

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

MARCELI SCHWENCK ALVES SILVA

**A FAMÍLIA FRENTE ÀS LIMITAÇÕES DO IDOSO NAS ATIVIDADES MAIS
COMPLEXAS DA VIDA DIÁRIA**

VITÓRIA-ES

2020

MARCELI SCHWENCK ALVES SILVA

**A FAMÍLIA FRENTE ÀS LIMITAÇÕES DO IDOSO NAS ATIVIDADES MAIS
COMPLEXAS DA VIDA DIÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Carrupt Machado
Sogame

Área de Concentração: Políticas de Saúde,
Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde,
Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA-ES

2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

EMESCAM – Biblioteca Central

Silva, Marceli Schwenck Alves.
S586f A família frente às limitações do idoso nas atividades mais complexas da vida diária / Marceli Schwenck Alves Silva.2020. 88 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Relações familiares. 2. Idosos. 3. Envelhecimento. 4. Família. 5. Enfermagem. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado.II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 305.26

MARCELI SCHWENCK ALVES SILVA

**A FAMÍLIA FRENTE ÀS LIMITAÇÕES DO IDOSO NAS ATIVIDADES MAIS
COMPLEXAS DA VIDA DIÁRIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 20 de maio de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Solange Rodrigues da Costa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof^a. Dr^a. Cíntia Mara de Oliveira Lobato Schuengue
Centro Universitário UNIFACIG Manhuaçu – Minas Gerais

Dedico este trabalho a Deus, a minha família, a todos os professores com quem pude aprender e aos que com seu apoio me incentivaram durante esta trajetória.

AGRADECIMENTOS

À Deus, supremo criador do universo o qual me sustentou durante a realização deste estudo e me fez prosseguir por acreditar em mim mais do que eu mesmo sempre acreditei.

Aos idosos e seus familiares fundamentais na realização deste trabalho, minha eterna gratidão e respeito.

A todos os meus familiares e em especial meu esposo Gustavo Henrique de Melo da Silva por todo apoio sendo um instrumento de Deus para que este sonho se tornasse real.

A toda equipe da EMESCAM por tão grande acolhimento e a todos os professores com quem muito aprendi ao longo desta caminhada.

Agradeço em especial a minha orientadora Prof^a. Dr^a. Luciana Carrupt Machado Sogame por cada orientação e cada exemplo que com certeza nunca poderei esquecer e vou seguir ao longo dos meus anos na docência, uma pessoa e profissional que me inspira a melhorar cada dia mais.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo geral discutir como as limitações nas atividades mais complexas da vida diária de idosos assistidos por uma Unidade da ESF de Manhuaçu, MG, afetam a funcionalidade familiar. Para tanto, foi realizado um estudo observacional, analítico e de corte transversal que priorizou como campo de estudo a Unidade São Vicente, localizada no município de Manhuaçu. Foi realizada a análise descritiva e inferencial dos dados utilizando-se para isso o Teste de Chi-quadrado ou Exato de Fisher e seus resíduos e verificação através da versão 25 do Statistical Package for the Social (SPSS). Ao realizar a entrevista com os idosos e seus familiares, verificou-se que 56% dos idosos não apresentavam limitações nas atividades mais complexas da vida diária e que 89,7% das famílias apresentavam uma ótima funcionalidade familiar. Ter idade superior a 80 anos, ser solteiro ou viúvo, não ter filhos, não ter aposentadoria, ou ser pensionista, bem como apresentar limitação nas atividades mais complexas da vida diária foram características observadas como associadas com a alteração da funcionalidade familiar. Foi possível observar que diversos fatores têm potencial para interferir na funcionalidade familiar e que vão muito além da vontade do próprio idoso e da família, constituindo-se em obstáculos que podem ser mais facilmente superados com assistência à saúde individual e familiar. Nesse sentido, ressalta-se a importância do atendimento direcionado aos idosos na Atenção Básica, visando ao envelhecimento ativo e saudável, no qual se incluam ações educativas para mudanças nos hábitos de vida e saúde, como abandono do tabagismo e etilismo, realização de atividade física e alimentação saudável, além do plano terapêutico individualizado que contemple, além do idoso, a família a qual pertence.

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

ABSTRACT

The present research has the general objective of discussing how the limitations in the more complex activities of daily life of the elderly assisted by an FHS Unit in Manhuaçu, MG, affect family functionality. To this end, an observational, analytical and cross-sectional study was carried out that prioritized the São Vicente Unit as a field of study, located in the municipality of Manhuaçu. Descriptive and inferential analysis of the data was performed using the Chi-square test or Fisher's Exact Test and its residues and verification through version 25 of the Statistical Package for the Social (SPSS). When conducting the interview with the elderly and their families, it was found that 56% of the elderly had no limitations in the most complex activities of daily life and that 89.7% of the families had an excellent family function. Being over 80 years old, being single or widowed, not having children, not having a pension, or being a pensioner, as well as being limited in the more complex activities of daily life were characteristics observed to be associated with changes in family functioning. It was possible to observe that several factors have the potential to interfere in family functionality and that go far beyond the will of the elderly and the family, constituting obstacles that can be more easily overcome with individual and family health care. In this sense, the importance of care directed to the elderly in Primary Care is emphasized, aiming at active and healthy aging, which includes educational actions for changes in life and health habits, such as smoking and alcohol consumption, physical activity and healthy eating, in addition to the individualized therapeutic plan that includes, in addition to the elderly, the family to which they belong.

Keywords: Elderly. Family relationships. Aging. Family. Nursing

LISTA DE SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
EFE	Entrevista Familiar Estruturada
ESF	Estratégias de Saúde da Família
FACES	Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale
FACES IV	Family Adaptability and Cohesion Evaluation ScaleIV
FAST	Teste Aperceptivo do Sistema Familiar
FES-Forma R	Family Enviroment Scale
GARF	Avaliação Global do Funcionamento Interacional
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MIF	Medida da Independência Funcional
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
QPFAF	Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional
RAS	Redes de Atenção a Sa
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
1.1 JUSTIFICATIVA.....	14
1.2 OBJETIVOS.....	15
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	17
2.1 TIPO DE PESQUISA.....	17
2.2 LOCAL.....	17
2.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	18
2.3.1 Cálculo Amostral.....	18
2.3.2 Critérios de Inclusão.....	19
2.3.3 Critérios de Exclusão.....	19
2.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	20
2.4.1 Perfil dos Idosos.....	21
2.4.2 Perfil Familiar.....	21
2.4.3 Escala de Lawton e Brody	21
2.4.4 Apgar de Família.....	22
2.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	23
2.5.1 Análise Descritiva.....	23
2.5.2 Análise Inferencial.....	23
2.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	24
3 CAPÍTULO 1 - O CUIDADO DO IDOSO DEPENDENTE E AS MUDANÇAS NO ARRANJO FAMILIAR.....	25
3.1 A AVALIAÇÃO DA DINÂMICA FAMILIAR.....	33
4 CAPÍTULO 2 - A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	39
4.1 A AVALIAÇÃO DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	40
4.2 UNIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (UESF) SÃO VICENTE: CONHECENDO O PERFIL DOS IDOSOS, SEUS FAMILIARES/CUIDADORES E OS FATORES ASSOCIADOS A FUNCIONALIDADE FAMILIAR	46
4.2.1 Perfil da família e cuidadores dos idosos assistidos pela ESF São Vicente.....	51

4.2.2 Condições sócio-econômicas e de Saúde associados a Funcionalidade Familiar de idosos assistidos pelo ESF São Vicente.....	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES	77
APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Idoso.....	78
APÊNDICE B-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Família.....	79
APÊNDICE C- Ficha de Coleta de Dados do Idoso.....	80
APÊNDICE D- Ficha de Coleta de Dados da Família.....	81
ANEXOS.....	82
ANEXO A - Escala de Lawton e Brody.....	83
ANEXO B - Apgar de Família.....	85
ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP.....	87

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento da população está ocorrendo em todas as regiões do mundo, em locais com vários níveis de desenvolvimento, porém, está progredindo mais rapidamente nos países em desenvolvimento, inclusive naqueles que também apresentam uma grande população jovem. Dos atuais quinze países com mais de dez milhões de idosos, sete são considerados em desenvolvimento (FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

A família, atualmente, é a principal fonte de suporte para essa população, a qual engloba principalmente aqueles com condições socioeconômicas desfavoráveis. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), relativos à projeção da população, apontam que o envelhecimento populacional no Brasil é uma realidade, e que em 2030 as pessoas com mais de 65 anos chegarão a um total de 13,54 % do total de brasileiros. Em Minas Gerais não será diferente, pois, de acordo com o mesmo órgão, em 2030, o número de pessoas com mais de 65 anos chegará a 15,24% da população total do estado.

Devido ao envelhecimento, ocorrem as alterações decorrentes da idade, aumentando o risco do desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes que afetam a capacidade funcional dos idosos, o que, muitas vezes, determina a perda da autonomia deles, levando-os a um certo grau de dependência dos cuidados prestados por terceiros ou pela família toda vez que precisam realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, o que acaba por interferir na qualidade de vida dessas pessoas (RAMOS, 2003; ANSAI; SERA, 2013).

Para avaliar a independência do idoso em atividades da vida diária, podem ser usados diferentes instrumentos, mas nesta pesquisa optou-se por utilizar a Escala criada por Lawton e Brody. Ela permite verificar a autonomia dessa parcela da população em atividades da vida diária, sendo estas: usar o telefone, preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar e passar as próprias roupas, administrar as finanças, tomar medicações em dose e horários corretos e ir a locais distantes (LAWTON; BRODY, 1969).

Diante das dificuldades impostas pelo envelhecimento e declínio da capacidade funcional de um de seus membros, a família pode ficar sobrecarregada, o que pode levar a pensamentos de internar o idoso em instituições geriátricas. Segundo Trelha et al. (2005) a exaustão familiar pode frequentemente acompanhar o declínio funcional desse membro da família.

A família ainda é a principal fonte de suporte para os idosos na ausência do Estado, principalmente em domicílios multigeracionais, onde normalmente coabita o idoso, o qual tende a ter condições sociais econômicas mais desfavorecidas, com mais problemas de saúde e conseqüentemente mais dependente no dia a dia. No entanto, a disponibilidade de suporte familiar para o idoso dependente deverá decair marcadamente em face da diminuição do tamanho da família, do aumento do número de pessoas atingindo idades avançadas e da crescente incorporação da mulher, principal cuidadora, à força de trabalho fora do domicílio, além das limitações financeiras para aderir aos múltiplos tratamentos necessários, geralmente em bases crônicas (RAMOS, 2003).

Diante desse cenário, os principais desafios a serem enfrentados pelos idosos e pelas famílias responsáveis por seus cuidados são decorrentes do declínio fisiológico normativo do envelhecimento, das limitações e dos riscos que afetam a saúde dos mais velhos, das mudanças em papéis sociais advindas do relativo afastamento dos idosos da vida social, das alterações nas relações entre as gerações e das alterações nas configurações e na funcionalidade familiar advindos desses processos em interação (RABELO; NERI, 2016).

A fim de avaliar a funcionalidade familiar, foi desenvolvido, em 1978, um instrumento denominado Apgar de Família (Family Apgar), por Smilkstein, tendo sido traduzido, adaptado e validado para nossa cultura. Esse mecanismo é composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva (SANTOS; PAVARINI, 2012).

Não é grande o número de pesquisas utilizando o Apgar de família com familiares e idosos, mas estudos têm sido realizados no Brasil. Um deles foi aplicado por Rabelo e Neri (2016) e avaliou as relações familiares de idosos com diferentes condições demográficas e de saúde; também um estudo realizado por Vera (2013), associando o Apgar de família às variáveis de exposição: saúde ruim/péssima, osteoporose e quedas; e, por fim, uma pesquisa desenvolvida por Santos e Pavarini (2012), a qual avaliou a funcionalidade familiar segundo a percepção dos cuidadores que lidam com idosos que possuem alterações cognitivas e que são moradores de diferentes contextos de vulnerabilidade social.

Com relação ao cuidado com o idoso, observa-se que a família, a sociedade e o Estado dividem esta responsabilidade. A lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, além de dispor sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso, que afirma em seu 3º artigo, inciso I, que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e o direito à vida (BRASIL, 1994).

A família e o Poder público também são citados no terceiro artigo da lei 10.741, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, como parte responsável por assegurar os direitos aos idosos:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, p. 8).

A família sozinha muitas vezes não consegue oferecer todo suporte necessário ao idoso, assim, o Estado, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tem como um dos objetivos auxiliar as famílias em suas dificuldades e tornar o ambiente familiar harmônico e funcional, assegurando o atendimento na prevenção e promoção da saúde, como determinava a política nacional da atenção Básica (PNAB) 2011, atualmente aprovada e revista pela Portaria nº 2.436 de 2017 (BRASIL, 2011, 2017).

A Unidade Básica de Saúde (UBS), porta de entrada preferencial para as Redes de Atenção a Saúde (RAS), acolhe os usuários e promove a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que este ponto de atenção deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2011).

A Atenção primária conceitua-se como sendo o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, fornecendo atenção para todas as condições com exceção das raras, coordenando ou integrando a atenção fornecida como um conjunto e funções que combinadas são exclusivas da Atenção Primária (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária à Saúde é a mais indicada para a gestora de processos terapêuticos da pessoa idosa, pois é nessa fase que se estabelece mais facilmente o acolhimento e acompanhamento permanente da saúde, além de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, quando necessário (HORTA *et al.*, 2014).

A Atenção Básica, considerada neste trabalho como sinônimo de Atenção Primária a Saúde, por intermédio do desenvolvimento de suas práticas e dos programas de saúde direcionados aos idosos, atua auxiliando as famílias no desenvolvimento de seu papel e também na redução das taxas de morbimortalidade, a fim de proporcionar o envelhecimento ativo e saudável desse público (BRASIL, 2007).

Os profissionais de saúde, especialmente os atuantes na atenção básica, precisam de uma instrumentalização sistematizada que os auxilie a direcionar seu olhar para além dos indivíduos, buscando compreender a funcionalidade familiar como um componente essencial do planejamento assistencial para o alcance do sucesso terapêutico (BRASIL, 2007), pois a família é um dos elementos centrais no cuidado do idoso. Dessa maneira, os profissionais que atuam no contexto da Unidade da ESF, e de forma singular o enfermeiro, devem estar atentos à funcionalidade familiar, de modo a planejar o cuidado direcionado às suas demandas (PAIVA *et al.*, 2011).

Sendo assim, optou-se por realizar o estudo em uma Unidade da ESF por ser esse o local onde os idosos e suas famílias, a partir das políticas públicas de atenção primária à saúde, são cuidados e onde as queixas com relação à funcionalidade familiar se mostram. Diante do exposto, pretende-se responder à seguinte pergunta: Qual a associação entre a limitação nas atividades mais complexas da vida diária de idosos assistidos por uma Unidade da ESF e a funcionalidade familiar na perspectiva da família?

1.1 JUSTIFICATIVA

As mudanças demográficas e o envelhecimento populacional trazem consigo inúmeras alterações que afetam a população em geral e especialmente a família, que precisa estar preparada para dar suporte aos seus componentes em todas as fases de sua vida. A velhice, por sua vez, traz consigo doenças, debilidade física e funcional, maior vulnerabilidade dos idosos e carência de cuidado, gerando aumento no valor das despesas, deficiência que terá de ser suprida pelos outros membros da família, além de outros desafios que serão enfrentados na tentativa de proporcionar um envelhecimento saudável aos seus membros.

Por meio da observação não sistemática, é possível notar que as famílias nem sempre estão preparadas para a rotina de cuidados diários e atenção requeridos por um idoso, cuidados esses que tendem a acentuar-se com o declínio funcional vivenciados por muitos idosos. Observa-se muitas vezes a insatisfação de idosos com o núcleo familiar, sentindo-se rejeitados. Também se nota a sobrecarga de um membro da família que fica, na maioria dos casos, responsável por todo cuidado do idoso, sendo eleito pelos demais como tal.

Para minimizar essa situação, as UBS, com os seus profissionais, são o suporte indicado para as famílias, devendo estar atentas à funcionalidade familiar de idosos de diferentes capacidades funcionais e aptas a prestar um cuidado específico e qualificado.

Nesse contexto, este estudo contribuirá com os profissionais atuantes na atenção básica, gerando conhecimento da realidade na qual estamos inseridos e incentivando-os a repensarem a assistência oferecida ao idoso e sua família, uma vez que ele é mais vulnerável socialmente a agressões verbais, físicas e até mesmo negligência do cuidado, sendo imprescindível a assistência que intencione prevenir agravos a essa população.

Destaca-se ainda que os estudos que apontam onde estão as deficiências contribuem para o aperfeiçoamento e implementação de programas de saúde pública, permitindo a atuação profilática e direcionada, otimizando tempo e recursos públicos.

