui características específicas que as torna única em sua maneira de ser e, devido a isso, apresenta comportamentos distintos em relação à necessidade de adaptação nos casos em que um de seus membros torna-se doente crônico (SCOTT, 2010).

O suporte familiar atua positivamente sobre a saúde física e mental dos idosos, pois favorecem o enfrentamento, fortalecem o sistema imunológico e contribuem para o senso de controle, para o bem-estar psicológico e para a satisfação com a vida. Receber apoio nos relacionamentos, tem repercussões significativas nos desfechos de saúde, mortalidade e funcionalidade desse grupo (RABELO; NERI, 2015).

Mesmo sendo considerada a principal unidade de cuidado do sujeito em situação de adoecimento, a família pode encontrar dificuldades e hesitar diante de fatores estressores referentes ao cuidado em doenças crônicas (SANTOS et. al, 2012).

Com isso, a capacidade de negociação de tarefas e papéis, considerando as necessidades dos idosos e dos demais membros da família, é um importante meio para conhecer a funcionalidade familiar (RABELO; NERI, 2016).

3.4 Funcionalidade familiar

O instrumento desenvolvido por Smilkstein para avaliar a funcionalidade familiar, permite conhecer em que medida a família está apta para lidar com as situações de crise de forma realista e adequada, e de cumprir e harmonizar suas funções essenciais, tais como: a adaptação, o companheirismo e o desenvolvimento dos membros, a afetividade e a capacidade resolutiva. A percepção de que esses elementos não estão presentes na família sugere disfunção familiar (RABELO; NERI, 2015).

Denominado Apgar de Família, representa um acrônimo em inglês, derivado dos domínios: adaptation (adaptação), que compreende os recursos familiares oferecidos quando se necessita de assistência; partnership (companheirismo), que 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; e resolve (capacidade resolutiva), associada à decisão, determinação ou resolutividade em uma unidade familiar (SILVA et. al, 2014).

O APGAR de Família propõe a avaliação da funcionalidade familiar independentemente da fase do ciclo de vida dos seus membros. Pode ser utilizado com famílias de crianças, adolescentes e idosos (PAIVA, 2011).

No Brasil, é preconizado pelo Ministério da Saúde para a avaliação da funcionalidade de famílias com idosos, integrando o Caderno de Atenção Básica número 19 "Envelhecimento e saúde da pessoa idosa", no qual se recomenda seu emprego em entrevistas junto aos familiares de idosos, uma vez que é apontado como ferramenta facilitadora da observação e análise das unidades familiares (SILVA et. al, 2014).

A percepção dos idosos sobre o funcionamento familiar diz respeito à avaliação que fazem sobre a qualidade das relações, sobre o grau da eficácia exibida pela família no atendimento de suas necessidades e sobre o grau em que as relações familiares correspondem às suas expectativas (RABELO; NERI, 2016).

O sistema familiar funcional é aquele no qual o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas visando estabilidade emocional, buscando soluções por meio de recursos próprios e de forma adequada. Os membros da família têm capacidade de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes (SANTOS et. al, 2012).

Já os sistemas familiares disfuncionais são aqueles nos quais não existe um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros, priorizando os interesses particulares em detrimento do grupo, não assumindo seus papéis dentro do sistema. Com frequência são observados vínculos afetivos superficiais e instáveis e alto grau de agressividade e hostilidade entre seus membros (PAIVA, 2011).

De acordo com Torres (2010) em condições de disfuncionalidade, as famílias podem ter sua capacidade de prestar cuidados aos idosos prejudicada e, assim, não conseguir prover adequadamente o atendimento necessário para seus cuidados, podendo, desta forma, interferir na sua independência, autonomia e qualidade de vida.

Ou ainda, buscam uma solução aparente, onde o idoso é separado do seu meio, através da institucionalização ou é isolado do grupo, pois é considerado o gerador do problema. Ou os outros membros da família se afastam para não se envolverem com a questão, uma vez que acreditam que a mesma não diz respeito a eles (BRASIL, 2006).

A satisfação com as relações familiares reflete a força da ligação emocional estabelecida entre os membros da família, sua capacidade de adaptação ao estresse e o compartilhamento do afeto, da estima e da gratificação (SANTOS; PAVARINI, 2011).

Inclui ainda, a 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 partilhado entre os membros familiares. Assim, conhecer a dinâmica de funcionamento do sistema familiar é parte essencial do cuidado integral ao idoso, nos diversos cenários de assistência à saúde (RABELO; NERI, 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, um centro de referência para o todo Estados do Maranhão. A referida unidade localiza-se no centro da cidade, próximo ao hospital universitário e a faculdade de medicina, possui uma estrutura nova para atender uma grande demanda de pacientes, com sala de espera e consultórios correspondentes com a demanda diária. Além disso, possui uma equipe socializada, composta por médicos endocrinologistas e enfermeiros especialistas no tratamento do diabetes mellitus.

4.3 População e amostra

A população da pesquisa é composta pelos idosos atendidos no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Presidente Dutra. A amostra é do tipo não probabilística e de conveniência, foi composta independente do sexo, etnia, escolaridade e estado civil, residentes em São Luís do Maranhão ou não e que se enquadraram nos critérios de inclusão, totalizando 186 idosos.

Critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 60 anos, obter pontuação superior ao ponto de corte, de acordo com o nível de escolaridade, conforme a indicação do Ministério da Saúde, na aplicação da testagem cognitiva do Mini Exame do Estado Mental (MEEM): mínimo de 19 pontos para analfabetos, de 23 para média e baixa escolaridade, e 27 pontos para alta escolaridade. Ter diagnóstico comprovado de Diabetes mellitus tipo 2 há pelo menos um ano e possui pelo menos um familiar vivo.

Critérios de exclusão: os idosos com diagnósticos prévios de doenças ou déficits físicos e mentais graves que impedissem a participação nas etapas de entrevista.

4.4 Instrumentos e Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 15 de junho a 28 de novembro de 2017. Durante esse período foram realizadas visitas de segunda a quinta-feira, geralmente, no

período da manhã, horário convencional do atendimento aos pacientes com diabetes no ambulatório selecionado.

Os participantes foram abordados pela pesquisadora e questionados sobre sua idade, problemas de saúde e interesse em participar da pesquisa, mediante explicação dos objetivos e método de participação da mesma.

Após confirmação dos critérios de inclusão, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde os idosos foram apresentados novamente aos objetivos da pesquisa, além dos benefícios e potenciais riscos da mesma. Para devida participação os idosos preencheram o TCLE, iniciando assim a coleta com os instrumentos.