1.2 OBJETIVOS

A presente pesquisa tem como objetivo geral discutir como as limitações nas atividades mais complexas da vida diária de idosos assistidos por uma Unidade da ESF de Manhuaçu, MG afetam a funcionalidade familiar. Os objetivos específicos tem-se: caracterizar o perfil de idosos assistidos por uma Unidade da ESF de Manhuaçu, MG e de suas famílias; avaliar a funcionalidade familiar desses idosos sob a ótica da família, identificar o grau de independência nas atividades mais complexas da vida diária e verificar a associação entre a limitação nas atividades mais complexas da vida diária de idosos assistidos por uma Unidade da ESF de um município de Minas Gerais; e a funcionalidade familiar na perspectiva da família.

As Seções que compuseram a presente dissertação são elas: Na Seção 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS, que são apresentadas: a introdução, a justificativa e os objetivos. A Seção 2 traz a descrição do caminho metodológico e dos instrumentos utilizados para a realização da referida pesquisa. Na seção 3 **CAPÍTULO 1 - O CUIDADO DO IDOSO DEPENDENTE E AS MUDANÇAS NO ARRANJO FAMILIAR**, foram abordadas questões referentes à análise da prática do cuidado do idoso dependente e as mudanças que ocorrem no arranjo familiar em detrimento do acometimento funcional do idoso, seguido da Seção 4 **CAPÍTULO 2 -**

A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA, que aborda como ocorre a avaliação global dos idosos na atenção básica, relatando os instrumentos que podem ser utilizados para essa avaliação. Aborda também dados da Unidade da ESF São Vicente e aponta os resultados da pesquisa realizada, respondendo aos objetivos propostos nesse estudo. As considerações finais são apresentadas na Seção 5, seguidas das Referências utilizadas, dos Apêndices e Anexos pertinentes ao estudo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A seguir, seguem os processos e instrumentos que foram seguidos e utilizados durante a pesquisa.

2.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional analítico e transversal. No estudo transversal a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo intervalo de tempo analisado sendo aplicáveis às investigações dos efeitos por causas que são permanentes, ou por fatores dependentes de características permanentes dos indivíduos (Hochman et al, 2005)

A pesquisa foi dividida em duas etapas. Em um primeiro momento, foi realizado o levantamento bibliográfico acerca dos objetivos propostos nessa pesquisa, por meio da busca de artigos nas bases eletrônicas de dados Pubmed, *Science Direct* e *Lilacs*. Incluíram-se na pesquisa o uso das bibliotecas eletrônicas CAPES, Bireme e Scielo. O período dos artigos utilizados foram os últimos doze anos, 2007 até 2020, nos idiomas, português, inglês e espanhol e com as palavras-chave: '*elderly*', '*family relations*', '*nursing*', '*family*', '*aging*'. Livros, teses e dissertações também foram utilizados.

O segundo momento da pesquisa foi caracterizado por um estudo transversal e consistiu-se na realização de entrevistas com familiares e idosos, como também na aplicação dos instrumentos específicos para observar e responder aos objetivos traçados para o estudo. A presente proposta faz parte de um projeto primário intitulado *Perfil dos idosos atendidos numa ESF de Manhuaçu, MG: vulnerabilidade, polimorbidade, polifarmácia, capacidade funcional x funcionalidade familiar*, aprovado no Comitê de Ética de Pesquisa da EMESCAM.

2.2 LOCAL

A cidade escolhida para a pesquisa foi Manhuaçu, localizada no interior do estado de Minas Gerais, na região sudeste do Brasil, com uma área total de 628,318 Km². De acordo com dados de 2016, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017), o município conta com uma população residente de 79.574 pessoas, dos quais 8.008 são de pessoas acima de 60 anos de idade.

O objeto em questão priorizou como campo de estudo a unidade São Vicente, localizada na zona urbana do município de Manhuaçu, que conta com 22 unidades Básicas de Saúde, sendo 6 rurais e 18 urbanas. Essa unidade tem seu território dividido em 11 micro áreas com total de 4.716 pessoas cadastradas, sendo 748 idosos em novembro de 2018.

2.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Descrever-se-á aqui os dados que foram observados para seleção e caracterização da amostra.

2.3.1 Cálculo Amostral

Os participantes da amostra foram indivíduos idosos adscritos ao território da unidade de Saúde São Vicente na cidade de Manhuaçu/MG. O cálculo amostral, considerando a pesquisa primária, foi realizado para diferentes prevalências com 748 idosos cadastrados na unidade de saúde até a data do início da coleta de dados, com margem de erro de 0,05 e estimativa de proporção de 0,5 e o n almejado foi de 255 idosos. Foram incluídos na presente pesquisa, 166 idosos, após se considerar os critérios de inclusão e exclusão apresentados a seguir, e em ambos

os casos, os indivíduos apenas foram considerados para o estudo após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A e B).

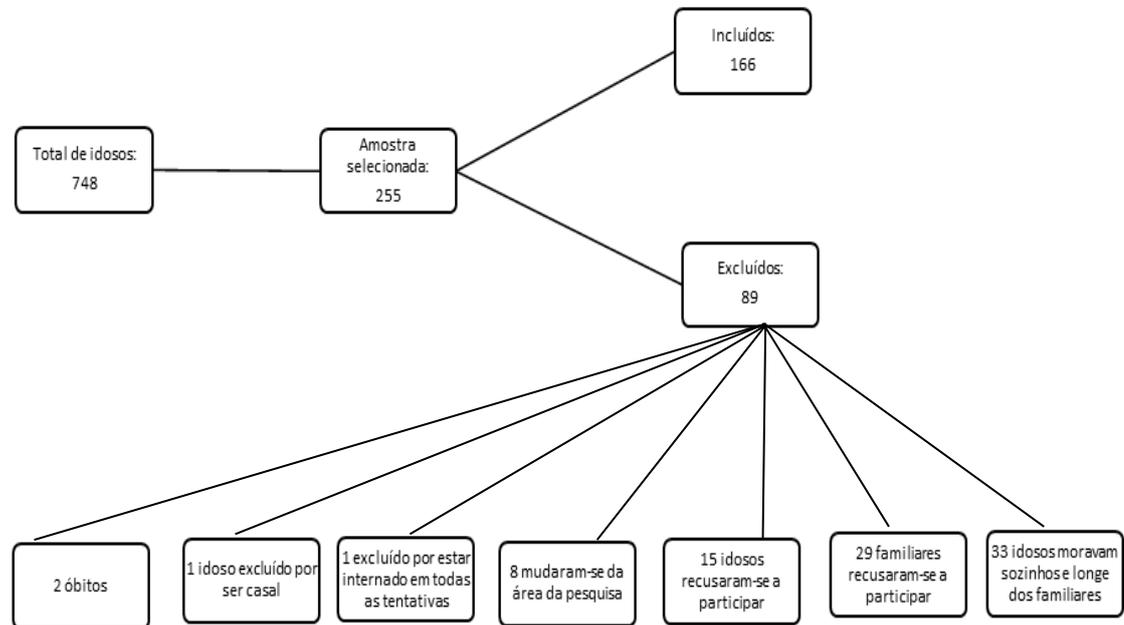
2.3.2 Critérios de Inclusão

No presente estudo, foram incluídos os indivíduos que possuíam idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com critérios da Política Nacional do Idoso (lei nº 8.842, de janeiro de 1994) e o Estatuto do idoso (instituído pela Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003). Também era necessário residirem permanentemente na área urbana do município e demonstrarem interesse mútuo em participar do estudo, tanto o idoso quanto o membro da família.

2.3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os idosos que não possuíam familiar apto a participar da pesquisa ou aqueles em que houve a impossibilidade de acesso ao idoso por recusa ou restrição da família; e os casos de óbito e/ou migração para outra região, prévios à realização da coleta de dados. A Figura 1 apresenta um organograma da representação da seleção da amostra.

Figura 1- Organograma de representação da seleção da amostra



Fonte: Elaborado pela autora.

2.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi realizado o sorteio dos indivíduos elegíveis para o estudo tendo como base o cálculo amostral. Em um segundo momento, o pesquisador entrou em contato com esses indivíduos e seus familiares a partir de visita domiciliar com auxílio dos agentes comunitários de saúde, quando os Termos de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE foram entregues para assinatura, tanto do idoso (APÊNDICE A), quanto de seu familiar ou responsável (APÊNDICE B).

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram aplicados na residência do idoso com agendamento prévio e em horário conveniente para os participantes, sendo eles compostos de uma ficha de coleta de dados destinada à caracterização dos idosos (APÊNDICE C), ficha de coleta de dados para caracterização familiar (APÊNDICE D), escala de Lawton e Brody (ANEXO A) para avaliação da limitação dos idosos nas atividades mais complexas da vida diária e a aplicação do Apgar de Família (ANEXO B), que nos permitiu avaliar a funcionalidade familiar.

As entrevistas e as avaliações foram realizadas entre os meses de fevereiro a julho de 2019 pela própria pesquisadora ou por colaboradores devidamente treinados.

2.4.1 Perfil dos idosos

O perfil dos idosos foi construído a partir de características sócio-demográficas, do histórico de saúde e hábitos de vida deles. Tais dados foram pesquisados a partir de uma ficha apropriada elaborada para este estudo (APÊNDICE C).

Este instrumento pôde ser respondido tanto pelo idoso quanto por um representante familiar.

2.4.2 Perfil familiar

No primeiro momento da ficha, foram coletados dados que permitiram a caracterização do representante familiar que participou da pesquisa quanto ao sexo, idade, etnia, escolaridade, religião e profissão ou aposentadoria e também grau de parentesco com o idoso, se o familiar é o cuidador do idoso e as características do cuidador consideradas importantes para esse estudo, como se exerce o cuidado por opção ou obrigação, se recebeu treinamento ou trata-se de um cuidador informal e se seria o único a exercer essa função. No segundo momento da ficha, foram abordados dados que nos permitiram identificar o tipo de arranjo familiar e o apoio social familiar. Tal instrumento foi desenvolvido para esse estudo (APÊNDICE D).

2.4.3 Escala de Lawton e Brody

A Escala de Lawton e Brody, também conhecida como Índice de Lawton ou Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (ANEXO A), foi desenvolvida por Lawton e Brody em 1969, traduzida e validada no Brasil por Santos e Virtuoso Junior em

2008. Tem por objetivo avaliar as atividades mais complexas que as atividades básicas de vida diária, cuja independência no desempenho está diretamente relacionada com a capacidade do idoso de viver em comunidade de forma autônoma (LAWTON; BRODY, 1969; SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008).

A escala é composta por 9 questões que versam sobre a capacidade do idoso em usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, fazer uso de transporte, realizar serviços domésticos e outros. Para cada questão pode-se atribuir a pontuação de 1 a 3, em que 1 significa dependência completa, 2 dependências parcial e 3 independências, assim, a pontuação da escala pode variar de 9 a 27. Essa escala pode ser respondida tanto pelo idoso quanto pelo representante familiar.

O estudo adotou a classificação sugerida por Torres, Reis e Reis (2010), na qual 27 pontos indicam independência total, 26 a 18 pontos, dependência parcial e < 18 dependência completa.

Para análise dos resultados encontrados, os idosos foram divididos em dois grupos, o que considerou-se de maior valia para fins de análise estatística. O primeiro grupo foi constituído por idosos considerados independentes (27 pontos), o segundo grupo foi constituído por idosos que apresentaram dependência parcial (de 18 a 26 pontos) ou dependência completa (> 18 pontos).

2.4.4 Apgar de Família

Para avaliar a dinâmica familiar, foi aplicado o Apgar de Família (ANEXO B), um instrumento que torna possível a verificação dos indícios de disfunção familiar, permitindo a elaboração de um projeto terapêutico. É uma medida unidimensional de satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar, por meio do qual verifica-se a percepção das pessoas sobre suas famílias como um recurso ou como um fator estressor (BRASIL, 2007). Ele foi desenvolvido por Smilkstein (1978), tendo sido utilizado em diferentes partes do mundo e traduzido e adaptado culturalmente por Duarte (2001).

O Apgar de família possui cinco domínios, sendo *adaptation* (adaptação), *Partnership* (companheirismo), *Growth* (desenvolvimento), *Affection* (afetividade) e *Resolve* (capacidade resolutiva). (BRASIL, 2007).

Os cinco domínios do Apgar de família são verificados a partir de cinco questões, as quais são atribuídos valores que somados resultam num escore total, relacionando-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar que pode ser boa funcionalidade (de 7 a 10 pontos), evidenciando a capacidade familiar de adaptar-se a diferentes situações e inversões de papéis, moderada disfunção familiar (5 e 6 pontos) ou alta disfuncionalidade familiar (0 a 4 pontos), que podem representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes (BRASIL, 2007).

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram tabulados em planilha do *Software Microsoft Excel* e analisados de forma descritiva e inferencial.

2.5.1 Análise descritiva

A análise descritiva foi reportada em tabelas de frequências para as variáveis nominais, e medidas de resumo de dados, como médias, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis contínuas.

2.5.2 Análise Inferencial

Para a análise inferencial, foi utilizado o teste de Chi-quadrado ou Exato de Fischer e seus resíduos. A fim de verificar os dados, utilizou-se a versão 25 do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foi adotado o nível de significância de $p < 0.05$, com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) para todas as análises.

Considerou-se, do perfil geral dos idosos, como variável independente a funcionalidade, enquanto que a funcionalidade familiar foi considerada variável dependente.

2.6 QUESTÕES ÉTICAS

Esse estudo é parte de um outro, primário, intitulado *Perfil dos idosos atendidos numa ESF de Manhuaçu, MG: vulnerabilidade, polimorbidade, polifarmácia, capacidade funcional x funcionalidade familiar*. Trata-se de um estudo observacional, transversal e de abordagem quantitativa que foi desenvolvido com os idosos assistidos por uma Estratégia de Saúde da família de Manhuaçu, MG. Foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM (CEP/EMESCAM) e aprovado sob o número 2.851.034 (ANEXO C).

Em todas as etapas da pesquisa foram respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da resolução 466/12. O sigilo das informações obtidas foi garantido mediante a não identificação nominal dos sujeitos da pesquisa, os quais foram identificados numericamente (01, 02, 03...), e a guarda das informações ficará sob responsabilidade da pesquisadora responsável durante o período de cinco anos.

3 CAPÍTULO 1 - O CUIDADO DO IDOSO DEPENDENTE E AS MUDANÇAS NO ARRANJO FAMILIAR

Na análise do cuidado desenvolvida por Foucault, baseada na experiência greco-romana da Antiguidade Clássica, o referido autor voltou-se para o cuidado como uma raridade, um acontecimento que se produz de acordo com determinados *jogos de verdade* (FOUCAULT, 1984)

A verdade, por sua vez, não é um tema com o qual o filósofo preocupa-se em definir, mas pontua que ela não existe fora do poder e que cada sociedade escolhe um discurso como sendo verdadeiro e o faz funcionar (FOUCAULT, 1979).

“O conceito de cuidado foi sendo construído progressivamente a partir da observação de práticas cotidianas que mostravam a complexidade dos arranjos que permitiam cobrir as necessidades de cuidado e bem-estar” (GAMA, 2014, p. 169).

Ao se empenhar para compreender a dimensão e a importância do cuidado, Foucault (2006) analisa e qualifica o cuidado como um momento da juventude intermediário entre o berço solene, o privilégio de nascença e a atividade política propriamente dita de governo dos outros, sendo o cuidado, na visão do filósofo, além de um privilégio, o uso dos próprios privilégios para exercer uma atividade de governo sobre o outro o qual representa o cuidado.

O estudo do cuidado, para Foucault, não encontra seu eixo central no outro, mas no olhar que converge para si mesmo, sendo, portanto, necessário autogoverno apropriado, que inclui as regras de conduta, encoraja os valores em detrimento de prazeres e a formação de um sujeito ético, sendo tais aspectos indispensáveis para a constituição de si mesmo e assim o apropriado governo do outro. A ignorância sobre como cuidar de si compromete o cuidado com o outro (MEDEIROS, 2017).

Sendo cuidar uma prática de governo, para Foucault, governar é também gerenciar almas, governar uma casa, uma família. É ter como objetivo os indivíduos que compõem a família, é prestar atenção aos acontecimentos possíveis, às mortes, aos nascimentos, entre outras coisas (FOUCAULT, 1979).

Quanto maior o desejo de exercer autoridade sobre o outro, maior deve ser o cuidado com a própria reputação e manutenção dos princípios de conduta, dominando os desejos e prazeres e exercendo poder sobre eles (FOUCAULT, 1984)

Foucault (2010) enfatiza que, para governar e exercer poder, é preciso aprender o que é justiça, boa ordem, boa harmonia e principalmente que só é possível aprender tudo isso aprendendo a cuidar de si mesmo, o que implica em conhecer-se, convergindo o olhar para a própria alma, realizando um trabalho sobre si, a fim de que seja possível um bom exercício do poder e para que haja harmonia entre o que governa e o que é governado (entre quem cuida e quem é cuidado). Desse modo, é necessário que o próprio governante esteja em harmonia consigo mesmo.

Na obra de Foucault (1984) encontramos que o domínio de si e o domínio do outro são considerados como tendo a mesma fundamentação, a de que é necessário governar a si mesmo e assegurar a gestão da própria casa para assim, da mesma forma governar (cuidar) o outro, reafirmando a necessidade do cuidador cuidar-se para ser capaz de cuidar do outro sendo este um ponto crucial da importância de se analisar cuidado sob a ótica do filósofo.