Iniciou-se, primeiramente, pela aplicação do Mini Exame do Estado Mental (ANEXO A) para garantir que os idosos não possuíssem nenhum déficit cognitivo que pudesse interferir no resultado da pesquisa. A função cognitiva no idoso pode ser avaliada por vários meios, sendo o MEEM, medida amplamente utilizada em todo o mundo no rastreamento de capacidades cognitivas de idosos, permite que a escala seja empregada em indivíduos com declínio cognitivo, além de monitorar disfunções cognitivas associadas a outras doenças, bem como mudanças sutis, mas não diagnosticadas com demência (GUEDES et. al, 2013).

Em seguida foi respondido o roteiro sistematizado elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A), considerando variáveis sociodemográficas, econômicas, hábitos de vida e perfil clínico, seguido da aplicação do APGAR de família (ANEXO B), desenvolvido em 1978, por G. Smilkstein, tendo sido traduzido, adaptado e validado para o contexto brasileiro por Duarte, em 2001 (PAIVA, 2011).

É um instrumento composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família, independentemente da fase do ciclo de vida dos seus membros, em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva (SANTOS; PAVARINI, 2012).

Cada questão permite três tipos de resposta: “QUASE SEMPRE”, “ALGUMAS VEZES” e “QUASE NUNCA”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respectivamente. O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos. O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar:

- de 7 a 10 pontos sugere uma família altamente funcional.
- de 4 a 6 pontos sugere uma família com disfunção leve.
- de 0 a 3 pontos sugere uma família com disfunção severa.

Neste questionário entendeu-se como família o (s) indivíduo (s) com quem a pessoa habitualmente vive. No caso de viver só, considera-se família todos aqueles com quem mantém laços afetivos mais intensos. Embora a validade e credibilidade deste método já tenham sido estudadas, temos de ter presente que ele só avalia o grau de satisfação familiar que o indivíduo admite e verbaliza.

4.5 Análise de dados

Os dados coletados foram codificados, organizados e analisados no programa Microsoft Excel 2016, sendo submetido a dupla conferência para garantir a confiabilidade dos resultados. Os resultados obtidos foram descritos sob forma de percentual simples e apresentados em forma de tabelas, gráficos e na linguagem descritiva.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa intitulado “Diabetes Mellitus: avaliação do conhecimento” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão comparecer nº 1.874.997 (ANEXO C).

Segundo as recomendações éticas do Ministério da Saúde na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, é necessário contar com o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou representante legal e que este seja esclarecidos sobre os procedimentos adotados durante a pesquisa, além dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios (BRASIL, 2012).

Essa pesquisa obedece esta resolução, onde foi pedido a autorizações ao pesquisado ou responsável através do Termo Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) pela Plataforma Brasil para utilização dos dados dos participantes nessa pesquisa bem como a divulgação dos resultados. O avaliado ou seu responsável foram orientados que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem que haja qualquer descontinuidade ou prejuízo a seu tratamento.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica e econômica

O estudo contou com uma amostra de 186 idosos, com idades ente 60 a 83 anos. Destes, 108 (58,06%) moravam na da Ilha de São Luís e 78 (41,94%) no interior do estado, 126 (67,74%) pertenciam ao sexo feminino e 60 (32,26%) ao sexo masculino. Segundo a tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo cidade e estado, sexo, faixa etária, cor ou raça, estado civil e anos de estudo. São Luís-MA, 2017.

Variáveis	Características	N	%
Cidade e Estado	São Luís/ MA	108	58,06
	Interior do Estado	78	41,94
Sexo	Feminino	126	67,74
	Masculino	60	32,26
Faixa Etária	60-69 anos	138	74,19
	70-79 anos	34	18,28
	Acima de 80 anos	14	7,53
Cor ou Raça	Parda	120	64,52
	Negra	40	21,51
	Branca	26	13,98
Estado Civil	Casado	82	44,09
	Viúvo	28	15,05
	Solteiro	48	25,81
	Divorciado	28	15,05
Anos de Estudo	1 a 3 anos	62	33,33
	4 a 7 anos	42	22,58
	Acima de 8 anos	60	32,26
	Sem escolaridade	22	11,83
Total		186	100,00

Como demonstra a Tabela 1, a faixa etária mais prevalente foi de 60 a 69 anos (74,19%), seguida de 70 a 79 anos (18,28%) e acima de 80 anos (7,53%). Em relação a cor ou raça houve predominância de idosos que se autodeclaram pardos, correspondendo a 64,52% da amostra.

Quanto ao estado civil dos entrevistados verificou-se que 82 (44,09%) eram casados, 48 (25,81%) solteiros, 28 (15,05%) viúvos, 28 (15,05%) divorciados. Com relação aos anos de estudo, observou-se um baixo grau de instrução dos idosos, uma vez que 55,91% tinham escolaridade menor que oito anos, 11,83% não tinham estudo e, apenas 32,26% possuíam mais de 8 anos de estudo.

Em relação aos dados econômicos dos idosos, a ocupação atual mais prevalente foi de aposentados (70,97%), com de 1 a 3 salários mínimos (62,37%) de renda familiar, quanto a origem da renda individual dos idosos entrevistados, 70,97% advinha de

aposentadoria, 13,98% possuíam trabalho remunerado. Além disso, 68 (36,56%) dos entrevistados realizavam outras atividades para complementar a renda e 18 (66,67%) eram os únicos que contribuíam para a renda familiar. Como mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo ocupação atual, renda familiar, contribuição na renda familiar e atividades para complementar a renda. São Luís-MA, 2017.

Variáveis	Características	N	%
Ocupação Atual	Não trabalha	14	7,53
	Exerce trabalho remunerado	26	13,98
	Exerce não trabalho remunerado	14	7,53
Renda Familiar	Aposentado	132	70,97
	Até 1 salário	44	23,66
	1 a 3 salários	116	62,37
	4 a 6 salários	18	9,68
	Acima de 6 salários	2	1,08
Contribuição na Renda Familiar	Não soube responder	6	3,23
	Somente o idoso	124	66,67
	Todos da família	22	11,83
	De 1 a 3 pessoas	22	11,83
	De 4 a 6 pessoas	8	4,30
	Não soube responder	10	5,38
Atividades para Complementar a Renda	Sim	68	36,56
	Não	118	63,44
Total		186	100,00

5.2 Perfil clínico e Hábitos de vida

No que diz respeito ao perfil clínico, 100% dos idosos entrevistados possuíam diabetes mellitus e 166 (89,25%) portavam outra condição crônica. Quanto ao tempo de diagnóstico do diabetes mellitus 90 (48,39%) apresentavam a doença há mais de dez anos.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo Diabetes Mellitus, outra condição crônica, tempo de diagnóstico de DM. São Luís-MA, 2017.

Variáveis	Características	N	%
Diabetes Mellitus	Sim	186	100
	Não	0	0
Outra condição crônica	Sim	166	89,25
	Não	20	10,75
Tempo de diagnóstico do DM	Há menos de 1 ano	10	5,38
	De 1 a 4 anos	38	20,43
	De 5 a 10 anos	48	25,81
	Há mais de 10 anos	90	48,39
Total		186	100,00

Como mostra a tabela 3, 120 (64,52%) dos idosos pesquisados realizavam o tratamento do Diabetes Mellitus apenas com medicamentoso, 46 (24,73%) realizavam tratamento medicamentoso associado a mudanças no estilo de vida e 18 (9,68%) relatam fazer uso do tratamento medicamentoso e insulinoaterapia.

As complicações do diabetes mellitus estão presentes no relato de 90 (48,49%) dos idosos, que afirmaram ter alguma complicação decorrente da doença e 40,86% já foram internados ou submetidos a procedimentos cirúrgicos em consequência da mesma. Como demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos de acordo com o tratamento de DM, complicações do DM, internações ou cirurgias decorrentes do DM. São Luís-MA, 2017.

Variáveis	Características	N	%
Tratamento de DM	Somente medicamentoso	120	64,52
	Medicamentoso e mudança no estilo de vida	46	24,73
	Somente insulinoaterapia	2	1,08
	Medicamentoso e insulinoaterapia	18	9,68
Complicações do DM	Sim	90	48,39
	Não	96	51,61
Internações ou Cirurgias Decorrentes do DM	Sim	76	40,86
	Não	110	59,14
Total		186	100,00

Conforme a tabela 5, a maioria dos entrevistados não refere fazer uso de algum tipo de tabaco (93,55%), nem de bebidas alcoólicas (79,57%). No que se refere a prática de atividade física, prevaleceu os idosos sedentários, constituindo 69,89% (N=130), apenas 56 (30,11%) praticavam exercício físico no mínimo três vezes durante a semana.

Tabela 5 – Distribuição dos idosos segundo os hábitos de vida, tabagismo, elitismo e pratica de exercício físico. São Luís-MA, 2017.

Variáveis	Características	N	%
Tabagismo	Não	174	93,55
	Sim	12	6,45
Elitista	Não	148	79,57
	Sim	38	20,43
Prática Exercícios Físicos	Não	130	69,89
	Sim	56	30,11
Total		186	100,00

5.3 Arranjo e funcionalidade familiar

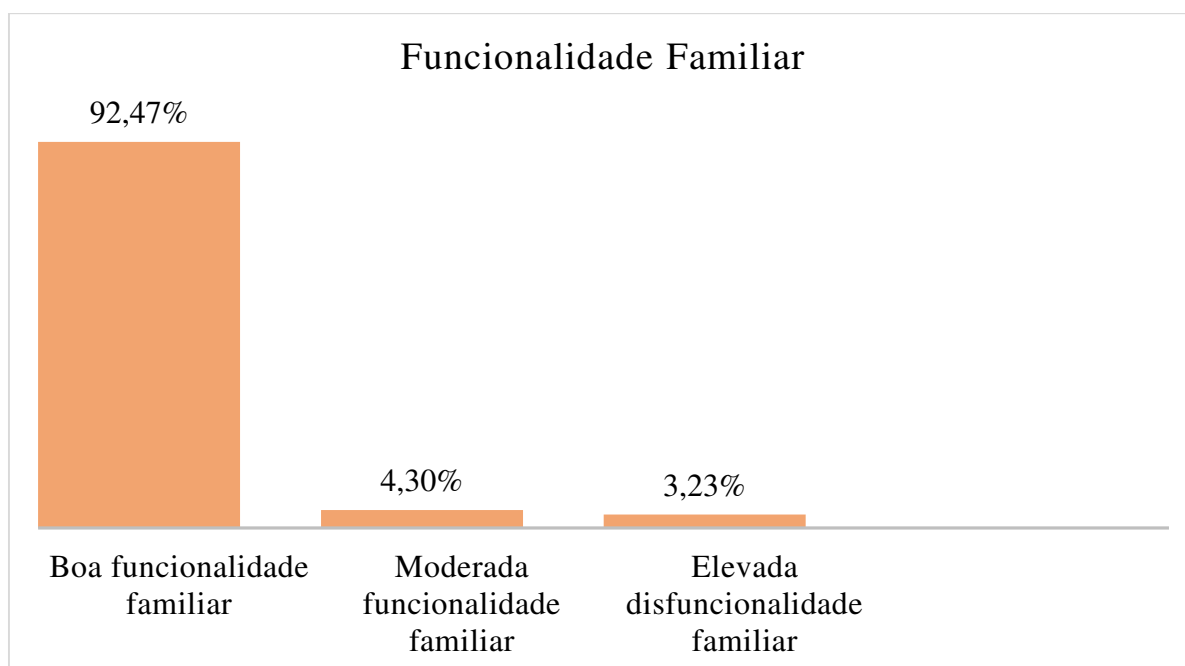
Nos arranjos familiares dos idosos entrevistados, a maior prevalência foi de cônjuge e filhos (25,81%), seguida de arranjos trigeracionais 34 (18,28%), sozinho 32 (17,20%), sozinho com filhos e parentes 32 (17,20%), sozinho com o cônjuge 26 (13,98%) e, cônjuge e parentes 14 (7,53%). De acordo com a tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos idosos segundo arranjo familiar. São Luís-MA, 2017.

Variável	Características	N	%
Arranjo familiar	Sozinho	32	17,20
	Sozinho com o cônjuge	26	13,98
	Cônjuge e filhos	48	25,81
	Arranjos trigeracionais	34	18,28
	Sozinho com filhos e parentes	32	17,20
	Cônjuge e Parentes	14	7,53
Total		186	100,00