O filósofo enfatiza que, o mestre de si, a construção do cidadão e o mestre do outro se formam ao mesmo tempo através do exercício de aprendizagem, aquisição de independência e autonomia que permitem governar-se e saber o que é necessário para governar os outros sendo fundamental para isso auto-conhecimento (FOUCAULT, 1984)

Ainda, ao discutir a obra de Foucault, Almeida (2014) afirma que o conhecimento e cuidado de si se direcionam à renúncia e ao autossacrifício, ao se considerar o modelo cristão. Nesse sentido, “O cuidado surge como aquilo que pode fazer da vida uma espécie de anunciação da verdade, suprimindo a distância entre comportamento teórico e prático” (MEDEIROS, 2017, p. 142).

Petersen (2011), ao analisar o cuidado segundo Foucault, acrescenta que uma das questões com relação ao cuidado de si e sua relação com o autocuidado é que, para alguns, pode significar egoísmo e a negação do outro, mas na verdade o cuidado de

si possibilitará que, a partir do autoconhecimento, o indivíduo saberá como se relacionar com o outro e a forma de tratá-lo. Ao abordar o governo de si e do outro, o termo *paresia* é trabalhado por Foucault (2010) e refere-se à capacidade de autogoverno conveniente, para que o exercício do governo seja conveniente também.

Ao pensar no cuidado, a escolha das práticas assistenciais deve levar em consideração o grupo para o qual será desenvolvido, pois existem nichos vulneráveis, como idosos e crianças, para os quais o cuidado tem particularidades, pois, como condição da existência por sua incapacidade e dependência, necessitam de ampla oferta de serviços. O cuidado, nesse caso, é oferecido com baixa expectativa de independência, envolvendo diferentes dinâmicas institucionais e familiares, além de políticas públicas (ALMEIDA, 2014).

Ainda sob a ótica de Foucault, Almeida (2014) afirma que nos últimos anos a noção de cuidado tem aparecido com frequência nos escritos profissionais para designar um conjunto de novas práticas assistenciais e a fim de avaliar o alcance de políticas públicas no contexto neoliberal brasileiro.

Com relação às políticas públicas, há muitas dimensões de cuidado no campo da saúde, implicando desde princípios mais gerais, que demarcariam mudanças de paradigmas na assistência até o rearranjo de condutas ético-políticas dos profissionais na produção da atenção em saúde (ALMEIDA, 2014).

Em específico, na atenção à saúde do idoso, de acordo com Silva, Galera e Moreno (2016), a visão atual da assistência em saúde propõe que o idoso acometido por uma condição crônica e com incapacidades deve ser cuidado no ambiente onde sempre viveu e adoeceu. Acrescenta ainda que essa postura pode ser considerada um tanto idealista, visto que a família vem sofrendo diversas modificações na sociedade atual e nem sempre tem condições de assumir responsabilidades pelo cuidado do idoso que, por exemplo, pode exigir que um membro da família deixe de trabalhar.

Reforçando que o domicílio se constitui no melhor local para o idoso envelhecer, Cattani e Girardon-Perlini (2004) argumentam que permanecer junto à família representa a possibilidade de garantir a autonomia e preservar a identidade e dignidade do idoso. Cuidar de um doente em casa tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias.

Sendo a casa os lócus do cuidado, a família será afetada, afinal, ela é responsável por garantir o direito da proteção social, que tem como objetivo diminuir a vulnerabilidade, minimizando a incapacidade do idoso. Toledo (2007) afirma que a família é o reflexo do que acontece na sociedade e, por sua função básica de proteção, a família é uma parceira do Estado, o responsável direto pela proteção social. Nesse novo cenário, a família vive uma expressiva e real exposição a situações de vulnerabilidade social, diminuição de sua capacidade protetora e desconstrução de seu modelo referencial, sendo necessário ser incorporada como sujeito de direito.

Com a responsabilização da família pelo cuidado com seus membros e em especial com os idosos que se encontram acometidos, muitas vezes, por doença total ou parcialmente incapacitantes, torna-se necessário conhecer a estrutura familiar atual.

Nesse sentido, Camarano e El Ghaouri (2003) afirmam que a coresidência ou ampliação das famílias dos idosos pode ser uma estratégia familiar utilizada para beneficiar tanto as gerações mais novas como as mais velhas.

A respeito da estrutura familiar brasileira, Camarano e El Ghaouri (2003) afirmam que, no caso brasileiro, predominam os arranjos do tipo idoso (a) com filho e que 86% das famílias que têm idosos como membros, esses são os chefes ou cônjuges. Os autores ainda afirmam que quanto aos idosos que residem com os filhos, há indicações de que aqueles, em algum grau, dependem da ajuda desses e de que essa *dependência* deve estar associada ao avanço da idade, ao aparecimento de doenças crônico-degenerativas e às incapacidades físicas.

Segundo Pavarini *et al.* (2009), a estrutura familiar de idosos pode ser encontrada em quatro diferentes situações: os que vivem sozinhos, os que residem com o

cônjuge, mais filhos e parentes, os que vivem com filhos e parentes e sem o cônjuge, e aqueles que moram apenas com o cônjuge. Entretanto, o referido autor afirma que a estrutura familiar mais frequentemente encontrada é a família multigeracional.

Em nossa cultura, a família é pensada como uma instituição social governada por um complexo de normas, definindo direitos e obrigações de seus membros. Está imersa nos processos sociais e econômicos, apresenta instabilidade às mudanças socioeconômicas, jurídico-políticas e culturais, variando de acordo com a classe econômica e social e localização geográfica (GAMA, 2012).

Em relação às dificuldades encontradas pela família na atualidade, pode-se citar os efeitos do desemprego, as pressões no interior das relações familiares e o aviltamento do enfrentamento público e problemas sociais que decorrem daí. “As famílias pobres enfrentam a precariedade dos serviços públicos relacionados à reprodução local (saúde, educação, assistência social) (GAMA, 2014, p.174).

Uma das grandes dificuldades que a família pode enfrentar é quando um de seus membros encontra-se parcialmente ou totalmente dependente, situação facilmente aplicável com os idosos. Nessa situação, a família é totalmente responsável por suprir todas as dificuldades impostas por tal condição, ficando sobrecarregada e dispondo muitas vezes de recursos insuficientes para desempenhar seu papel.

A esse respeito, Pavarini *et al.* (2009) comenta que não há garantia de que as famílias estejam preparadas para assumir o papel de cuidadora do idoso. “Com as diversas transformações que estão ocorrendo no Brasil, a capacidade da família em prestar apoio a seus membros idosos pode ser afetada ou tende a se afetar no futuro” (SANTOS; PAVARINI, 2009, p. 2).

Ao abordar o cuidado exercido pela família, Oliveira *et al.* (2016) aponta que nem sempre é feito de maneira mais adequada tecnicamente, mas envolve afeto, aproximação e compartilhamento de experiências.

O cuidado familiar do idoso deve ser visto como uma realidade complexa, marcada por variáveis sociodemográficas, culturais, psicológicas, pelo relacionamento familiar, pela natureza das necessidades e das demandas de cuidados. Para suprir tais necessidades é necessário, entre outras coisas, a avaliação subjetiva que o cuidador e os membros familiares constroem sobre o cuidar e sobre as etapas da vida (PAVARINI *et al.*, 2009).

As mudanças demográficas e sociais estão afetando as relações entre as gerações em várias partes do mundo, mas o seu impacto não tem significado o enfraquecimento das relações familiares, pelo contrário, as famílias têm se mostrado uma instituição *resistente*. Pobreza, desemprego e outros choques demográficos têm contribuído para o fortalecimento das famílias (CAMARANO; EL GHAOURI, 2003).

Segundo Pedreira e Oliveira (2012), as mudanças advindas do envelhecimento populacional e a conseqüente limitação que causa no indivíduo ocasionam mudanças no cotidiano familiar, visto que a doença aparece como fonte de desequilíbrio e grande ameaça à integridade dos membros da família, visto que mobiliza sentimentos, como: medo da perda, temor da dependência e despreparo para o cuidado.

Alguns fatores são destacados na literatura como tendo forte associação à sobrecarga familiar, por exemplo, comportamentos problemáticos dos pacientes, perdas ocupacionais, financeiras e de suporte decorrentes da doença, ocupação do cuidador, prática de esportes, religiosidade e tempo na função como cuidador, cuidar de idosos mais velhos e com maior comprometimento cognitivo, bem como ser um cuidador mais velho (WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

Os idosos em situações de vulnerabilidade precisam de um cuidador para auxiliá-los em suas atividades e cuidados pessoais, muitas vezes necessitando desse apoio em tempo integral. Araújo *et al.* (2013) definem o cuidador de idosos como aquele que convive diariamente com o idoso, prestando-lhe cuidados higiênicos, ajudando com a alimentação, administrando medicação e estimulando-o com as atividades reabilitadoras, interagindo, assim, com a equipe terapêutica.

Com relação à classificação dos cuidadores, Nunes *et al.* (2018) esclarecem que os cuidadores eram referidos como *formais* ou *informais*, mas que a denominação mais acertada se refere a *cuidadores familiares/agregados* e *cuidadores profissionais*. Pontuam ainda que cuidador, em nosso meio, ainda é uma ocupação, embora já tenha sido aprovado como profissão no Senado Federal em 2012, e que a diferenciação entre os cuidadores familiares e profissionais são os vínculos afetivos, laços familiares, presença ou não de remuneração ou capacitação para o exercício da atividade.

Observa-se que dentre os estudos sobre cuidadores familiares, a maioria pertence ao sexo feminino, possui vínculos familiares com a pessoa idosa (em especial cônjuges e filhas), é constituída por adultos maduros ou em processo de envelhecimento e prefere prestar cuidados contínuos ou intermitentes (NUNES *et al.*, 2018).

Esse resultado reforça os achados de Wachholz, Santos e Wolf (2013), os quais afirmam que o idoso dependente e sua família frequentemente contam com uma rede insuficiente e precária de saúde preventiva e de serviços de reabilitação, e quando não há condições ou disponibilidade para contratar um profissional especialmente treinado para este fim, um cuidador profissional, um parente ou membro da família assume a função de cuidador.

Ao refletir sobre o tema, Pavarini *et al.* (2009) afirmam que para suprir as necessidades dos idosos e as demandas de cuidados voltadas a esse grupo, são necessários a utilização de recursos existentes e apoio oferecido pelas redes formais e informais.

Neste sentido, a família constitui o principal núcleo de proteção e ajuda aos idosos dependentes e, à medida em que o sistema, por questões diversas, não assumia, em conjunto com o núcleo familiar, o compromisso de prover a assistência requerida pelo idoso, ocorria a sobrecarga em um de seus elementos que, por escolha ou por imposição, vivencia solitariamente a atividade contínua de cuidar, gerando conflitos e tensão (FERNANDES; GARCIA 2009).

Isso pode ser observado, porque, dependendo da rotina de atenção requerida pelo idoso na assistência e prestação de cuidados, pode ser necessário uma reestruturação da vida do cuidador, alterando costumes, rotinas, hábitos. Para isso, o cuidador pode, por um lado, ignorar suas próprias necessidades ou, por outro, negligenciar o cuidado daqueles por quem é responsável (NUNES *et al.*, 2018).

eticamente, o cuidado de si vem em primeiro lugar, não devendo ninguém cuidar do outro primeiro, sendo a relação consigo mesmo ontologicamente primária. O cuidado de si visa sempre ao bem dos outros: a administrar bem o espaço de poder presente em qualquer relação, administrá-lo no sentido da não-dominação (FOUCAULT, 2004).

No entanto, a dependência do idoso vulnerável e a necessidade da presença de um cuidador altera a rotina e dinâmica familiar. Há relatos de mudanças na relação familiar, sendo identificadas duas situações: mudanças positivas com estreitamento e manutenção de boas relações familiares em famílias previamente unidas e com melhor renda. Também se identificam mudanças negativas nas relações familiares, influenciadas por sobrecarga do cuidador familiar, principalmente quando idosos são submetidos ao isolamento social (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Em relação aos fatores geradores de sobrecarga e suas consequências para os familiares é possível elencar: imposição em ser o cuidador; o cuidar solitário, configurando-se na imagem do cuidador familiar que assume a tarefa de dar assistência com pouca ou nenhuma ajuda dos outros familiares; a dependência de quem recebe o cuidado, fazendo referência à sobrecarga decorrente do nível de dependência do doente; e, por fim, o desgaste biopsicossocial dos cuidadores (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Para Couto, Caldas e Castro (2018), a vivência rotineira de cuidados com o familiar idoso dependente pode ser compreendida como o conjunto de mudanças ocorridas em suas vidas a partir do momento em que há a necessidade de assumirem esses cuidados.

3.1 A AVALIAÇÃO DA DINÂMICA FAMILIAR

O cuidado dispensado ao idoso deve ser acompanhado e avaliado pelos profissionais atuantes na área da saúde. Para correta avaliação do cuidado dispensado aos idosos, existem alguns instrumentos que foram desenvolvidos para auxiliar o profissional da saúde no acompanhamento da dinâmica familiar, como a família está se organizando para suprir este idoso que se encontra vulnerável e na percepção de como a família está administrando a situação, que pode levar à sobrecarga familiar.

O trabalho com família não é simples, pois, ela, em todas as etapas e momentos do processo é tida como um sujeito intenso, complicado, dinâmico e subordinado às múltiplas influências do ambiente local e global. Alguns instrumentos técnicos podem ser utilizados pelos profissionais de saúde, nas situações mais complexas, para melhor compreender a família no contexto social, tais como a observação, a entrevista, o familiograma (genograma), o ecomapa e o Apgar (BARBOSA, 2012).

A observação é a utilização da visão para o reconhecimento da realidade e pode ser assistemática (que ocorre de forma espontânea e não planejada, e a realidade não será observada na totalidade) ou sistemática (observada como algo sistemático e que pode ser aprofundado) (BARBOSA, 2012).

Outro instrumento utilizado na avaliação familiar é a Entrevista Familiar Estruturada (EFE). A primeira proposta do método foi elaborada em 1975, na qual foram construídas inicialmente 14 tarefas. Em função da discussão dos resultados obtidos por meio da aplicação delas, foram selecionadas, para constituírem a primeira versão do método de avaliação das relações familiares, as seis tarefas que mais provocaram as interações significativas desejadas. A versão final da EFE é utilizada com o objetivo de trazer à tona os dinamismos do funcionamento familiar, possibilitando a realização da avaliação das relações familiares em menor tempo. Essas seis tarefas são compostas de cinco verbais e uma não-verbal, das quais duas são propostas à família como grupo, e as outras, a cada membro individualmente. Embora cada tarefa pretenda, de forma específica, explicitar

determinadas dimensões da dinâmica conjugal e/ou da dinâmica grupal, todas as tarefas, de forma geral, pretendem avaliar padrões básicos de funcionamento da família (FÉRES-CARNEIRO, 1997).

O genograma é o diagrama do grupo familiar utilizado para detalhar a estrutura e o histórico familiar, as condições de saúde dos membros familiares individualmente e a qualidade das relações entre eles. Esse instrumento consiste na elaboração da árvore familiar com informações adicionais importantes para atendimentos na área de saúde. A sua utilização está na importância da avaliação da composição familiar, porque fornece informações para um melhor planejamento do cuidado, especialmente aos idosos (PAVARINI *et al.*, 2008).

O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis, bem como sua utilização pela família. A partir dessa avaliação é possível identificar as famílias com poucas conexões com a comunidade e também entre seus membros e assim planejar a assistência a fim de atingir o local onde haja necessidade de maior investimento para melhorar o bem-estar (BARBOSA, 2012).

O Apgar familiar é um tipo de avaliação no qual se aplica um questionário que possui cinco itens. Ele foi desenvolvido com base na percepção de um familiar sobre a função da família e de que esta percepção poderia ser avaliada pelo relato de satisfação sobre as seguintes questões: adaptação, companheirismo, crescimento, afeto e determinação ou resolutividade (SMILKSTEIN; ASHWORTH; MONTANO, 1982).

Esse instrumento conta com três opções de respostas - 2, 1, 0 - para cada um dos cinco itens que são três scores diferentes a serem aplicados na avaliação da funcionalidade familiar. Assim, as pontuações podem variar de 0 a 10 pontos: 7 a 10 pontos: altamente funcional, 4 a 6 pontos moderadamente funcional e 0 a 3 pontos: severamente disfuncional (SMILKSTEIN, 1978).

Sousa, Figueiredo e Erdmann (2010) identificaram outros instrumentos utilizados na avaliação familiar e dentre eles destacam-se aqui os que podem ser aplicados à

família de idosos. São eles: o Apgar de Família; Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção da Família; Genograma e Ecomapa; Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES); GRAFFAR; Avaliação Global do Funcionamento Interacional (GARF), Family Environment Scale (FES - Forma R), Teste Aperceptivo do Sistema Familiar (FAST). Neste estudo, eles apontam que o Apgar Familiar é o instrumento mais utilizado.

O Modelo Calgary de Avaliação Familiar vem sendo reconhecido mundialmente e é constituído por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A categoria estrutural diz respeito à estrutura familiar, abordando tópicos como: quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora e qual é o seu contexto. Assim, permite a averiguação de três aspectos da estrutura familiar: elementos internos como composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites, elementos externos como família extensa e sistemas mais amplos e contexto, que são: etnia, raça, classe social, religião e ambiente (SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009).

A categoria de desenvolvimento questiona sobre a história familiar durante as fases do ciclo de vida: sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o nascimento, a morte. A categoria funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Podem ser explorados o funcionamento instrumental, que se refere às atividades da vida cotidiana, e o funcionamento expressivo, que diz respeito aos estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças (SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009).

A Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES IV) objetiva auxiliar na avaliação do funcionamento familiar. Baseia-se no Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugal e Familiar, proposto por Olson (2000), que destaca a coesão, flexibilidade e comunicação, sustentando que existe uma relação curvilínea entre as duas dimensões, como centrais - coesão e flexibilidade -, significando que a funcionalidade familiar se altera conforme interação e que, em níveis extremados (pouca coesão e flexibilidade; ou excessiva coesão e flexibilidade), há funcionamento problemático do sistema familiar. A Coesão é a ligação emocional que o casal ou os membros da família possuem uns com os outros e Flexibilidade

refere-se ao quanto é possível que haja alterações no sistema com relação à liderança, às funções exercidas pelos membros e às regras que se baseiam os relacionamentos.

A comunicação é considerada facilitadora das interações e do equilíbrio familiares, uma vez que habilidades comunicacionais positivas permitem aos casais e à família como um todo ajustarem seus níveis de coesão e de flexibilidade (SANTOS; BAZON; CARVALHO, 2017).

O Método de Graffar Modificado é utilizado para estratificação social, no qual quatro critérios são utilizados para avaliação do nível socioeconômico, sendo eles: profissão do chefe de família; nível de instrução da mãe; fonte e regularidade do salário e condições de moradia. Nesse método, para cada critério, existem cinco itens, e, para cada item uma pontuação que varia de um a cinco pontos. Ao final, os valores são somados e as famílias podem ser classificadas em cinco estratos sociais: Estrato I ou Alto-alto (4 a 6 pontos); Estrato II ou Médio-Alto (7 a 9 pontos); Estrato III ou Médio (10 a 12 pontos); Estrato IV ou Médio-Baixo (13 a 16 pontos) e Estrato V ou Baixo (17 a 20 pontos) (SOUSA; FIGUEIREDO; ERDMANN, 2010).

Santos, Bazon e Carvalho (2017) realizaram uma adaptação semântica do FACES para a realidade brasileira. Eles descrevem a FACES IV como sendo a versão mais recente e completa de um grupo de instrumentos que tem como objetivo auxiliar clínicos e pesquisadores a avaliarem o funcionamento familiar. A escala se ancora no Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugal e Familiar, proposto por Olson e Gorall (2003), que focaliza os sistemas relacionais e integra: coesão, flexibilidade e comunicação, em que coesão e flexibilidade são tratadas como centrais. Ainda, considera que a funcionalidade familiar se altera conforme interação e que, em níveis extremados, (pouca coesão e flexibilidade; ou excessiva coesão e flexibilidade) o sistema familiar é problemático e não funciona (SANTOS; BAZON; CARVALHO, 2017).

Define-se coesão como: “A ligação emocional que o casal ou os membros da família possuem uns com os outros; diz respeito ao modo como os sistemas equilibram

proximidade e separação/privacidade (SANTOS; BAZON; CARVALHO, 2017, p. 121).

Flexibilidade é o quanto é possível que haja alterações no sistema com relação à liderança, às funções exercidas pelos membros e às regras que pautam os relacionamentos; concerne ao quanto a manutenção do equilíbrio diante de mudanças. Comunicação é considerada uma dimensão facilitadora das interações e do equilíbrio familiares, uma vez que habilidades comunicacionais positivas permitem aos casais e à família como um todo ajustarem seus níveis de coerência e de flexibilidade para dar conta de diferentes demandas inerentes ao desenvolvimento dos membros e do grupo familiar, bem como decorrentes de acontecimentos ou situações da vida (SANTOS; BAZON; CARVALHO, 2017).

Ainda nesse cenário, a escala de GARF, criada em 1988, parte do princípio de que a inclusão do diagnóstico interacional é fundamental para compreender que os problemas humanos se desenvolvem de forma interacional num contexto biopsicossocial. Essa escala divide a família em 5 níveis de funcionamento e permite dar a nota contínua de 1 a 100 (FALCETO, 1997).

Vianna, Silva e Souza-Formigoni (2007) buscaram traduzir para versão portuguesa a FES – Forma R e aplicar um instrumento para sua validação. A escala foi desenvolvida por Moos & Moos e permite descrever o ambiente familiar, contrastar a percepção dos pais e dos filhos, planejar e monitorar mudanças familiares. Também pode ser utilizada para avaliar o impacto do aconselhamento ou de outras intervenções. A FES pode ser utilizada em três formas: para avaliação do ambiente real (forma R), do ambiente idealizado (forma I) ou do ambiente esperado (forma E). Esta escala também pode ser utilizada para avaliar o resultado de intervenções, o nível de adaptação de crianças e adultos ao ambiente familiar, e para discriminar o ambiente familiar de grupos que diferem quanto à idade, etnia e saúde mental (VIANNA; SILVA; SOUZA-FORMIGONI, 2007).

O FAST objetiva avaliar a coesão e a hierarquia familiar. Nesse instrumento, a família é representada por figuras masculinas e femininas que representam os membros do núcleo familiar em um tabuleiro. A distância entre as figuras evidencia a

coesão entre os que fazem parte desse grupo e permite identificar um escore geral para a família, assim como para cada subsistema familiar (SOUSA; FIGUEIREDO; ERDMANN, 2010). Os autores ainda enfatizam que a avaliação da coesão familiar pelo FAST relaciona-se com o tamanho do grupo familiar, e que há maior dificuldade em avaliar famílias com muitos membros, pois o espaço disponível entre os membros se dá devido ao maior número de figuras no tabuleiro, e não necessariamente por causa da coesão.

Cada um dos instrumentos abordados aqui e validados poderiam ser utilizados na pesquisa, porém, considerando algumas características importantes na aplicação e análise dos resultados, não foram escolhidos para o estudo. A EFE, que tem como uma das etapas realizar a pesquisa com o grupo familiar, considerou mais difícil conseguir reuni-lo. Com relação ao genograma, avaliou-se como mais útil a avaliação da estrutura familiar do que a avaliação da funcionalidade propriamente dita. Descartou-se a observação, considerando o maior tempo a ser empregado na coleta de dados.

O FAST foi descartado devido aos entraves encontradas sobre o método, como já foi descrito aqui, por exemplo, maior dificuldade na avaliação familiar. Outros, como o FES – Forma R, foi considerado mais complexo na aplicação e análise, não despertando interesse para pesquisa.

Assim, após análise dos instrumentos disponíveis, optou-se por escolher o Apgar de Família para avaliar a funcionalidade familiar, considerando-se: a eficácia comprovada deste instrumento por outros estudos, os tópicos a serem avaliados dentro da dinâmica familiar, as questões a serem realizadas ao membro familiar e o grau de dificuldade da aplicação e avaliação dos resultados obtidos através do instrumento. O Apgar de Família foi criado no ano de 1978 e vem sendo estudado desde então, apesar de sua tradução e adaptação à cultura brasileira ter acontecido anos depois. Neste tempo, pode-se observar sua utilização em outras nacionalidades e que seu uso está se difundindo no campo de pesquisa brasileiro. Com relação às perguntas, consideram-se adequadas e de fácil entendimento para o entrevistado, pois são perguntas diretas, claras e que podem refletir a funcionalidade familiar na perspectiva do entrevistado.

4 CAPÍTULO 2 - A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção à saúde da pessoa idosa tem como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, cuja referência é a rede de serviços especializada de média e alta complexidade e disponibiliza as diretrizes disponíveis e as norteadoras de todas as ações no setor saúde, indicando as responsabilidades de cada setor (BRASIL, 2006).

A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) contém as condutas para o atendimento ao idoso, as quais cita-se aqui a promoção do envelhecimento ativo e saudável, que vem ao encontro aos princípios da política defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A palavra 'ativo' refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países (Organização Mundial da Saúde, 2005, p. 13).

Nesse aspecto, Gomes *et al.* (2014) destaca que o caderno da Atenção Básica número 19, cujo nome é *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*, elaborado em 2006, consta como um dos instrumentos que auxiliam na avaliação do idoso e trata das mudanças que podem prejudicar o envelhecimento ativo, dentre as quais podemos citar a depressão, equilíbrio, atividades básicas e instrumentais da vida diária, funcionalidade familiar, sobrecarga de cuidadores, avaliação cognitiva, suporte familiar, avaliação cognitiva e outros.

Outro importante instrumento elaborado em 2006 e utilizado no atendimento e acompanhamento do idoso foi a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, auxiliando na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização, além de possibilitar o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população (BRASIL, 2007).

Segundo Gomes *et al.* (2014), a caderneta de saúde da pessoa idosa possibilita o registro de sua identificação, dados da avaliação de sua saúde, medicamentos em uso, informações sobre as internações, história de quedas, alergias, controle da pressão arterial e glicemia e histórico vacinal. Schmidt *et al.*, (2019) destaca ainda que este instrumento permite o atendimento sistematizado desse indivíduo, favorecendo o rastreamento e identificação da fragilidade, organizando as informações e proporcionando acompanhamento periódico de determinadas situações de saúde e aspectos que possam repercutir no bem-estar e qualidade de vida, auxiliando a partir dos dados o desenvolvimento de ações que visem à recuperação, promoção, atenção e prevenção de agravos.

4.1 A AVALIAÇÃO DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

O atendimento à pessoa idosa na Atenção Básica tem como objetivo a avaliação global do idoso, interdisciplinar e multidimensional e um atendimento que inclua os principais aspectos do envelhecimento e declínios cognitivos e é por meio da abordagem sistemática do idoso que se torna possível entender suas necessidades e atuar na prevenção e detecção do cansaço da família e cuidadores (BRASIL, 2007, 2014).

A dificuldade do atendimento a idosos portadores de declínio funcional trouxe para a Estratégia de saúde da Família uma visão negativa da assistência de saúde aos idosos (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011). Ao atender um idoso é importante o entendimento de que processo de envelhecimento ocorre de forma heterogênea, podendo ser determinado por diversos fatores como dificuldade de acesso aos serviços públicos, hábitos de vida, aspectos culturais, além do atendimento centrado no cuidado (orientado pela capacidade funcional) de forma a manter a autonomia e independência, fatores fortemente ligados à qualidade de vida (BRASIL, 2014).

“É importante sinalizar que o envelhecimento não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas de maior vulnerabilidade, requerendo cuidados que considerem as especificidades da população que envelhece” (BRASIL, 2014, p. 25).

Na avaliação do idoso, Moraes (2012) enfatiza que o declínio funcional não deve ser considerado um processo normal do envelhecimento ou ser atribuído à velhice, mas deve desencadear um processo de investigação que permita, ao final, a elaboração de um processo terapêutico. O declínio funcional atinge não somente o idoso, mas toda a família e cuidadores, significando muitas vezes institucionalização, complicações que podem culminar com internação hospitalar e morte (BRASIL, 2014).

Os funcionários que atuam na assistência à saúde dos idosos, não raro, responsabilizam as famílias pela falta de cuidados a eles e até por maus tratos, mas, apesar disso, mostram-se despreparados para lidar com tal situação (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

Segundo Pereira *et al.* (2016), embora envelhecimento não seja o mesmo que adoecimento, alguns problemas de saúde tornam-se mais frequentes e podem levar ao prejuízo da funcionalidade em idosos e diminuição da qualidade de vida, sendo assim, a capacidade de adaptação às mudanças biológicas determina, de certa forma, o processo saúde-doença do idoso.

A avaliação global do idoso na atenção básica deve ser desenvolvida por equipe multiprofissional, que enfatize a avaliação da qualidade de vida e principalmente a funcionalidade, pois ele se relaciona, muitas vezes, com doenças ainda sem diagnóstico e influencia na recuperação do idoso, cuja situação de saúde é diversa, mas, a partir da avaliação funcional é possível conhecer e quantificar as dificuldades funcionais do idoso e elaborar um projeto terapêutico adequado (BRASIL, 2007).

Alimentação e nutrição fazem parte da avaliação global da pessoa idosa (BRASIL, 2007). Segundo Acuña e Cruz (2004), a avaliação do estado nutricional do idoso é de grande importância, mas não dispõe de um padrão ouro de diagnóstico de distúrbios nutricionais. Na avaliação nutricional é importante observar o índice de Massa Corporal (IMC) recomendado pela OMS, no qual os pontos cortes a serem considerados são diferentes dos utilizados para adultos, o que é justificável pelas mudanças ocorridas devido ao envelhecimento, como diminuição da altura e peso,

perda da massa óssea, perda do tônus muscular, alteração postural e outras (BRASIL, 2007).

Acuña e Cruz (2004) destacam que na avaliação nutricional do idoso deve haver a verificação de comprometimento funcional por ser este um forte preditor de complicações e a dependência do idoso para se alimentar relaciona-se com a mortalidade.

Em relação ao hábito alimentar, é importante atentar para a perda da autonomia que algumas vezes os idosos apresentam para comprar os alimentos, prepará-los e ingeri-los. Tem-se também a perda de apetite e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos. A perda parcial ou total da visão também dificulta a seleção, preparo e consumo dos alimentos (o que torna importante a avaliação da acuidade visual) e a perda ou redução da capacidade olfativa pode interferir no apetite. Os idosos podem ainda ter alterações de peso recente em decorrência de dificuldades de mastigação, sendo assim, tal condição deve ser pesquisada (BRASIL, 2007).

Com relação à autonomia do idoso e à alimentação, Sass e Marcon (2012) esclarecem que a autonomia funcional influencia no preparo e consumo de alimentos e a falta dela pode resultar em desnutrição, sendo assim, a incapacidade funcional pode ser um indicador de risco nutricional.

A avaliação da incontinência urinária, da sexualidade e da situação vacinal fazem parte da avaliação global da pessoa idosa (BRASIL, 2007). No que se refere à incontinência urinária, pode ser usada a Medida de Independência Funcional (MIF), que contém um algoritmo útil na avaliação desse dificultador (BRASIL, 2007).

Destaca-se ainda que a incontinência esfinteriana, segundo Moraes (2012, p. 30), “É decisiva para a dependência do indivíduo. A perda do controle esfinteriano é causa importante de restrição da participação social, limitando a mobilidade e levando ao isolamento social do indivíduo”.

A Medida de Independência Funcional avalia a incapacidade de idosos, verificando quantitativamente a carga de cuidados necessária demandada para a realização de tarefas motoras e cognitivas de vida diária, sendo que entre estas atividades avaliadas estão: os autocuidados, transferências, locomoção, controle esfincteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Para avaliação cognitiva, alguns instrumentos podem ser utilizados, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que é uma escala para avaliação do estado mental (BRASIL, 2007). Segundo Melo e Barbosa (2015), o MEEM tem como objetivo avaliar o estado mental e sintomas de demência, possibilitando uma avaliação padrão, simplificada e rápido sendo atualmente o teste de rastreio cognitivo mais utilizado no mundo. Entretanto, alguns instrumentos são indicados como complemento do MEEM, por exemplo, o desenho do relógio, o Teste de Fluência Verbal por Categorias e o Questionário Pfeffer (QPAF – Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional) (BRASIL, 2007).

Abordando o teste do desenho do relógio, Montiel *et al.* (2014) esclarecem que é um teste simples e rápido, usado para rastreio e avaliação da memória, função motora, execução e compreensão verbal, sendo o declínio cognitivo evidenciado pela informação errada do horário indicada pelo idoso. No teste de fluência verbal, os domínios como memória operacional, linguagem, capacidade de organização e sequencia são avaliados ao solicitar ao idoso que fale o maior número de palavras de uma categoria indicada, pontuando-se as respostas e desconsiderando as repetições.

Além da avaliação funcional, a depressão não deve ser esquecida na avaliação global dos idosos na Atenção Básica, pois idosos depressivos tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional (BRASIL, 2007). Para avaliação da depressão em idosos, Paradela, Lourenco e Veras (2005) afirmam que a Escala da Depressão Geriátrica é um instrumento muito utilizado, desenvolvido para o rastreio de transtornos de humor, contendo itens de fácil aplicação com perguntas de fácil entendimento. Esta escala possui uma versão reduzida com apenas 15 itens (EDG-

15), elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), tendo como base os itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão.

A avaliação de equilíbrio e marcha, da mobilidade e o risco de quedas devem fazer parte da avaliação do idoso. A Escala de Tinneti, que no Brasil é conhecida como POMA-Brasil, é um instrumento que pode ser utilizado na Atenção Básica (BRASIL, 2007). Karuka, Silva e Navega (2011) esclarecem que este instrumento consiste em 22 tarefas representativas das atividades de vida diária, sendo dividida em duas partes que avaliam o equilíbrio e a marcha.