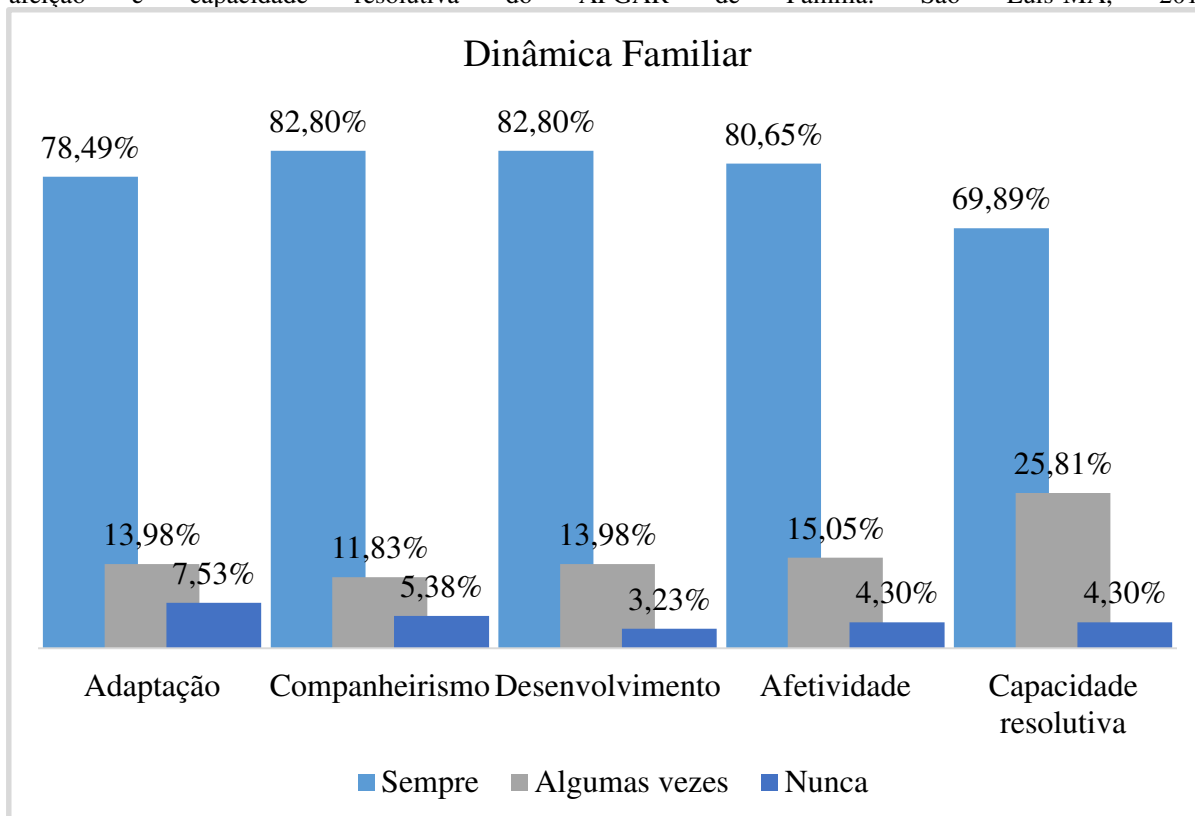
Conforme a figura 1, em relação à funcionalidade familiar relatada pelos idosos entrevistados, verificou-se que 172 (92,47%) deles consideravam suas famílias funcionais. A disfunção familiar foi relatada por 14 (7,53%) idosos. Destes, 8 (4,30%) apontaram disfunção moderada e 6 (3,23%) elevada disfunção familiar.

Figura 1 – Dispõem sobre a Funcionalidade Familiar dos idosos. São Luís-MA, 2017.



A figura 2 representa a satisfação dos idosos quanto cada um dos cinco componentes avaliados no APGAR de Família.

Figura 2 – Dinâmica familiar dos idosos segundo os componentes adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afeição e capacidade resolutiva do APGAR de Família. São Luís-MA, 2017.



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, 146 (78,49%) dos idosos relataram que sempre podiam recorrer à sua família em busca de ajuda, 26 (13,98%) responderam algumas vezes e 14 (7,53%) 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 154 (82,80%) dos entrevistados estavam satisfeitos com o compartilhamento de problemas entre os familiares, 22 (11,83%) algumas vezes e 10 (5,38%) 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, 154 (82,80%) dos participantes demonstraram satisfação, 26 (13,98%) responderam

algumas vezes e 6 (3,23%) dos idosos 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, 150 (80,65%) dos idosos estavam sempre satisfeitos, 28 (15,05%) algumas vezes e 8 (4,30%) 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 130 (69,89%) dos idosos estavam sempre satisfeitos com o tempo que compartilhavam com as suas famílias, 48 (25,81%) algumas vezes sentiam satisfação e 8 (4,30%) nunca estavam satisfeitos.

6 DISCUSSÃO

A contribuição da família é decisiva para uma velhice bem-sucedida, uma vez que, é a ela atribuída a maior responsabilidade pelo atendimento das demandas do idoso. Por isso, conhecer a família do idoso é fornecer subsídios para assistência de qualidade e um envelhecimento ativo (PAIVA et. al, 2011).

Verificou-se nesse estudo uma maior frequência de idosos do sexo feminino 67,74%, o que condiz com os resultados da Síntese de Indicadores Sociais de 2016 que revelam uma feminização do envelhecimento (BRASIL, 2016).

A predominância de idosos do sexo feminino tem sido atribuída à menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, que tendem a gerar doenças e incapacidades e, por último, uma maior cobertura de assistência ginecológica e obstétrica (REIS et. al, 2013).

Quanto a faixa etária, verificou-se a predominância de idosos com idade entre 60 a 69 anos, o que correspondeu a 74,19%, este achado encontra-se em consonância com os padrões brasileiros, como demonstra o relatório de Síntese de Indicadores Sociais de 2015, em que as pessoas entre 60 e 69 anos possuem maior representatividade dentro do segmento idoso (BRASIL, 2015).

Em relação a cor ou raça houve predominância de idosos que se autodeclararam pardos, correspondendo a 64,52% da amostra. Segundo a Síntese de Indicadores Sociais de 2016 a população preta e parda passou a ser considerada maioria no Brasil, em especial nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2016).

Porém os brancos têm maior proporção entre os idosos maiores de 65 anos e, principalmente, maiores de 80 anos de idade. Isso está relacionado às diferenças de condições de vida e acesso a cuidados de saúde, bem como à participação desigual na distribuição de renda (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014).

Sobre o estado conjugal, observou-se que 44,08% dos idosos eram casados. Quanto ao nível de escolaridade constatou-se um baixo grau de instrução dos idosos, uma vez que 55,91% tinham escolaridade menor que oito anos e 11,83% não eram alfabetizados.

Essa realidade pode ser explicada em virtude de que àqueles que têm 60 anos ou 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 a estas, a responsabilidade de apenas

cuidar dos filhos e das tarefas domésticas (ALVES et. al, 2013).

Assim a amostra desse estudo se caracteriza por ser de maioria feminina, parda, entre 60 a 69 anos, casada e com baixo nível de escolaridade. No estudo de Silva et. al. (2013) realizado no estado da Bahia com 60 idosos, também houve predomínio do sexo feminino, de idosos casados, com idade entre 60 a 69 anos e 83,3% eram analfabetos.

Semelhante perfil foi encontrado na pesquisa de Santos e Pavarani (2011) realizado no interior paulista com 88 idosos, houve predomínio do sexo feminino (65%), de idosos casados ou que viviam com companheiro (45%), em relação à escolaridade, observou-se uma significativa porcentagem de idosos analfabetos (41%), seguidos de 38% com ensino fundamental incompleto, o que corresponde com o encontrado nesse estudo. Porém houve predomínio discreto da faixa etária de 80 anos e mais (26%).