Com relação às quedas, Machado *et al.* (2009) enfatiza que a avaliação ambiental é importante para prevenção quanto aos perigos que determinado local pode apresentar para os idosos, devendo ser orientados quanto aos possíveis riscos a que estão sujeitos, de acordo com o ambiente, encorajando-os a adaptá-lo, deixando o espaço o mais livre possível de obstáculos para circulação, com conforto e segurança. Destaca-se que a ocorrência de quedas deve ser registrada na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2007).

Sobre a avaliação funcional do idoso, a qual é preconizada pela Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Farias e Buchalla (2005), acrescentam que a deficiência e a incapacidade são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, enfatizando que essa abordagem não deve ser esquecida na avaliação da saúde do idoso.

Sendo assim, no cuidado da saúde do idoso, o profissional não deve centrar sua atenção na doença, mas na integração da família e da comunidade. Ainda, é importante o cuidado do idoso orientado a partir da funcionalidade, buscando sempre a manutenção da autonomia, que pode ser seriamente prejudicada em condições de imobilidade (BRASIL, 2014). Segundo Moraes (2012), por imobilidade entende-se a limitação de qualquer movimento e o grau de imobilidade determinará o grau de dependência do idoso, podendo levá-lo a necessitar de cuidados em tempo integral, repercutindo de forma geral em sua qualidade de vida.

Usualmente, a avaliação funcional da pessoa idosa é realizada verificando-se o desempenho das atividades cotidianas que podem ser divididas em Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (BRASIL, 2007).

Para avaliação das AVD, pode ser utilizado o Índice de Katz, também conhecido como Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), criado por Katz e colaboradores em 1963 e traduzido e validado no Brasil por Lino e colaboradores em 2008. A escala foi organizada para mesurar a capacidade do idoso no desempenho de seis funções básicas hierarquicamente relacionadas, sendo elas: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, continência e alimentar-se. Para cada função são apresentadas três situações distintas, que vão classificar o idoso em independente ou dependente para realizar a dita função (KATZ *et al.*, 1963; LINO *et al.*, 2008).

As AIVDs incluem utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras e tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições e cuidar de sua própria vida financeira. Já os instrumentos utilizados para avaliação levam em consideração a Escala de Lawton e Brody, utilizado neste estudo, e a Medida de Independência Funcional (MIF) (BRASIL, 2007).

Diversos estudos têm sido realizados utilizando a escala de Lawton e Brody para avaliar a capacidade funcional. Cita-se um, realizado por Barbosa *et al.* (2014), que objetivou avaliar a capacidade funcional e analisar as características associadas à incapacidade dos idosos atendidos em uma Unidade da ESF de Montes Claros-MG. Também um estudo realizado por Andrade e Novelli (2015), que utilizou a escala de Lawton e Brody como um dos instrumentos para identificar o perfil funcional de idosos do Centro de Convivência de Santos, São Paulo e, por fim, outro realizado por Imaginário *et al.* (2017), que avaliou se a capacidade funcional para as atividades de vida diária prediz a função cognitiva dos idosos institucionalizados no distrito de Vila Real em Portugal.

De acordo com Del Duca, Silva e Hallal (2009), a incapacidade funcional deve ser fazer parte da rotina de consulta de saúde aos idosos e da avaliação diagnóstica para o planejamento de medidas preventivas e intervenções terapêuticas, pois o

grande desafio para a saúde pública nas próximas décadas é o envelhecimento com maior independência, autonomia e qualidade de vida para o idoso.

A avaliação do idoso também pode ser realizada na Atenção Básica por um instrumento denominado Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa, cuja finalidade é identificar problemas de saúde que podem culminar no declínio funcional (BRASIL, 2007). A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, segundo Pereira *et al.* (2016), permite o rastreamento de diversas disfunções, favorecendo ações de prevenção e promoção da saúde do idoso, motivo pelo qual o Ministério da Saúde recomenda a aplicação sistemática desta avaliação por equipes de Atenção Primária à Saúde.

A avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa é um instrumento que indica a utilização de instrumentos mais complexos quando necessário e é composto por 13 domínios que permitem a averiguação dos seguintes parâmetros: nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor, depressão, cognição e memória, função dos membros superiores, função dos membros inferiores, atividades diárias, avaliação do domicílio, quedas e suporte social. (BRASIL, 2007).

Por fim, após essa pesquisa da avaliação global do idoso na atenção Básica entende-se melhor e destaca-se o conceito da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) comentado pelos autores Farias e Buchalla (2005), o qual afirma que os componentes de saúde são funcionalidade e incapacidade. A partir desse prisma é possível avaliar a saúde e planejar a assistência.

A seguir, apresenta-se o perfil dos idosos assistidos pela Estratégia de saúde da família bem como seus familiares.

4.2 UNIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (UESF) SÃO VICENTE: CONHECENDO O PERFIL DOS IDOSOS, SEUS FAMILIARES/CUIDADORES E OS FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR

A Unidade da ESF São Vicente iniciou suas atividades em 2001. É uma unidade que conta com prédio próprio, situado à rua Mascarenhas de Moraes, número 92, dividida em 11 microáreas dispostas nos bairros Alpha Sul, São Vicente e uma parte no centro da cidade. A população atendida nesse local compõe-se de classes sociais distintas, desse modo, a unidade atende a usuários heterogêneos.

O território adstrito é formado por muitos morros, ladeiras íngremes e escadarias. Em agosto de 2019 contava com 4920 pessoas cadastradas, em um conjunto de 1813 famílias, 859 idosos, 14 acamados, 26 gestantes, 328 crianças menores de 5 anos.

A equipe de saúde é composta por 11 agentes de saúde, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro e 1 médico, 1 auxiliar administrativo e 1 auxiliar de serviços gerais. Além disso, ela é auxiliada por uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) composta por 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 farmacêutico, 1 nutricionista, 1 assistente social e 1 profissional de educação física que exercem suas atividades uma vez por semana, visto que se dividem em outras Unidades da ESFs.

Para avaliar as atividades mais complexas de vida diária, a funcionalidade familiar dos idosos da Unidade da ESF São Vicente de Manhuaçu e alcançar os objetivos da pesquisa de campo foi realizado um estudo transversal com a utilização de alguns instrumentos, sendo esses a escala de Lawton e Brody e o Apgar de Família, conforme apresentado na Seção 2 Material e Métodos. Também foi realizada a caracterização do perfil do idoso e suas famílias. Para tanto, aplicou-se, durante as visitas domiciliares, um instrumento especialmente desenvolvido para tal fim.

O universo da pesquisa foi constituído por 748 idosos, dos quais, 255 foram selecionados para amostra. Desses, 02 foram excluídos por terem evoluído para óbito antes que os dados fossem coletados, 01 por encontrar-se em internação hospitalar nas três tentativas de coletas de dados realizadas na residência do idoso, 01 devido ao fato de ter sido selecionado o casal para amostra, mas depois optou-se por manter apenas um, com o intuito de minimizar viés para a pesquisa. Ainda, 08 idosos se mudaram da área destinada ao estudo antes de sua finalização.

A maior perda de idosos da amostra deveu-se à recusa do idoso, em um total de 15, e do familiar - 29 familiares - em participar da pesquisa. Soma-se a eles, os 33 idosos que, embora se dispusessem a colaborar, moravam sozinhos e distantes de sua família. Dessa forma, foram entrevistados 166 idosos com seus respectivos familiares, na área selecionada para pesquisa da cidade de Manhuaçu (MG).

Ao se considerar o perfil geral dos idosos, tem-se que a maioria era composta por mulheres (61%) entre 60 e 69 anos (44%), brancos (58%), casados (60%), possuem de 3 a 4 filhos (43%). Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Silva *et al.* (2014) e Pinto *et al.* (2016) que realizaram suas pesquisas no Nordeste e no Rio Grande do Sul do Brasil respectivamente e observaram a predominância dos mesmos casos na mesma faixa de idade.

De acordo com Santos *et al.* (2014) tem se observado a feminilização do envelhecimento, como pode ser verificado no presente estudo. Segundo os referidos autores, a expectativa de vida para as mulheres era de 6 anos a mais quando comparado a homens entre 2010 e 2020.

Verificou-se também que a maioria dos idosos (92%) não mora sozinha e que a residência multigeracional estava presente em 56% das famílias. No estudo realizado por Rabelo e Neri (2015) foi possível verificar que dentre os arranjos familiares 41% dos idosos moravam nesse tipo de residência. Analisando o tema, Camarano e El Ghaouri (2003) avaliam que a coresidência no Brasil pode significar melhoria nas condições de vida, especialmente a de idosos com filhos. Esse tipo de moradia tem aumentado, beneficiando ora idosos e ora os filhos, embora tenha indicações de que as gerações mais novas são as mais favorecidas. Em contrapartida, Rabelo e Neri (2015) pontuam que coresidência não é uma garantia de que o idoso receberá o suporte de que necessita.

Ao analisar o tema sob a ótica de Foucault podemos citar Valadares e Soalheiro (2015) que, ao comentarem o filósofo, consideram que todas as relações são permeadas por interesses de poder, incluindo os familiares, uma vez que o poder não é visto como algo para possuir e não está contido em nenhuma instituição ou pessoa, mas que está espalhado em toda parte em uma relação inconstante. Os

autores esclarecem que nas residências multigeracionais se observa a divisão de poder entre seus membros, em detrimento da eleição de um único membro. Segundo os autores, nas famílias contemporâneas e democráticas, o poder é compartilhado entre seus membros, sem que isso ocasione uma desorganização familiar, pois todos podem participar das tomadas de decisões dentro da família, fato que contribui para a satisfação pessoal de cada indivíduo ali envolvido.

As relações de poder existem entre um homem e uma mulher, entre aquele que sabe e aquele que não sabe, entre os pais e as crianças, na família. Na sociedade, há milhares e milhares de relações de poder e, por conseguinte, relações de forças de pequenos enfrentamentos, microlutas, de algum modo (FOUCAULT, 2010, p. 231).

Nesse sentido, a relação de poder presente no seio familiar, sob a ótica de Foucault, cita Brígido (2013), o qual declara que onde existem pessoas há uma luta pelo poder, e como somos seres relacionáveis estamos todos envolvidos nessa rede que recebe, gera e distribui poderio. Para Foucault (2010), tais relações estão presentes no seio familiar assim como na sociedade em geral.

Na presente pesquisa observou-se diversas formas de organização do poder no seio familiar, e que cada família, de acordo com sua estruturação e realidade, divide ou administra o poder e a vida com os idosos de forma distinta. Identificou-se também que em famílias de idosos mais jovens, nas quais eles ainda usufruem de boas condições de saúde e independência funcional e financeira, boa parte do *poder* está nas mãos deles, mesmo convivendo em residências multigeracionais. Porém, nesses mesmos tipos de lares, quando o idoso possui uma dependência funcional ou financeira ele pode vir a ter uma postura mais submissa e menos influente nas decisões familiares, não constituindo uma regra visto que muitas vezes este idoso cria estratégias de resistência mantendo certa autonomia.

Em residências em que o idoso mora com seu cônjuge, percebe-se muitas vezes o companheirismo e a divisão de poderes numa convivência harmoniosa. No entanto, não pode-se afirmar que isso ocorre com 100 % dos casais idosos, pois observou-se que, quando um dos cônjuges torna-se mais dependente do outro, pode ocorrer um desequilíbrio na divisão do poder. Em última análise, idosos que moram sozinhos tendem a ter maior autonomia nas decisões da própria vida. Ainda, percebe-se que

as relações de poder não são fáceis de serem analisadas, visto que ocorrem muitas vezes de forma velada e podem ser influenciadas por diversas características, como a estrutura familiar, além dos aspectos emocionais, financeiros e físicos do próprio idoso ou dos outros membros da família.

Com relação à renda individual dos idosos, a maioria (68%) declarou ganho mensal estimado de até 3 salários mínimos. Ao analisarmos se o idoso possui receita própria e qual o seu poder aquisitivo, compreende-se suas condições de prover os seus gastos com necessidades diárias e cuidados de saúde sem o auxílio familiar. Isso se dá porque a renda é um dos fatores que influenciam na manutenção da independência do idoso e em seu poder de decisão.

Nesse aspecto, é importante destacar que na presente pesquisa a maioria dos idosos contribui com a renda familiar (95%), sendo assim, o valor total é dividido com os outros familiares e, muitas vezes, nenhum percentual é utilizado pelos idosos para custear seu próprio cuidado. Esse dado foi encontrado em outros estudos realizados, como de Rabelo e Neri (2015), que investigaram as relações entre configuração familiar, idade, sexo e condições de saúde física e saúde psicológica em idosos, constando que 93.2% deles contribuem total ou parcialmente para a renda familiar.

Quanto à escolaridade, a maioria dos idosos não possui o ensino fundamental completo (65%). Ao analisarmos a escolaridade, consideramos que ela influencia diretamente na independência, uma vez que diversos cuidados de saúde e atividades dependem da leitura e entendimento, por exemplo, as receitas médicas, a leitura e assinatura de documentos, gerir a vida financeira, enfim, a escolaridade pode garantir uma maior autonomia e independência para o idoso.

Desse modo, ao analisar a repercussão da escolaridade na vida do idoso, Vianello (2014) considera que a não escolaridade interfere na compreensão oral, causa ineficiência comunicativa e dificuldade de compreensão de conversas, impõe graves dificuldades para compreender a complexidade dos esquemas medicamentosos e recomendações de cuidados gerais de saúde comuns ao idoso.

Ainda nesse viés, dados do IBGE do ano de 2015 demonstram que a taxa de analfabetismo aumentou à medida que a idade avançou, atingindo 22,3% entre as pessoas de 60 anos ou mais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016), embora nesse estudo o percentual de analfabetismo tenha sido 10.9% da amostra total. De acordo com Ferreira *et al.* (2012), com relação à educação na população idosa, as taxas de analfabetismo e baixa escolaridade se justificam devido às dificuldades de acesso à educação que eram bem maiores há algumas décadas quando comparadas com a atualidade.

Ao analisar a forma como os idosos percebem sua saúde, observou-se que 46% julga ter uma boa condição de saúde, o que vai ao encontro do fato de que 85% não precisou ser internada no último ano. Dados semelhantes foram verificados em outros estudos, a exemplo do realizado por Pilger, Menon e Mathias (2011) e Borges *et al.* (2014) que verificaram 54.8% e 47.81% respectivamente de autopercepção de sua saúde, considerando-a como boa. Borges *et al.* (2014) ainda elucidaram no referido estudo que a autopercepção de saúde é um preditor de bem-estar e é influenciada por fatores tais como sexo, idade, suporte familiar, e que a autopercepção de saúde ruim é um alerta de incapacidade funcional.

Ao avaliar o grau de independência dos idosos nas atividades mais complexas da vida diária conclui-se que 56% da amostra foi considerada independente, segundo a Escala de Lawton. Esses dados são coerentes com outros estudos realizados, como o de Rabelo e Neri (2015) e Pinto *et al.* (2016), os quais verificam que 58.2% e 54.6% respectivamente dos idosos avaliados se apresentam como autônomos.

É importante ressaltar que a dependência funcional do idoso influencia em sua qualidade de vida, bem como na manutenção de seu papel dentro da família e da sociedade, além de torná-lo dependente dos cuidados de familiares e cuidadores (RABELO; NERI, 2015).

4.2.1 Perfil da Família e Cuidadores de Idosos assistidos pela ESF São Vicente

Para garantir um bom cuidado ao idoso é muito importante conhecer a família e quem está intimamente mais próximo a ele. Segundo Camarano e El Ghaouri (2003), é fundamental conhecer a estrutura familiar que cerca o idoso e as mudanças que ocorreram nas famílias brasileiras a fim de entender o suporte material e emocional recebido pelo idoso.

Sendo assim, a presente pesquisa analisou o perfil dos 166 familiares que representaram o grupo familiar dos 166 idosos, correspondendo a 100 % da amostra. Observou-se que a maioria dos familiares que responderam à pesquisa é do sexo feminino (69%), tem 50 anos ou mais de idade (59%), é branca (54%), casada (57%), possui três ou mais filhos (35.5%), não exerce trabalho remunerado (57%), não é aposentada (59%) ou pensionista (91%).

Nem todos os familiares consideravam-se cuidadores dos idosos ou responsáveis por gerir a vida desses, no entanto, o número dos familiares que se identificaram com esse papel é de 96(58%). A maioria desses considera exercer a função por opção (83.7%), enquanto os outros sentem-se obrigados a fazê-lo (16.3%). Baptista *et al.* (2012) declaram que muitas vezes a função de cuidar é imposta pela família a um membro que ela julga mais disponível ou preparado para exercer o cuidado, mesmo que ele não se sinta preparado para tal. Os autores ainda pontuam que o familiar pode assumir a função de cuidar por não existir dentro da família outro membro disponível para cumprir esse papel.

Nesse cenário, dos familiares que se identificaram como cuidadores dos idosos, 71% eram do sexo feminino. Esses dados reafirmam os encontrados em outros estudos, como o de Santos e Pavarine (2012), e Fernandes e Garcia (2009), nos quais pode-se observar que a função de cuidar ainda é considerada uma tarefa feminina. Nascimento *et al.* (2008) afirmam ainda que na família a função de cuidar é vista como papel primário da esposa, seguida pelas filhas. Dentro desse contexto, Baptista *et al.* (2012) pontua que diversos estudos pelo mundo dão à mulher o papel de *grandes cuidadoras* devido ao fato de que culturalmente tal conceito está socialmente inserido no papel materno da mulher, ou seja, o de cuidar, uma das tarefas domésticas assumidas por ela, mesmo quando está ativa no mercado de trabalho.

Um outro aspecto importante, observado em um estudo realizado por Araújo *et al.* (2013), os autores argumentam que conhecer a escolaridade de quem acompanha o idoso ou de quem cuida dele é fundamental, pois influenciará diretamente na qualidade da assistência recebida. Os referidos autores afirmam que diversas atividades de cuidado estão diretamente relacionadas à compreensão, por exemplo, da leitura de bulas de medicações ou mesmo o acompanhamento em atividades de educação em saúde. Além disso, a pouca escolaridade dificulta a compreensão do que acontece com o idoso. Nesse sentido, observou-se que a maioria dos familiares não concluiu o ensino fundamental (38%), o que pode dificultar o apoio e suporte que o familiar cuidador pode dedicar ao idoso sob seus cuidados.

Além da escolaridade, a renda familiar pode e muito afetar a qualidade de vida do idoso, visto que interfere, entre outros fatores, no acesso a bens e serviços de saúde, incluindo a adesão ao esquema terapêutico recomendado. Verificou-se que a renda familiar foi estimada em até 3 salários mínimos em 47% das famílias. Podemos observar dados semelhantes a esse em outros estudos, a exemplo, no de Torres *et al.* (2009) que verificou a funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílio, cuja renda familiar foi de 1 a 3 salários mínimos em 53.85% dos casos.

A presente pesquisa não se restringiu em conhecer exclusivamente o idoso e sua família, mas teve como meta procurar entender como se dão as relações entre a família e o idoso e a funcionalidade familiar na visão de uma pessoa próxima ao idoso. Nesse sentido, a maioria das famílias que participou desse estudo demonstrou boa funcionalidade familiar, somando 89,7% dos casos, porcentagem semelhante a outros estudos realizados, como o de Vera *et al.* (2015) e Santos e Pavarini (2012), no qual observou-se que a dinâmica familiar se pauta pela boa funcionalidade.

A respeito dos desafios enfrentados pelo núcleo familiar e as mudanças que ocorrem dentro dele, Camarano e El Ghaouri (2003) comentam que as famílias, como instituições resistentes, não têm permitido o enfraquecimento de seus laços, demonstrando que há um esforço por manter boa relação entre todos os membros e prestar cuidados aos seus, em especial, aos idosos.

Dessa forma, apresentamos a seguir os resultados da análise, entendendo a importância da forma como a família percebe sua relação com o idoso.

4.2.2 Condições socioeconômicas e de saúde associadas à funcionalidade familiar de idosos assistidos pela Unidade da ESF São Vicente

Ao analisar a associação das características dos idosos com a moderada ou elevada alteração da funcionalidade familiar, observa-se associação entre a faixa etária, estado civil, número de filhos, fonte de renda do idoso e dependência para as AIVDs. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Campos *et al.* (2017) que avaliou a funcionalidade familiar sob a ótica de idosos de mais de 60 anos de idade da cidade de Sete lagoas (MG). Os autores observaram que houve associação significativa entre funcionalidade familiar, o estado civil, o número de filhos e dependência funcional para AIVD.

Em relação à faixa etária (Tabela 1), verificou-se associação entre a idade e a moderada ou elevada alteração da funcionalidade familiar, indicando que, no caso dos idosos mais velhos, acima de 80 anos de idade, o risco de prevalência da familiar é maior, encontrada nos estudos realizados por Gonçalves *et al.* (2013) e por Torres *et al.*, (2009). Isso ocorre devido ao elevado desgaste familiar e a dependência do idoso, mais facilmente encontrada nessa faixa etária, ocasionando estresse familiar, às mudanças nos papéis dos familiares e no seio familiar como um todo, e às maiores dificuldades de adaptação familiar ocasionada pela relevante dependência funcional, podendo gerar crises e conflitos ou tornar o cuidado mais penoso para o cuidador (GONÇALVES *et al.*, 2013; TORRES *et al.*, 2009).

Apresenta-se a seguir a Tabela 1 deste estudo que apresenta a comparação do perfil geral dos 166 idosos avaliados à funcionalidade familiar dos mesmos.

Tabela 1 – Perfil geral dos idosos comparado à funcionalidade familiar

Variáveis	Perfil geral dos Idosos		Apgar Familiar				P
	n= 166		Boa Funcionalidade familiar n =149		Moderada/elevada alteração da funcionalidade familiar n = 17		
Sexo							
Masculino	64	(39)	58	(38,9)	6	(35,3)	0.771 ¹
Feminino	102	(61)	91	(61,1)	11	(64,7)	
Faixa etária: DP = 8,175							
Até 79 anos	130	(78.3)	120 ²	(80,5)	10	(58,8)	0.040¹
80 anos ou mais	36	(21.7)	29	(19,5)	7 ²	(41,2)	
Etnia							
Branco	96	(58)	83	(55,7)	13	(76,5)	0.100 ¹
Pardo/Negro	70	(42)	66	(44,3)	4	(23,5)	
Estado Civil							
Casado	99	(60)	95 ²	(63,8)	4	(23,5)	0.005¹
Solteiro/viúvo	55	(33)	45	(30,2)	10 ²	(58,8)	
Outros	12	(7)	9	(6,0)	3	(17,6)	
Número de filhos							
0	13	(7.8)	9	(6,0)	4 ²	(23,5)	0.008¹
1 a 2	34	(20.5)	32	(21,5)	2	(11,8)	
3 a 4	72	(43.4)	69 ²	(46,3)	3	(17,6)	
5 ou mais	47	(28.3)	39	(26,2)	8	(47,1)	
Residência Multigeracional							
Não	76	(45.8)	66	(44,3)	10	(58,8)	0.255 ¹
Sim	90	(54.2)	83	(55,7)	7	(41,2)	

¹ = Qui-quadrado de Pearson. DP= desvio padrão² = Resíduo ajustado do $\chi^2 > 1.96$

A associação de idosos mais velhos com a dependência funcional pode ser observada em demais estudos, dos quais destacam-se Farias-Antunez e Fassa (2014), Fernandes e Garcia (2009) e Pinto *et al.*, (2016). Tal situação se deve principalmente à associação direta da idade com a fragilidade (prevalência quatro vezes maior em idosos com 75 anos ou mais) e também pelo fato de a idade do idoso ser um fator de risco importante para muitas doenças que tendem a produzir dependência (FARIAS-ANTÚNEZ; FASSA, 2014, FERNANDES; GARCIA, 2009; PINTO *et al.*, 2016).

Quanto ao estado civil (Tabela 1) foi evidenciada a associação entre o idoso solteiro ou viúvo e a moderada ou elevada alteração da funcionalidade familiar. Outros estudos encontraram resultado semelhante, como o de Farias-Antúñez e Fassa (2019), Rabelo e Neri (2015), Vera *et al.* (2015) e Campos *et al.* (2017). Dados importantes foram elencados pelos autores, por exemplo, a associação entre a ausência de cônjuge e a presença de fragilidade, o estímulo a uma vida ativa produzida pela presença de cônjuge ou familiar, a segurança dos laços familiares na velhice e a perda desta segurança ocasionada pela separação, o que pode, neste último caso, significar perda de vínculo e de suporte, especialmente aos idosos dependentes (FARIAS-ANTÚNEZ; FASSA, 2019; RABELO; NERI, 2015; VERA *et al.*, 2015; CAMPOS *et al.*, 2017).

Ainda foi observada na presente pesquisa a associação do número de filhos dos idosos (Tabela 1) com a funcionalidade familiar, indicando que o fato de o idoso não ter filhos pode colocá-lo em risco de moderada ou elevada alteração da funcionalidade familiar. Em contrapartida, associou-se o fato de possuir 3 a 4 filhos à boa funcionalidade familiar. Resultados semelhantes foram encontrados por Campos *et al.* (2017), o qual relata que a ausência de filhos foi um dos fatores que acarretou o aumento em 70% da chance de o idoso ter uma família com alteração da funcionalidade, juntamente com ausência de netos e déficit cognitivo. Os autores ainda afirmam que a ausência de filhos pode significar a falta de uma rede de suporte ao idoso, ausência de auxílio nas atividades diárias e vínculo de segurança (CAMPOS *et al.*, 2017).

Desse modo, infere-se que os filhos são o suporte de cuidado dos pais na velhice, sendo esse um costume cultural forte. Analisando o parentesco dos familiares que participaram da pesquisa, 37% eram filhos dos idosos, seguidos por netos, em um total de 9.6%, ficando atrás somente dos cônjuges, somando estes 41% da amostra selecionada.

Outro item avaliado que demonstrou associação com a alteração da funcionalidade familiar foi o fato de o idoso ser pensionista (Tabela 2), sugerindo que a pensão estaria relacionada à moderada ou elevada modificação dessa funcionalidade. Nesse caso, considerou-se que tal associação se deve ao estado civil do idoso, visto que no Brasil a pensão é disponibilizada em caso de morte do cônjuge, logo, reforça a importância da existência do companheiro para a boa funcionalidade familiar.

A seguir apresenta-se a tabela 2 que contém a comparação do perfil sócio econômico dos idosos com a funcionalidade familiar.

Tabela 2 – Perfil sócio-econômico dos idosos comparado à funcionalidade familiar.

Variáveis	Perfil geral dos Idosos		Apgar Familiar		P
	n= 166		Boa Funcionalidade familiar n =149	Moderada/elevada alteração da funcionalidade familiar n = 17	
Escolaridade					
Analfabeto	18	(10.9)	16	(10,7)	0.9 97 ¹
Alfabetizado	35	(21.0)	32	(21,5)	
1º Grau	67	(40.3)	60	(40,3)	
incompleto/completo					
2º Grau	19	(11.5)	17	(11,4)	
incompleto/completo					
Superior	27	(16.3)	24	(16,1)	

Continuação

Variáveis	Perfil geral dos Idosos		Apgar Familiar		P		
	n= 166		Boa Funcionalidade familiar n =149		Moderada/elevada alteração da funcionalidade familiar n = 17		Qui-quadrado de Pearson
Aposentadoria							
Não	36	(21.6)	29	(19,5)	7 ²	(41,2)	0.040¹
Sim	130	(78.4)	120	(80,5)	10	(58,8)	
Pensão							
Não	128	(77)	119 ²	(79,9)	9	(52,9)	0.012¹
Sim	38	(23)	30	(20,1)	8 ²	(47,1)	
Trabalha							
Não	141	(85)	125	(83,9)	16	(94,1)	0.264 ¹
Sim	25	(15)	24	(16,1)	1	(5,9)	
Renda pessoal							
(<1 SM)	49	(29.5)	43	(28,9)	6	(35,3)	0.712 ¹
(1,1 - 3 SM)	64	(38.5)	58	(38,9)	6	(35,3)	
(3,1 - 5 SM)	17	(10.3)	14	(9,4)	3	(17,6)	
(5,1 - 7 SM)	4	(2.5)	4	(2,7)	0	(0,0)	
(> 7,1 SM)	7	(4.2)	6	(4,0)	1	(5,9)	
Não respondeu	25	(15)	24	(16,1)	1	(5,9)	
Religião							
Católicos	107	(64.4)	95	(63,8)	12	(70,6)	0.660 ¹
Evangélicos	53	(32)	48	(32,2)	5	(29,4)	
Outros	6	(3.6)	6	(4,0)	0	(0,0)	

¹ = Qui-quadrado de Pearson. DP= desvio padrão

² = Resíduo ajustado do $\chi^2 > 1.96$

A situação de não aposentadoria dos idosos (Tabela 2) mostrou associação com a alteração da funcionalidade familiar. No estudo realizado por Reis e Trad (2016), no qual os autores pesquisaram os fatores que interferem no suporte familiar, considerou-se que a dependência financeira do idoso foi um dos fatores que mais influenciou na qualidade do suporte familiar recebido, porque é um dos dificultadores

da assistência familiar. Nesse caso, os autores levaram em conta que a falta de dinheiro pode mudar a dinâmica familiar e ser responsável por comportamento agressivo e irritação entre os membros familiares (REIS; TRAD, 2016).

Corroborando com esse pensamento, ao analisar a influência de questões de ordem financeira dos idosos nas relações familiares, Rabelo e Neri (2015) apontam que eles comumente priorizam as necessidades de descendentes em detrimento das suas, esperando que isso os proteja de possível abandono e maus tratos, enquanto ocorre a dependência física e cognitiva.

Ainda analisando as finanças e possíveis interferências nas relações familiares, Santos, Silveira e Farinelli (2014) acrescentam que, além de haver o fato de o idoso ser dependente financeiramente da família, deve-se considerar também a realidade da família dependente do idoso quando ele se torna responsável pela manutenção econômica da família. Afirmam ainda que as contribuições financeiras dos idosos são provenientes de benefícios, pensões ou aposentadorias do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), fato também constatado nesse estudo em 78.3% dos casos. Camarano e El Ghaouri (2003) acrescentam que o benefício social tem importante função nesse aspecto, assim, a renda do idoso tem papel fundamental em muitas famílias.

Ao analisar a influência da capacidade funcional (Tabela 3) no âmbito familiar, encontrou-se que, dos idosos estudados que apresentaram boa funcionalidade familiar, 59.7% foram considerados independentes, segundo a escala de Lawton e Brody, enquanto que os idosos que obtiveram uma moderada ou elevada alteração da funcionalidade familiar, 76.5% foram classificados com algum grau de dependência, evidenciando assim a associação do acometimento funcional com a alteração da funcionalidade familiar.

A seguir apresenta-se a tabela 3 que contém a comparação do estilo de vida e saúde dos 166 idosos avaliados com a funcionalidade familiar.

Tabela 3 – Comparação do Estilo de Vida e Saúde dos idosos com à funcionalidade familiar.

Variáveis	Perfil geral dos Idosos		Apgar Familiar				P
			Boa Funcionalidade familiar	Moderada/elevada alteração da funcionalidade familiar			
	n= 166		n =149		n = 17		
Atividade Física							
Não	114	(68,7)	101	(67,8)	13	(76,5)	0.464 ¹
Sim	52	(31,3)	48	(32,2)	4	(23,5)	
Atividades de Lazer							
Não	102	61,5	90	(60,4)	12	(70,6)	0.414 ¹
Sim	64	38,5	59	(39,6)	5	(29,4)	
Uso de bebida alcoólica							
Não	143	(86)	(128)	(85,9)	15	(88,2)	0.792 ¹
Sim	23	(14)	(21)	(14,1)	2	(11,8)	
Tabagismo							
Não	153	(92)	(137)	(91,9)	16	(94,1)	0.752 ¹
Sim	13	(8)	(12)	(8,1)	1	(5,9)	
Considera sua saúde							
Ótima	29	(17,5)	26	(17,4)	3	(17,6)	0.114 ¹
Boa	77	(46,4)	71	(47,7)	6	(35,3)	
Razoável	52	(31,3)	47	(31,5)	5	(29,4)	
Ruim	6	(3,6)	4	(2,7)	2	(11,8)	
Péssima	2	(1,2)	1	(0,7)	1	(5,9)	
Internação nos últimos 12 meses							
Não	141	(85)	124	(83,8)	16	(94,1)	0.260 ¹
Sim	25	(15)	24	(16,2)	1	(5,9)	
Doenças Crônicas							
Não	35	(21)	32	(21,5)	3	(17,6)	0.714 ¹
Sim	131	(79)	117	(78,5)	14	(82,4)	

Continuação

Variáveis	Perfil geral dos Idosos		Apgar Familiar				P
			Boa Funcionalidade familiar		Moderada/elevada alteração da funcionalidade familiar		
	n= 166		n =149		n = 17		
Escala de Lawton e Brody							
Independente	93	(56)	89 ²	(59,7)	4	(23,5)	0.004¹
Algum grau de dependência	73	(44)	60	(40,3)	13 ²	(76,5)	

¹ = Qui-quadrado de Pearson. DP= desvio padrão

² = Resíduo ajustado do $\chi^2 > 1.96$

Nos estudos realizados por Fernandes e Garcia (2009), Torres *et al.* (2009) e Reis e Trad (2016), observou-se a associação entre a alteração da funcionalidade familiar e a incapacidade funcional. Para tanto, os autores consideraram que a incapacidade física do idoso pode ser forte preditora de tensão pela maior demanda de cuidados e de assistência contínua e progressiva, de maior esforço físico e consumo de energia do cuidador(a), além de poder acarretar em uma maior dificuldade para a adaptação familiar, pois o convívio com idoso que apresente o comprometimento funcional pode não acontecer de maneira satisfatória. Por fim, consideram que, pelo fato de a *utilidade* será amplamente cobrada em nossa sociedade, sentir-se inativo pode significar para o idoso sentir-se excluído do seio familiar e da própria sociedade. Torres *et al.* (2009) enfatizam que há um despreparo familiar em lidar com as mudanças ocasionadas por problemas de saúde dos idosos.