Isso se evidencia pelas características de cada região, onde no Sul e Sudeste possuem uma maior porcentagem de brancos em relação a população Norte e Nordeste, refletindo assim na longevidade e aspectos relacionados a saúde de sua população (BRASIL, 2016).

Quanto a renda familiar dos idosos dessa pesquisa, a ocupação atual mais prevalente foi de aposentados (70,97%), além disso, 62,37% possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e 66,67% eram os únicos que contribuía para a renda familiar. Sendo que, 36,56% realizavam outras atividades para complementar a renda.

Para muitos aposentados, a necessidade de manter-se no mercado laboral pode estar relacionada à insuficiência da renda para cobrir as despesas do dia a dia, agravada pelo descuido com a saúde em certas atividades, especialmente àquelas com prolongadas e cansativas jornadas de trabalho (GEIB, 2012).

Além disso, 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 (SILVA et. al, 2013).

No estudo de Rabelo e Neri (2016) realizado no estado da Bahia com 134 idosos, os arranjos familiares predominantes foram de idosos com descendentes e idosos com cônjuge e descendentes, sendo 41,0% e 23,9%, respectivamente. Quanto a renda, 49,3% eram os responsáveis pela renda total da família.

Enquanto que na pesquisa de Silva (2013), em relação à renda familiar, 50% das famílias dos idosos vivem com até 1 salário mínimo e a mesma porcentagem se mantêm com mais de 1 salário mínimo. A fonte de renda constitui-se, basicamente, de pensões ou

aposentadorias, sendo na maioria das vezes a única fonte de renda de toda a família.

Em outro estudo, de Souza et. al. (2014) realizado em Mato Grosso do Sul com 374 idosos, em que 49,8% residia com familiares, em geral de uma a três pessoas, a renda per capita era de meio a um salário mínimo em 51,9% dos casos e 56,3% viviam com menos de um salário mínimo.

Com isso, o arranjo familiar está diretamente relacionado ao poder aquisitivo de seus membros, não somente, aos laços afetivos ou a dependência de um membro. Os estudos citados, atestam quem em muitos dos casos avaliados, aquele que supostamente era considerado frágil pela idade e condições de saúde, é quem mantém financeiramente a família.

Quanto as características clínicas evidenciadas no presente estudo, todos os idosos entrevistados possuíam diabetes mellitus e 89,25% portavam outra condição crônica. Isso está associado ao processo de envelhecimento, onde ocorre alterações funcionais que são próprias de terceira idade, o que ocasiona maior predisposição ao surgimento de condições crônicas (SILVA et. al, 2015).

Já no estudo de Polaro et. al. (2013) realizado no estado do Pará com 110 idosos, onde foi constatada prevalência de afecções crônicas, composta por, 65,45% de hipertensão arterial e 13,6% por diabetes mellitus, o que constitui em panorama epidemiológico comum à essa população envelhecida.

Nesse estudo, em relação ao tempo de diagnóstico do diabetes mellitus 48,39% apresentavam a doença há mais de dez anos, a mesma porcentagem de idosos possuíam complicações do diabetes mellitus e 40,86% já foram internados ou submetidos a procedimentos cirúrgicos em consequência da mesma.

A associação entre duração da doença com a presença das complicações do diabetes se relacionam, sendo que, quanto maior o tempo de doença, maior é a possibilidade de aparecimento de complicações passíveis internações hospitalares (CORTEZ et. al, 2015).

No diabetes mellitus, o aparecimento de complicações se agrava nas pessoas que não realizam as atividades de autocuidado relacionadas à alimentação correta, atividade física e ao uso adequado dos medicamentos quando necessários (ADA, 2017).

Em relação ao tratamento do DM, 64,52% dos idosos pesquisados realizavam apenas tratamento medicamentoso e, 24,73% realizavam tratamento medicamentoso associado a mudanças no estilo de vida.

Dessa forma, prevaleceu o sedentarismo nos idosos entrevistados, com apenas 30,11% que praticavam exercício físico no mínimo três vezes durante a semana. Quanto ao

uso de tabaco e álcool, 6,45% e 20,43%, respectivamente, relataram consumo frequente.

O controle do diabetes mellitus tipo 2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, que envolve principalmente uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, associado ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

O suporte da família, como parte do contexto familiar, também é apontado como significativamente, associado aos comportamentos relacionados ao autocuidado no diabetes, sejam eles a dieta, o exercício ou a adesão ao tratamento medicamentoso (SANTOS, 2014).

As mudanças demográficas têm produzido forte impacto nas famílias brasileiras, tanto do ponto de vista econômico quanto emocional, essas modificações podem influenciar a maneira como dão suporte aos 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 (SOUZA et. al, 2014).

Nesse estudo, 25,81% dos idosos residiam com cônjuge e filhos, seguidos de 18,28% de arranjos trigeracionais, 17,20% viviam sozinhos, a mesma porcentagem dos que moravam sozinhos, mas com filhos e parentes.

Na pesquisa de Paiva et. al. (2011) das pessoas que residem com os idosos entrevistados 11,7% eram cônjuges, 41,3% eram de filhos, 26,6% eram netos e 20,4% de outros parentes e amigos dos idosos.

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, os idosos continuam participando significativamente do orçamento doméstico, sobretudo as mulheres (PORCIÚNCULA et. al, 2014).

A percepção dos idosos sobre o funcionamento familiar diz respeito à avaliação que fazem sobre a qualidade das relações, sobre o grau de eficácia exibida pela família no atendimento de suas necessidades e, sobre o grau em que as relações familiares correspondem às suas expectativas. A satisfação dos idosos com relação ao funcionamento da família associa-se de forma robusta com a percepção de coesão e de conforto emocional que derivam de suas relações com pessoas que lhes são significativas, nesse contexto (SILVA et. al, 2014).

Os dados revelaram índice de famílias funcionais (92,47%) em sobreposição as famílias moderadamente disfuncionais (4,30%) e elevada disfunção familiar (3,23%). Significando que a maioria dos idosos está satisfeita com o atendimento de suas demandas

pela família nas dimensões avaliadas.

O que difere do estudo de Santos et. al. (2012), onde apenas quatro indivíduos consideram suas famílias como funcionais e os demais as consideram disfuncionais, seja de forma moderada (cinco) ou severa (três).

O sistema familiar funcional é aquele no qual seus membros respondem aos conflitos e situações críticas visando estabilidade emocional, possuem capacidade de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo (SANTOS et. al, 2012).

No sistema familiar disfuncional não existe um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros, onde se prioriza os interesses particulares em detrimento do grupo e não assumi seus papéis dentro do sistema. Com frequência são observados vínculos afetivos superficiais e instáveis e alto grau de agressividade e hostilidade entre seus membros (PAIVA, 2011).