Neste sentido, no intuito de avaliar a dinâmica familiar no cuidado com o idoso, pesquisou-se a presença de cuidadores de idosos e sua formação profissional, sendo possível verificar que 56% dos idosos possuem cuidador, cuja maioria (99%) é constituída por familiares sem formação profissional para o exercício do cuidado. Dados semelhantes são observados em outros estudos, como o realizado por Araújo *et al.* (2013) que objetivou descrever o perfil de cuidadores de idosos realizado no município de Ananindeua, Pará. Constatou-se que há a prevalência de cuidadores

familiares (informais), compreendendo 96,8% da amostra. Nesse mesmo estudo, a segunda principal queixa relatada pelos cuidadores foi a falta de formação para o desenvolvimento da função (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Acrescenta-se, ainda, que algumas famílias abordadas no estudo de Reis e Trad, (2016) apresentavam-se desestruturadas para o cuidado do idoso, além disso, foram alvo de violência intrafamiliar após o seu comprometimento funcional.

Nesse sentido, observa-se que a condição de saúde frágil do idoso pode modificar a dinâmica e a economia familiar, influenciando até mesmo no estado de saúde dos membros familiares responsáveis pelo cuidado. Esses dados reforçam a necessidade da abordagem profissional ao idoso, a fim de proporcionar um cuidado que possibilite e incentive a autonomia, contribuindo para a autoestima, reabilitação e investimento no envelhecimento ativo e saudável, contemplando as dificuldades do idoso com limitações físicas, uma vez que elas podem mudar a forma como ele se posiciona e se identifica dentro da sociedade.

Ao pensar sobre o comprometimento funcional sob a ótica de Foucault, cita-se Brígido (2013) que, ao comentar o filósofo, aborda o corpo como algo socialmente preparado para não falhar, apto funcionalmente, fazendo parecer que o ser humano é uma engrenagem ou uma máquina, sendo proibido ou indesejável errar, a fim de mostrar-se sempre útil dentro da sociedade.

Apesar da importância da capacidade funcional e da dependência de cuidados para a dinâmica familiar, ambas não foram fator exclusivo a se relacionarem com a funcionalidade familiar, visto que há também algumas características da vida e estrutura familiar formada pelo idoso que contam para que essa engrenagem funcione.

Nesse íterim, pode-se observar que alguns aspectos estudados aqui e a evidência de sua relação com a alteração da funcionalidade familiar colaboram na consulta e orientações aos idosos e abordagem familiar, nas orientações e intervenções, quer sejam para prevenir a alteração da funcionalidade familiar, quer sejam para auxiliar a família com alteração de sua funcionalidade. As políticas públicas de saúde,

especialmente as representadas pela atenção básica, detêm características necessárias para oferecer esse suporte, representadas pelos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde.

Neste sentido, destaca-se Foucault (2010), pois em sua obra aborda que a Medicina se apoia na ciência, porque se trata de reconhecer a doença, prever sua evolução e escolher a terapêutica adequada. O autor acrescenta ainda que a Medicina é a arte da persuasão, visto que cabe ao médico - entenda-se profissional de saúde - o dever de convencer o doente - ou idoso - e explicar-lhe por que ficou doente e o que precisa fazer agora para se curar, até ele ficar efetivamente convencido a realizar o tratamento. Assim, o autor define a Medicina como a arte do diálogo e da persuasão

O filósofo ainda pontua que a definição de boa Medicina está ligada à sondagem acerca da vida inteira de um doente e não apenas à abordagem de uma doença em si, só receitando remédios ou tratando uma doença, mas sim estabelecendo um regime de vida para o doente (idoso), a fim de que seja possível não só a cura, como também evitar um novo adoecimento. Nesse caso, a persuasão torna-se necessária para que o doente aceite mudanças em seu estilo de vida no que se refere a bebidas, relações sexuais, alimentação, dentre outros (FOUCAULT, 2010).

Acrescenta-se ainda que na busca da manutenção da qualidade de vida dos idosos, Torres *et al.* (2009) sugere que deve haver esquemas assistenciais mais efetivos que permitam o atendimento satisfatório dos idosos e seus familiares, permitindo que eles encontrem as soluções para suas demandas, sendo fundamental para isso o adequado planejamento assistencial do idoso, compreender o contexto, a formação, a dinâmica e o funcionamento familiar.

Ao longo da pesquisa, encontramos alguns fatores que foram limitantes, mas que também mostraram alguns caminhos a seguir e evidenciaram características da população estudada. Um primeiro fator dificultador a ser comentado foi o número de idosos que residiam sozinhos e a uma distância variada de seus familiares, não sendo possível realizar a coleta de dados. Tal fato revela um percentual significativo de idosos que residem sozinhos, somando 13% da amostra total. Nesse ínterim, destaca-se a fala de um dos entrevistados que, ao ser convidado a participar da

pesquisa, disse: “eu sou um lobo solitário, vivo sozinho”, configurando uma estrutura familiar ausente.

Contudo, Rabelo e Neri (2015) pontuam que, apesar de os domicílios unipessoais abrigarem idosos doentes e com problemas familiares, não significa necessariamente abandono familiar, solidão ou sofrimento psicológico, isso porque essa moradia tem se tornado mais comum, tornando-se uma escolha de alguns idosos que têm condições financeiras e de saúde, pois desejam e valorizam a privacidade.

Outro fator limitante foi a recusa de muitos familiares em participar da pesquisa, mesmo sendo esclarecidos a respeito dela, somando 11% da amostra total. Entende-se que muitas vezes a decisão em colaborar recai sobre a percepção que o familiar tem acerca do assunto, visto que, quando prevalece a visão de um avaliador das condutas e dos cuidados que são dispensados ao idoso, sobressai o receio de julgamentos ou de se expor.

Apesar das limitações encontradas, consideramos que o presente trabalho foi de grande valia para conhecimento das características dos idosos na região estudada e a verificação dos fatores que têm interferido na saúde familiar do público-alvo, possibilitando a avaliação da conduta profissional frente ao idoso e sua família.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e brasileira, sendo resultado do aumento gradual da expectativa de vida e da queda nas taxas de fecundidade. Esse novo perfil demográfico traz consigo mudanças no cenário da saúde, uma vez que ocorre o aumento das doenças crônico-degenerativas potencialmente incapacitantes, tornando muitas vezes o idoso parcialmente ou totalmente dependente de sua família e/ou cuidadores.

Em relação à importância da família para o idoso, verificou-se que ela é o principal suporte, além da sociedade e o Estado, o qual também é representado pelas Unidades da ESFs e consequentemente pelos profissionais da saúde no atendimento aos idosos e sua família na Atenção Básica.

Observou-se também que algumas características das famílias brasileiras podem dificultar a dinâmica familiar no cuidado com o idoso, como o desemprego, as questões financeiras, acesso aos serviços de saúde, redução do número de membros familiares em casa disponíveis para exercer o cuidado, uma vez que a mulher adentrou ao mercado de trabalho. Além disso, muitas vezes a estrutura familiar que foi estabelecida para cuidar de um indivíduo total ou parcialmente dependente se encontra debilitada, carente de auxílio. Ademais, também necessita de um suporte profissional que ajude na compreensão das limitações do idoso e de suas próprias deficiências, a fim de encontrar as melhores estratégias que possam vir a solucionar as questões diversas que envolvem esse cenário.

Pensando nisso, foi feita uma investigação quanto ao cuidado do idoso dependente e das mudanças no arranjo familiar, com um olhar sobre o fato de que o cuidar exige renúncia e dedicação, logo, não é uma função fácil de ser desempenhada, principalmente quando a pessoa a quem os cuidados são direcionados é totalmente dependente, como é o caso de um grande número de idosos. Com a responsabilização da família pelo zelo com os seus e sendo o núcleo familiar o principal apoio de todos os seus membros em diferentes fases de vida, nota-se o grande desafio familiar, sendo necessário o fortalecimento dessa estrutura de forma

a adaptar-se e manter a sua boa funcionalidade, pois o bem-estar familiar pode influenciar os relacionamentos com os outros e o desempenho em diferentes áreas da vida de cada membro familiar.

Reforça-se, que, apesar do fato de, ao longo dos anos, a família ter passado por várias situações difíceis que podem fortemente abalá-la, a sua capacidade de superar esses cenários determinaram e determinará o seu bem-estar como um todo e individualmente.

Observa-se sistematicamente que a sobrecarga familiar pode estar relacionada ao conhecimento insuficiente por parte de toda a família do atual estado de saúde do idoso, suas reais necessidades e quais as mudanças esperadas dentro de seu quadro clínico. Assim, frente ao desconhecido, a família comporta-se apenas reagindo às necessidades diárias, mas sem um planejamento que contemple a realidade na qual está inserida, ou seja, verificar sua limitação, constatar a necessidade de superação e detectar em que área precisará de auxílio dos profissionais de saúde.

Além das situações citadas, o principal cuidador do idoso, geralmente um familiar, pode assumir esta função por pressão familiar ou por relação de afeto e, nesse último caso, cobra-se em demasia, pois suas limitações pessoais e financeiras não permitem satisfazer todas as necessidades desse membro da família. Incorre muitas vezes também de o cuidador estar com idade avançada, limitando ainda mais sua capacidade de atender a todas as necessidades do idoso dependente. Tal cenário também é um fato de soma ao sobrepeso que a família recebe.

Observa-se que há a necessidade do cuidado e atenção à saúde do cuidador para que ele goze de plenas condições física e mental, a fim de que exerça o cuidado de forma a proporcionar harmonia e contribuir para satisfação e funcionalidade familiar. Para tanto, a família deve ser encorajada a realizar a divisão de tarefas no cuidado do idoso, com o intuito de evitar a sobrecarga de um de seus membros.

Embora a maioria dos estudos aborde a questão da sobrecarga do cuidador, na verdade, ela demonstra a incapacidade familiar de reagir à dependência de um de seus membros de forma a manter a divisão de tarefas, configurando, muitas vezes,

até mesmo o abandono de alguns familiares a esse idoso. Sendo assim, torna-se primordial que os profissionais mantenham seu olhar para além do idoso, alcançando a família que lhe acolhe. Para isso, existem diversos instrumentos que podem ser utilizados na avaliação da dinâmica familiar, sendo o Apgar de Família um deles.

Desse modo, torna-se importante que o profissional, munido de conhecimentos científicos e dos aspectos característicos da população que atende, utilize dessas ferramentas para persuadir a terapêutica adequada ao engajamento familiar, visando a saúde e qualidade de vida do idoso, bem como a de sua família. Logo, o aspecto familiar é um dos pontos essenciais na consulta ao idoso, uma vez que um ambiente familiar saudável promove um espaço terapêutico favorável à manutenção da qualidade de vida dele.

No entanto, a valorização da família dentro do processo terapêutico não exclui a consulta profissional ao idoso, bem como sua avaliação individual e global, a valorização de sua fala e seus sentimentos, a escuta ativa, o entendimento de suas necessidades, o estímulo ao envelhecimento ativo, a detecção de alterações funcionais e cognitivas que permita a intervenção precoce, o estímulo à autonomia e poder de decisão sempre que possível, a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Portanto, para que haja um atendimento qualificado ao idoso e sua família, faz-se necessário conhecer a população diariamente atendida, entendendo seus conflitos e limitações ao assumir o cuidado do idoso e os riscos potenciais de sobrecarga familiar. Dessa forma, realizou-se a pesquisa de campo apresentada nessa dissertação, pela qual foi possível verificar que existe associação entre a alteração da funcionalidade familiar com os idosos com algum grau de dependência funcional. Sendo assim, a incapacidade funcional exerce um efeito estressor familiar, modifica a rotina e as despesas familiares com a saúde do idoso, além de exigir uma adaptação à nova realidade. Do mesmo modo, promove reações diversas do próprio idoso, de um cuidador sobrecarregado, dos membros familiares de forma geral, levando, por fim, à necessária intervenção profissional.

Os dados analisados mostraram questões significativas em relação à funcionalidade familiar. Observou-se que, embora a maioria das famílias consiga reagir e adaptar-se a situações diversas, apresentando boa funcionalidade familiar, algumas características especiais relacionadas ao idoso podem dificultar o processo, como é o caso dos que são solteiros ou viúvos, que não possuem filhos, não aposentados e pensionistas.

Percebe-se que algumas situações que afetam a funcionalidade familiar são passíveis de prevenção e tratamento, a exemplo da incapacidade funcional por meio do atendimento multiprofissional qualificado, comprometido e com intervenção precoce. No entanto, outros aspectos são fruto de história de vida de cada pessoa, suas escolhas ou as que a própria vida fez por ela. Importante ressaltar que nenhum desses fatores isoladamente associados à alteração da funcionalidade familiar são determinantes e que nenhum deles por si só, mesmo que a essa esteja estabelecida, impede a restauração dessa funcionalidade.

Consideramos de extrema relevância estudos que como este, avaliem além do perfil do idoso, o perfil dos cuidadores familiares, almejando um direcionamento acertivo no planejamento das ações dos profissionais de saúde e gestores da saúde para a população idosa.

Ao final, entende-se que os caminhos assinalados vão além dessa pesquisa, mostrando a necessidade de estudos e projetos que contemplem o idoso, a estrutura familiar e possível alteração da funcionalidade familiar.

REFERÊNCIAS

ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo**, v. 48, n. 3, p. 345-61, jun. 2004

ALMEIDA, C. C. L. Saúde coletiva: elementos para o trabalho com famílias. DUARTE, M. J. O. *et al.* (Org.). **Políticas de saúde de hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p. 179-81.

ANDRADE, N. B.; NOVELLI, M. M. P. C. Perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores dos Centros de Convivência para idosos da cidade de Santos, SP. **Caderno de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 143-52, 2015.

ANSAI, J. H.; SERA, C. T. N. Percepção da autonomia de idosos longevos e sua relação com fatores sociodemográficos e funcionais. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 5, p.189-200, set. 2013.

ARAÚJO, J. S. *et al.* Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 149-58, 2013.

BAPTISTA, B. O. *et al.* A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n. 31, p.147-56, mar. 2012.

BARBOSA, A. M. G. Instrumentos para compreensão da família. **Universitas**, Mogi Mirim, ano 5, n. 9, p. 11-26, jul./dez. 2012.

BARBOSA, B. R. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-25, ago. 2014.

BORGES, A. M. *et al.* Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. Ministério da Saúde: Brasília; 2014.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política nacional para o idoso**. Brasília, DF, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 1994.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Edição 183, Seção 1, p. 68.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 14.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.

BRÍGIDO, E. I. Michel Foucault: uma análise do poder. **Revista de Direito Econômico Socioambiental**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 56-75, jan./jun. 2013.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 254-71, 2004.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Rio de Janeiro: Ipea, 2003.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 358-67, 2017.

COUTO, A. M.; CALDAS, C. P.; CASTRO, E. A. B. Cuidador familiar de idosos e o cuidado cultural na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 3, p. 959-66, 2018.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, out. 2009.

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

FARIAS-ANTÚNEZ, S.; FASSA, A. C. G. Prevalência e fatores associados à fragilidade em população idosa do Sul do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, p. e2017405, 2014.

FALCETO, O. G. **Famílias com desenvolvimento funcional e disfuncional: validação das escalas diagnósticas FACES III, Beavers -Timberlawn e Avaliação Global do Funcionamento Interacional (GARF)**. 1997. 189 f. Dissertação (Mestrado) -

Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 1997.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-93, 2005.

FÉRES-CARNEIRO, T. Entrevista familiar estruturada - EFE: um método de avaliação das relações familiares. **Temas Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 63-94, dez. 1997.

FERREIRA, O. G. L. *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-8, jul./set. 2012.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 57-63, fev. 2009.

FOUCAULT, M. **Estratégia, poder saber**. MOTTA, M. B. (Org.) Tradução: Vera Lucia Avellar Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. *In*: FOUCAULT, M. **Ditos & escritos**: ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 264-87.

FOUCAULT, M. **O Governo de si e dos outros**: Curso no Collège de France (1982-1983). São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade III**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resumo executivo**. Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio. New York: FPNU, 2012.

GAMA, A. S. **O conflito entre trabalho e responsabilidades familiares no Brasil**: reflexões sobre os direitos do trabalho e a política de educação infantil. 2012. 228 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Aroca, Rio de Janeiro, 2012.

GAMA, A. S. O conflito entre trabalho e vida familiar no capitalismo. *In*: DUARTE, M. J. O. *et al.* (Org.). **Políticas de saúde de hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas, SP: Papel social, 2014. p. 158-75.

GONÇALVES, L. T. H. *et al.* Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 315-25, 2013.

GOMES, G. A. O. *et al.* Políticas públicas para idosos. *In*: CAMPOS, A. C. V.; BERLEZI, E. M.; CORREA, A. H. M. (Org.). **Direitos do idoso: os novos desafios das políticas públicas**. Ijuí: Unijuí, 2014. p. 25-42 2014.