A disfuncionalidade das famílias pode ser explicada à luz das constantes transformações da sociedade brasileira, que tem ocasionado mudanças na estrutura das famílias. Tais mudanças, têm forte impacto nas relações familiares, tanto do ponto de vista emocional quanto financeiro, e influenciam a forma como cuidam dos idosos (SOUZA et. al, 2014).

Na pesquisa de Paiva et. al., (2011) realizado no estado do Ceará com 80 idosos, 8,8% apresentaram elevada disfunção familiar, 7,5% moderada disfunção familiar e 83,7% com boa funcionalidade familiar. A percepção de que há pessoas disponíveis para ajudar no dia a dia, em tempos de crise e de necessidades especiais afeta positivamente a saúde física e mental dos idosos (BATISTONI et. al, 2013).

No presente estudo, o que se refere à componente adaptação 78,49% dos idosos relataram que sempre podiam recorrer à sua família em busca de ajuda, 13,98% responderam algumas vezes e 7,53% nunca podiam recorrer à família. Ele representa a satisfação do idoso com relação à assistência recebida quanto a recursos familiares.

O componente companheirismo que compreende a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas apresentou 82,80% de satisfação com o compartilhamento de problemas entre os familiares.

Assim como o componente desenvolvimento, onde 82,80% dos participantes demonstraram satisfação com a maneira pela qual a família aceita e apoia os desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções, ou seja, representa a satisfação do idoso com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papeis e

para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional.

No quarto componente, afetividade, indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Onde, nessa pesquisa, 80,65% dos idosos estavam sempre satisfeitos, 15,05% algumas vezes e 4,30% nunca estavam satisfeitos com a maneira pela qual a família demonstra afeição e reage às emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.

A última questão do APGAR de Família referente a capacidade resolutiva, representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles, sendo que 69,89% dos idosos estavam sempre satisfeitos com o tempo que compartilhavam com as suas famílias, 25,81% algumas vezes sentiam satisfação e 4,30% nunca estavam satisfeitos. Componente com o menor índice de satisfação.

Em outro estudo dos autores Santos e Pavarini (2015), também realizado na Bahia com 134 idosos, relataram satisfação com os relacionamentos familiares quanto à adaptação (81,3%), ao companheirismo (82,8%), ao desenvolvimento (81,3%), à afetividade (80,6%) e à capacidade resolutiva da família (84,3%), indicando que a grande maioria (85,8%) percebia boa funcionalidade de sua família, o que demonstra a presente pesquisa.

Em um universo menor, os dados tenderam a divergir. No estudo de Paiva et. al. (2011) a satisfação com os relacionamentos familiares quanto à adaptação (66,3%), ao companheirismo (71,3%), ao desenvolvimento (76,3%), à afetividade (66%) e à capacidade resolutiva da família (77,5%), com 8,8% de elevada disfunção familiar; 7,5% com moderada disfunção familiar e 83,7% com boa funcionalidade familiar.

Apesar da boa funcionalidade apresentada no estudo de Paiva, os componentes do APGAR de família não apresentaram índices de satisfação tão elevados, em relação ao presente estudo, em que o índice de satisfação com a família está acima de 69% em todos os componentes.

Assim, a família que apoia seus membros em situação de doença compreende as modificações relacionadas à condição e torna-se permeável aos ajustes necessários para garantir o suporte a seus familiares, facilitando a adesão ao tratamento, recuperação e melhora de sua saúde, gerando condições para uma maior eficácia adaptativa. A literatura aponta que o apoio dos familiares é um requisito fundamental para que o paciente diabético consiga alcançar o auto manejo de sua doença junto a seus familiares (SANTOS, 2014).

7 CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que as características encontradas não divergem significativamente da literatura, quanto aos aspectos sociodemográficos e condições de saúde. A população idosa atendida pelo ambulatório pesquisado é predominante feminina, mora com cônjuge, filhos e netos, possui baixa escolaridade e renda. Além disso, apresenta problemas de saúde, muitas vezes acompanhada de complicações do diabetes mellitus, associados a condições socioeconômicas e hábitos de vida desfavoráveis.

Quanto a funcionalidade familiar, os idosos apresentaram na sua maioria famílias funcionais, podendo-se concluir que essas famílias podem ser fonte recurso psicossocial, sendo capazes de absorver e lidar com situações de crise.

O estudo apresenta algumas limitações a serem superadas em investigações posteriores. Essas limitações dizem respeito ao fato do estudo ter sido desenvolvido apenas em uma unidade e em um período curto, onde o contato com o idoso entrevistado foi o primeiro e de forma breve, não obtendo assim, um vínculo de confiança para o melhor aproveitamento das questões familiares.

O Apgar de Família demonstrou ser um instrumento adequado para avaliar a funcionalidade familiar de idosos com diabetes mellitus. Nessa perspectiva, considera-se esta investigação como um despertar para as questões ligadas à realidade dos idosos e suas famílias, como um ponto de reflexão para entender melhor a problemática vivenciada por essa população. Proporcionando um cuidado gerontológico adequado e planejado, que vise melhorar qualidade de vida do idoso e com menor ônus para a família, mantendo o equilíbrio do sistema familiar.

REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes-2017. **Diabetes Care**, [s.l.], v. 40, n. 1, p.01-135, jan. 2017.
- ALVES, M. et. al. Social support network to older people with depressive symptoms in a municipality of northeast in brazil. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.3667-3676, 1 abr. 2013. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.
- BATISTONI, S. S. T. et. al. Arranjos domiciliares, suporte social, expectativa de cuidado e fragilidade. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. **In: Neri AL**, organizadora. Campinas. p. 267-82. 2013.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n° 36. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em >http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html<. Acesso em: 12 fev. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília. 2006.

CORTEZ, D. N. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paul Enferm**, Belo Horizonte, v. 3, n. 28, p.250-255, nov. 2015.

CUBAS, M. R. et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 26, n. 3, p. 647-655, jul./set. 2013.

ENGELS, F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Tradução de Ruth M. Klaus: 3ª. **Centauro Editora**, São Paulo, 2006.

FILHO A. C. A. A., et al. Perfil epidemiológico de diabetes mellitus no Nordeste estado brasileiro. *Rev Fund Care Online*. 2017 jul / set; 9 (3): 641-647.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.123-133, jan. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Dec. 2017.

MACEDO, A. M. L. et. al. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 358-363, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 dez. 2016.

MARINHO, N. et. al. Diabetes mellitus: fatores associados entre usuários da estratégia saúde da família. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.25, n. 4, jul. 2012.

MOORADIAN, A.D.; CHEHADE J. M. Diabetes Mellitus in older adults. **Am J Ther**. 2012; 19(2): 145-59.

MOURA, E. C. et. al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. **Cad. Saúde Pública**, 27(3):486-496, Rio de Janeiro, mar. 2011.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Avaliação das Relações Familiares por Idosos com Diferentes Condições Sociodemograficas e de Saúde. **Psico-USF**, Itatiba, v. 21, n. 3, p. 663-675, Dec. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712016000300663&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Sept. 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 , v. 18, n. 3, p. 507-519, Sept. 2015. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232015000300507&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Jan. 2017.

RAMOS, R. S. P. S. et. al. Factors associated with diabetes among the elderly receiving care at a specialized gerontology-geriatric outpatient clinic. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.363-373, May, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232017000300363&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Dec. 2017.

RAMOS, L. R.; CENDOROGIO, M. C. Guia de geriatria e gerontologia. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM.2. ed. Barueri: **Manole Ltda**, p.420. 2011.

REIS, L. A. et. al. Perfil sociodemográfico e de saúde do idoso em instituição de longa permanência para idosos em Vitória da Conquista/Ba. **Interscientia**, João Pessoa, v. 1, n. 3, p.50-59, set. 2013.

SANTANA, V. C.; OLIVEIRA, D. C.; MEIRA, T. A. V. Nuevas configuraciones familiares: un breve análisis. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 17, n. 177, p.115-123, fev. 2013.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. **Rev. esc. enferm. USP.** vol.46 no.5 São Paulo out. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 dez. 2016.

SANTOS, A. L., et al. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n.4, p. 879-886, out./dez. 2012. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71425249019.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2017.

SANTOS, T. P. Suporte familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus em uma cidade do interior da Bahia. **InterScientia**, João Pessoa, v.2, n.2, p.16-24, maio/ago. 2014. Disponível em:< <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/68/65>>. Acesso em: 8 nov. 2017.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) 2015-2016. Adolfo Milech. et. al.; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SCOTT, P. Gerações e famílias: Polissemia, mudanças históricas e mobilidade. **Soc. estado.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 251-284, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269922010000200006&lng=en>

&nrm=iso>. access on 13 Dec. 2017.

SILVA, J. V. F. et. al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Ciências Biológicas e da Saúde**. Maceió. v. 2, n.3, p. 91-100, maio 2015.

SILVA, M. J. et al. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 527-532, Sept. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300527&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Sept. 2017.

SILVA, D. M. et. al. Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 9, n. 7, p.5550-5556, set. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13673/16563>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

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.

SILVEIRA, E. A. et. al. Obesity and its Association with Food Consumption, Diabetes Mellitus, and Acute Myocardial Infarction in the Elderly. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 6, p. 509-517, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2016004500509&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 mar. 2017.

SILVEIRA, C. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, 11 out. 2012. Disponível em <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.39926&seo=1>>. Acesso em 13 dez. 2017.

SOUZA, R. A. et. al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 48, n. 3, p.469-476, jun. 2014.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; THOMAZ, E. B. A. F.; SILVA, R. A. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1438-1452, Jul. 2014.

PAIVA, A. T. G. et. al. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 16, n. 1, mar. 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21107/13933>>. Acesso em: 28 set. 2017.

PASQUALOTTO, K. R.; ALBERTON, D.; FRIGERI, H. R. Diabetes mellitus e complicações. **Journal Biotechnology and Biodiversity**, v. 3, n. 4, p. 134-145, nov. 2012. Disponível em: < <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/JBB/article/view/385/267>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

PALMEIRA C. S.; PINTO S. R. Perfil epidemiológico de pacientes com diabetes mellitus em Salvador, Bahia, Brasil (2002-2012). **Rev. baiana enferm.** v.29 n.3 p.240-249, 2015.

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

VERA, I. et. al. Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n. 1, p. 68-75, fev. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000100068&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 dez.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28 n.10 p.1834-1840, out. 2012.

TORRES G.V. et. al. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Rev Baiana de Saúde Pública.** v.34, n.1, p.19-30, 2010.

ANEXO

ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Data da Avaliação: ___/___/___ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

(1 ponto para cada acerto):

Dia da Semana

Dia do mês

Mês

Ano

Hora Aproximada

Local Específico (apartamento ou setor)

Instituição (residência, hospital, clínica)

Bairro ou Rua próxima

Cidade

Estado

MEMÓRIA IMEDIATA

Fale 3 palavras não correlacionadas.

Posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3 palavras. Dê um ponto para cada resposta correta:

Ex: gelo, planta, tigela.

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

(1 ponto para cada acerto)

100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, sucessivos, 5 vezes sucessivamente

(alternativamente soletrar MUNDO de trás para a frente)

EVOCAÇÃO

Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra):

LINGUAGEM

Nomear um objeto, ex.: relógio e uma caneta (2 pontos)

Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)

Comando: Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos)

Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)

Escrever uma frase (1 ponto)

Copiar um desenho (1 ponto)



SCORE (___/ 30)



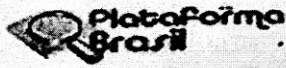
Pontos de corte – 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo; 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo; 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo; 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.

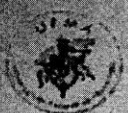


ANEXO B – APGAR FAMILIAR

A	Estou satisfeito (a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0

Pontuação: 7 a 10 pontos - altamente funcional; 4 a 6 pontos - moderadamente funcional; 0 a 3 pontos - severamente disfuncional.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

 	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/HU/UFMA											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP												
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA												
Título da Pesquisa: DIABETES MELLITUS: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO												
Pesquisador: Ana Hélia de Lima Sardinha												
Área Temática:												
Versão: 2												
CAAE: 35830314.2.0000.5086												
Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA												
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio												
DADOS DO PARECER												
Número do Parecer: 862.367												
Data da Relatoria: 17/10/2014												
Apresentação do Projeto:												
<p>As transformações dos perfis demográfico e epidemiológico da população brasileira têm levado a um aumento progressivo da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o diabetes mellitus (DM), que acomete principalmente a população idosa (OLIVEIRA et al., 2011). Objetivo: Avaliar o conhecimento dos pacientes com diabetes mellitus. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa realizado com pacientes diabéticos. Neste estudo serão incluídos os pacientes portadores de diabetes mellitus atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário - Unidade Presidente Dutra (HUUPD) este escolhido por atender um grande quantitativo de pacientes portadores de diabetes mellitus. Como critérios de inclusão têm-se: maiores de 18 anos de ambos os sexos com condições físicas mentais e espirituais para comunicar-se com o pesquisador e que consentirem em participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os dados serão coletados por meio de instrumentos direcionados aos pacientes através de entrevista, um dos instrumentos conterá os dados socioeconômicos e demográficos, e os demais são questionários fechados que compreendem a avaliação do conhecimento do diabetes mellitus. Os dados numéricos serão analisados no programa estatístico Epi INFO® versão 7.1.3, tendo como nível de significância de 95% e margem de erro tolerável de 5%, e no programa Microsoft Office Excel® 2007, apresentados por meio de tabelas e gráficos, em números absolutos e percentuais, e discutidos à luz da</p>												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227</td> <td>CEP: 65.020-070</td> </tr> <tr> <td>Bairro: CENTRO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: MA</td> <td>Município: SAO LUIS</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (98)2109-1250</td> <td>Fax: (98)2109-1223</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: cep@huufma.br</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070	Bairro: CENTRO		UF: MA	Município: SAO LUIS	Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1223		E-mail: cep@huufma.br
Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070											
Bairro: CENTRO												
UF: MA	Município: SAO LUIS											
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1223											
	E-mail: cep@huufma.br											
Página 01 de 03												

		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/HU/UFMA	
---	---	---	---

Continuação do Parecer: 862.367

temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
O protocolo cumpre com as exigências da Resolução CNS/MS nº 466/12 em relação aos Termos de Apresentação Obrigatória, folha de rosto; projeto de pesquisa; TCLE; orçamento e currículo dos pesquisadores.

Recomendações:
Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Protocolo atende os requisitos da Resolução CNS/MS nº 466/12.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
PROCOLO APROVADO por atender aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12).
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEP-HUUFMA 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, 07 de Novembro 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	

Página 03 de 03

ANEXO D – PARECER DO COLEGIADO DE CURSO




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM


PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:**FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA
2. **ALUNO:**Walana Érika Amâncio Sousa
3. **ORIENTADORA:**Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha
4. **INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA:**A introdução apresenta-se contextualizada, objetiva e pertinente com a temática.
5. **OBJETIVOS:**Explicita-se de forma clara o objetivo geral do estudo no que concerne avaliar a funcionalidade familiar de idosos com condições crônicas em um centro de referência em São Luís- Maranhão.
6. **PROCESSO METODOLÓGICO:**Apresenta descrição clara do tipo de estudo e metodologia proposta.
7. **CRONOGRAMA:**Sugere-se substituir o período de execução na forma numérica dos meses para a relação nominal.
8. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** Pertinente.
9. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:**Adequada.
10. **CONCLUSÃO DO PARECER:** O projeto de pesquisa atende aos requisitos fundamentais, sendo de parecer favorável à sua execução.

São Luís, 22 de maio de 2017.


Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ___/___/___.
- Aprovado “ad referendum” do Colegiado de Curso em 22 / 05 / 2017.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ___/___/___.


Profª Drª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem

APÊNDECE

APÊNDECE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E CLÍNICO

Prezado participante, este questionário tem por objetivo conhecer as variáveis sociodemográficas e clínica de idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos nesta unidade de saúde.

- Todos dos dados obtidos neste questionário serão confidenciais.
- Não precisa fornecer seu nome.

1. Qual a sua procedência?

Cidade:

Estado:

2. Sexo

(A) Feminino

(B) Masculino

3. Idade

(A) Entre 60 a 69 anos

(B) Entre 70 a 79 anos

(C) Acima de 80 anos

4. Como você se considera?

(A) Branco (a)

(B) Preto (a)

(C) Pardo (a)

(D) Amarelo (a)

(E) Indígena ou de origem indígena

5. Qual seu estado civil?

(A) Solteiro (a)

(B) Casado (a)

(C) União estável

(D) Divorciado (a) / separado (a)

(E) Viúvo (a)

6. Qual a sua escolaridade?

(A) Não estudou

(B) Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário) incompleto

- (C) Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário) completo
- (D) Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio) incompleto
- (E) Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio) completo
- (F) Ensino médio (antigo 2º grau) incompleto
- (G) Ensino médio (antigo 2º grau) completo
- (H) Ensino superior incompleto
- (I) Ensino superior completo

7. Qual a sua ocupação atual?

- (A) Não trabalha
- (B) Exerce trabalho remunerado
- (C) Exerce trabalho não remunerado / atividades do lar
- (D) Aposentado
- (E) Não sabe

8. Qual a renda total de sua família, incluindo seus rendimentos?

- (A) Menos de 1 salário mínimo.
- (B) De 1 a 1,5 salário mínimo (R\$ 937,00 a R\$ 1.405,50)
- (C) De 1,5 a 3 salários mínimos (R\$ 1.405,51 a R\$ 2.811,00)
- (D) De 3 a 4,5 salários mínimos (R\$ 2.811,01 a R\$ 4.216,50)
- (E) De 4,5 a 6 salários mínimos (R\$ 4.216,51 a R\$ 5.622,00)
- (F) De 6 a 10 salários mínimos (R\$ 5.622,01 a R\$ 9.370,00)
- (G) Acima de 10 salários mínimos (mais de R\$ 9.370,00)

9. Quantas pessoas contribuem para renda total?

- (A) Somente você
- (B) Todos da família
- (C) De 1 a 3 pessoas
- (D) De 3 a 6 pessoas
- (E) Ninguém

10. Você realiza alguma atividade extra para complementar a renda?

- (A) Não
- (B) Sim, qual?

11. Você possui, além do DM, outra condição/condições crônica (s) de saúde?

- (A) Sim, qual?
- (B) Não

12. Há quanto tempo foi diagnosticado com DM2?

- (A) Há mais de 10 anos

- (B) Há menos de 1 ano
- (C) Entre 1 a 5 anos
- (D) Entre 5 a 10 anos

13. Quais os tipos de tratamento você realiza?

- (A) Medicamentoso e mudança no estilo de vida
- (B) Somente medicamentoso
- (C) Somente insulinoterapia
- (D) Medicamentoso e insulinoterapia
- (E) Não realiza tratamento

14. Você já apresentou alguma complicação decorrente dessa (s) doença (s)?

- (A) Sim, qual?
- (B) Não

15. Já esteve internado ou fez cirurgia decorrente do DM?

- (A) Sim
- (B) Não

16. Você fuma?

- (A) Nunca fumou
- (B) Fuma, mas não regularmente
- (C) Fuma pelo menos 1 vez na semana.
- (D) Já fumou, mas parou.
- (E) Fuma atualmente

17. Você ingere bebida alcoólica com frequência?

- (A) Nunca bebeu
- (B) Já bebeu, mas parou
- (C) 1 vez por mês ou menos
- (D) 2-4 vezes por mês
- (E) 2-3 vezes por semana
- (F) Ou mais vezes por semana

18. Como melhor descreve seu arranjo familiar?

- (A) Sozinho
- (B) Com cônjuge e filhos
- (C) Com cônjuge, filhos e netos
- (D) Sozinho com filhos e parentes
- (E) Com cônjuge e outros parentes