HOCHMAN, B, NAHAS FX, OLIVEIRA FILHO RSde, FERREIRA LM. Desenhos de pesquisa. *Acta Cir. Bras.* [Internet]. 2005 [cited 2020 June 09]; 20 (Suppl 2): 2-9

HORTA, N. C. *et al.* Assistência à saúde do idoso: a retórica da prática cuidadora. *In*: CAMPOS, A. C. V.; BERLEZI, E. M.; CORREA, A. H. M. (Org.). **Direitos do idoso: os novos desafios das políticas públicas**. Ijuí: Unijuí, 2014. p. 77-102.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Evolução dos grupos etários de 2000 a 2030**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostras de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IMAGINÁRIO, C. *et al.* Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idosos institucionalizados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 18, p. 37-43, dez. 2017.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 185, n. 12, p. 914-9, set. 1963.

KARUKA, A. H.; SILVA, J. A. M. G.; NAVEGA, M. T. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 15, n. 6, p. 460-6, dez. 2011.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **The Gerontologist**, St Louis, v. 9, n. 3, p. 179-86, 1969.

LINO, V. T. S. *et al.* Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-12, jan. 2008.

MACHADO, T. R. *et al.* Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.11, n. 1, p. 32-8, 2009.

MEDEIROS, C. V. F. Foucault e Heidegger: mestres do cuidado. **Dissertatio**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 131-48, 2017.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3865-76, dez. 2015.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MONTIEL, J. M. *et al.* Testes do desenho do relógio e de fluência verbal: contribuição diagnóstica para o Alzheimer. **Psicologia: Teoria e prática**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 169-80, abr. 2014.

MOTTA, L.; AGUIAR, A.; CALDAS, C. P. Estratégia saúde da família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-86, abr. 2011.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 4, p. 514-7, ago. 2008.

NUNES, D. P. *et al.* Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, Supl. 2, p. 844-50, ago. 2018.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* Representações sociais do cuidado de doentes terminais no domicílio: o olhar do cuidador familiar. **Chía**, Colômbia, ano 16, v. 16, n. 3, p. 359-69, set. 2016.

Olson, D. H. Circumplex model of marital and family systems. **Journal of Family Therapy**, Oxford, v. 22, n. 2, p.144-67, 2000.

OLSON, D. H.; GORALL, D. M. Circumplex model of marital & family systems. *In*: WALSH, F. (Ed.), **Normal family processes**. 3rd ed. New York: Guilford, 2003. p. 514-47.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. Lisboa: OMS, 2005.

PAIVA, A. T. G. *et al.* Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 22-8, 2011.

PARADELA, E. M. P.; LOURENCO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-23, dez. 2005.

- PAVARINI, S. C. I. *et al.* Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, maio/jun. 2009.
- PAVARINI, S. C. I. *et al.* Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 39-50, 2008.
- PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio:mudanças nas relações familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 730-6, set./out. 2012.
- PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1230-8, set./out. 2011.
- PINTO A. H. *et al.* Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3545-55, 2016.
- PEREIRA, R. P. A. *et al.* A avaliação global da pessoa idosa como instrumento de educação médica: relato de experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 1, p. 314-20, 2016.
- PETERSEN, M. Cuidado de si e do outro. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 10.; SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, SUBJETIVIDADE E EDUCAÇÃO, 1., 2011, Curitiba. **Anais...** Curitiba: PUC – Paraná, 2011.
- RABELO, D. F.; NERI, A. L. Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. **Psico- USF**, Bragança Paulista, v. 21, n. 3, p. 663-75, 2016.
- RABELO, D. F.; NERI, A. L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 874-84, abr. 2015.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-8, maio/jun. 2003.
- REIS, L. A.; TRAD, L. A. B. Percepção de idosos com comprometimento da capacidade funcional acerca do suporte familiar. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. 22 Esp, p. 175-89, 2016.
- RIBERTO, M. *et al.* Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-6, 2004.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1141-7, out. 2012.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. O genograma para caracterizar a estrutura familiar de idosos com alterações cognitivas em contextos de pobreza. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 525-33, out./dez. 2009.

SANTOS, P. L.; BAZON, M. R.; CARVALHO, A. M. P. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES IV): adaptação brasileira. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 16, n. 2, p. 120-7, 2017.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, ES, v. 21, n. 4, p. 290-6, 2008.

SANTOS, J. *et al.* Construção social da velhice. *In*: CAMPOS, A. C. V.; BERLEZI, E. M, CORREA, A. H. M. (Org.). **Direitos do idoso**: os novos desafios das políticas públicas. Ijuí: Unijuí; 2014. p. 61-76.

SANTOS, A. S.; SILVEIRA, R. E.; FARINELLI, M. R. A dinâmica sociofamiliar do idoso. *In*: CAMPOS, A. C. V.; BERLEZI, E. M, CORREA, A. H. M. (Org.). **Direitos do idoso**: os novos desafios das políticas públicas. Ijuí: Unijuí; 2014. p. 123-45.

SASS, A.; MARCON, S. S. Dependência para alimentar-se e consumo alimentar em idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 955-61, dez. 2012.

SHEIKH, J. I.; YESAVAGE, J. A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorterversion. **Clinical Gerontologist**, n. 5, p. 165-73, 1986.

SCHMIDT, A. *et al.* Preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa: relato de experiência. **SANARE**, Sobral, v. 18, n. 1, p. 98-106, jan./jun. 2019.

SILVA, L.; BOUSSO, R. S.; GALERA, S. A. F. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 530-4, jul./ago. 2009.

SILVA, L.; GALERA, S. A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 397-403, 2007.

SILVA, M. J. *et al.* Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 527-32, jul./set. 2014.

SMILKSTEIN, G. The Family Apgar Score: aproposal for a Family Function Test andits use byPhysicians. **The Journalof Family Practice**, New York, v. 6, n. 6, p. 1231-9, Jun. 1978.

SMILKSTEIN, G.; ASHWORTH, C.; MONTANO, D. Validity and reliability of the Family Apgar Score as a test of Family function. **The Journal of Family Practice**, New York, v. 15, n. 2, p. 303-11, Aug. 1982.

SOUSA, F. G. M.; FIGUEIREDO, M. C. A. B.; ERDMANN, A. L. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. **Revista Pesquisa e Saúde**, Maranhão, v. 11, n. 1, p. 60-3, jan./abr. 2010.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TRELHA, C. S. *et al.* Capacidade Funcional de idosos restritos ao domicílio do conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Londrina/PR. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 1, p. 37-46, jan./jun. 2005.

TOLEDO, L. R. D. M. C. A família contemporânea e a interface com as políticas públicas. **SER Social**, Brasília, DF, n. 21, p.13-44, jul./dez. 2007.

TORRES, G. V. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílio. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 415-42, dez. 2009.

TORRES, G. V.; REIS, L. A.; REIS, L. A. Avaliação da capacidade funcional em idosos residentes em área periférica no interior da Bahia/Nordeste do Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 39-43, fev. 2010.

VALADARES, I. F.; SOALHEIRO, L. H. M. Um olhar foucaultiano sobre o poder nas relações familiares. *In*: Falcão, C. M. B.; CESAR, C. T. M. (Coord.). **Filosofia do direito**. Florianópolis: CONPEDI, 2015. p. 510-27.

VERA, I. **Avaliação da funcionalidade familiar por idosos**. 2013. 134 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade Federal de Goiás (UFG) Agência de fomento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás, Goiânia, 2013.

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

VIANELLO, L. **Compreensão oral e escolaridade em idosos: projeto envelhecimento e saúde**. 2014. 137 f. Tese (Ciências Aplicadas a Saúde do Adulto) -Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas a Saúde do Adulto - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

VIANNA, V. P. T.; SILVA, E. A.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Versão em português da Family Environment Scale: aplicação e validação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 419-26, jun. 2007.

WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513-26, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Idoso

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “ Condições de saúde, capacidade funcional e funcionalidade familiar de idosos assistidos por uma unidade de saúde da família de Manhuaçu-MG”. A participação do Sr(a) consiste em responder algumas perguntas pessoais como: idade, escolaridade, hábitos de vida e saúde e de instrumentos validados. Ressalto que não haverá utilização de métodos invasivos (ex. agulhas) ou medicamentos.

O (a) Sr (a) não é obrigado a participar, podendo vir a desistir a qualquer momento, sem se justificar ou se preocupar que isso venha trazer algum prejuízo para sua relação com os pesquisadores ou com a Unidade de Saúde. As informações obtidas serão utilizadas para fins científicos, apresentação em eventos e/ou publicação em periódicos e/ou livro, e em hipótese alguma o seu nome será divulgado.

A sua participação não acarretará risco para sua saúde, porém, pode vir a ocorrer desconfortos em razão do tempo da entrevista, por exemplo, e para minimiza-lo a pesquisa será realizada da forma mais eficaz e rápida possível e a mesma foi previamente agendada e acordada com o Sr (a) visando o seu conforto.

Quanto aos benefícios envolvidos, além de contribuir para o crescimento da comunidade científica, a sua participação poderá ajudar no planejamento de ações e na constante melhora da qualidade da assistência prestada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família na atenção aos idosos.

Eu _____, portador do RG _____ declaro ter sido informado e orientado quanto ao teor da pesquisa acima descrita. Estou ciente sobre o objetivo da pesquisa e que não há nenhum valor econômico envolvido, a pagar ou receber, pela minha participação. Portanto, manifesto o meu livre consentimento em participar como voluntário do projeto de pesquisa aqui mencionado.

Este documento será assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura Pesquisador Responsável

Manhuaçu, ____/____/20____

Em caso de dúvidas ou maiores informações o Sr (a) pode entrar em contato com:

Pesquisadora responsável: Luciana Carrupt Machado Sogame

E-mail: luciana.sogame@emescam.br / Celular: (27) 999242570

Endereço: Rua José Luiz Gabeira, 170 apto 1001, M C, Barro Vermelho, Vitória/ES, 29057-570

Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP EMESCAM

E-mail: comite.etica@emescam.br / Telefone: (27) 3334-3586

Endereço: Prédio da Farmácia, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória – ES, 29045-402.

Funcionamento: 2ª a 6ª feira das 07:00 às 16:00.



Impressão do dedo
polegar do participante
(caso necessário)

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “ Condições de saúde, capacidade funcional e funcionalidade familiar de idosos assistidos por uma unidade de saúde da família de Manhuaçu-MG”. A participação do Sr(a) consiste em responder algumas perguntas tais como: idade, situação conjugal, escolaridade entre outras, e questões referentes ao ambiente familiar, sem a utilização de nenhum tipo de método invasivo (agulhas, cateteres, entre outros) ou medicamentos.

O (a) Sr (a) não é obrigado a participar, podendo vir a desistir a qualquer momento, sem se justificar ou se preocupar que isso venha trazer algum prejuízo para sua relação com os pesquisadores ou com o serviço de saúde. As informações obtidas serão utilizadas para fins científicos, apresentação em eventos e/ou publicação em periódicos e/ou livro, e em hipótese alguma o seu nome será divulgado.

A sua participação não acarretará risco para sua saúde, porém, há o risco de pequenos desconfortos em razão da avaliação a qual o Sr (a) será submetido, e para minimiza-lo a pesquisa será realizada de forma mais eficaz e rápida possível e a mesma foi previamente agendada e acordada com o Sr (a) visando o seu conforto.

Quanto aos benefícios envolvidos, além de contribuir para o crescimento da comunidade científica, a sua participação poderá ajudar no planejamento de ações e na constante melhora da qualidade da assistência prestada pela equipe da Estratégia de Saúde da Família. Vale ressaltar, que caso seja identificado algum problema de saúde, dentro da avaliação proposta, o Sr(a) será encaminhado para acompanhamento pela equipe de saúde responsável pelo seu território.

Eu _____, portador do RG _____, declaro ter sido informado e orientado quanto ao teor da pesquisa acima descrita. Estou ciente sobre o objetivo da pesquisa e que não há nenhum valor econômico envolvido, a pagar ou receber, pela minha participação. Portanto, manifesto o meu livre consentimento em participar como voluntário do projeto de pesquisa aqui mencionado.

Este documento será assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Assinatura do Participante

Assinatura Pesquisador Responsável

Manhuaçu, ____/____/20____

Em caso de dúvidas ou maiores informações o Sr (a) pode entrar em contato com:
Pesquisadora responsável: Luciana Carrupt Machado Segame
E-mail: luciana.segame@emescam.br / Celular: (27) 999242570
Endereço: Rua José Luiz Gabeira, 170 apto 1001, bl C, Bairro Vermelho, Vitória/ES, 29057-570
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP EMESCAM
E-mail: comite.etica@emescam.br / Telefone: (27) 3334-3586
Endereço: Prédio da Farmácia, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória – ES, 29045-402.
Funcionamento: 2ª a 6ª feis das 07:00 às 16:00.


Impressão do dedo
polegar do participante
(caso necessário)

APÊNDICE C – Ficha de Coleta de Dados dos Idosos

FICHA DE COLETA DE DADOS– IDOSO	
<i>Características Socioeconômicas</i>	
UBS: _____	NÚMERO DA FICHA DE COLETA: _____
Idade: _____	Sexo: 1. Masculino 2. Feminino
Estado Civil: 1. Casado 2. Solteiro 3. Viúvo 4. Outro _____	Etnia: 1. Branco 2. Pardo 3. Negro 4. Indígena 5. Amarelo
Escolaridade em anos: _____	Filhos: 0. Não 1. Sim Quantos? _____
Cuidador: 0. Não 1. Sim Quem? 1. Familiar 2. Profissional 3. Amigo	Religião: 1. Católico 2. Evangélico 3. Outro _____
Praticante? 0. Não 1. Sim	Trabalha: 0. Não 1. Sim
Aposentado: 0. Não 1. Sim Pensionista: 0. Não 1. Sim	Profissão: _____
Renda em Salários Mínimos (SM):	
1. (< 1 SM) 2. (1,1 – 3) 3. (3,1 – 5 SM) 4. (5,1 – 7 SM) 5. (> 7,1 SM) 6. (Não Respondeu)	
<i>Histórico de Saúde e Hábitos de Vida</i>	
Doenças Crônicas: 0. Não 1. Sim Quais? 1. HAS 2. DM 3. Demências 4. Colesterol Alto 5. Doenças do coração	
6. Histórico de AVC 7. Doenças pulmonares crônicas 8. Reumatismos 9. Depressão	
Fuma: 0. Não 1. Sim	Frequência: 1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana 4. Diariamente
Bebe: 0. Não 1. Sim	Frequência: 1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana 4. Diariamente
Atividade Física: 0. Não 1. Sim	Frequência: 1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana
Atividades de Lazer: 0. Não 1. Sim	Frequência: 1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana
Como o Sr (a) avalia sua saúde? 1. Ótima 2. Boa 3. Razoável 3. Ruim 4. Péssima	
Possui plano de Saúde: 0. Não 1. Sim Internação Hospitalar nos últimos 12 meses: 0. Não 1. Sim	

APÊNDICE D – Ficha de Coleta de Dados da Família

FICHA DE COLETA DE DADOS DA FAMÍLIA			
Características Socioeconômicas do representante familiar			
UBS: _____	NÚMERO	DA	FICHA DE
COLETA: _____			
Idade: _____	Sexo:	1. Masculino	2. Feminino
	Etnia:	1. Branco	2. Pardo
		3. Negro	4. Indígena
		5. Amarelo	
Estado Civil:	1. Casado	2. Solteiro	3. Viúvo
	4. Outro	_____	
Escolaridade em anos: _____	Filhos:	0. Não	1. Sim
	Quantos?	_____	
Religião:	1. Católico	2. Evangélico	3. Outro
	_____	Praticante?	0. Não
		1. Sim	
Aposentado:	0. Não	1. Sim	Pensionista:
	0. Não	1. Sim	Trabalha:
			0. Não
			1. Sim
Profissão: _____			
Grau de parentesco com o idoso: _____	O familiar é o cuidador do idoso?	0. Não	1. Sim
Se sim:	0. Por opção	1. Por obrigação	É o único cuidador:
			0. Não
			1. Sim
Recebeu treinamento como cuidador?	0. Não	1. Sim	de quem? _____
Se não:	0. Possui cuidador com formação profissional	1. Cuidador informal	
Quantos são os cuidadores? _____	Qual a idade do cuidador(es) em anos: _____		
Arranjo Familiar / Apoio Social			
Renda Familiar em Salários Mínimos (SM):			
1. (< 1 SM) 2. (1,1 – 3) 3. (3,1 – 5 SM) 4. (5,1 – 7 SM) 5. (> 7,1 SM) 6. (Não Respondeu)			
O idoso contribui com a renda familiar? 0. Não 1. Sim			
O idoso mora sozinho? 0. Não 1. Sim			
Mora na mesma residência que o idoso? 0. Não 1. Sim			
Residência Multigeracional: 0. Não 1. Sim Quantidade de moradores: 1 2 3 4 5 >5			

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Lawton e Brody

ESCALA DE LAWTON e Brody – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA	
1. O Sr. consegue usar o telefone?	
Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1
2. O Sr. consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	
Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1
3. O Sr. consegue fazer compras?	
Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1
4. O Sr. consegue preparar suas próprias refeições?	
Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1
5. O Sr. consegue arrumar sua casa?	
Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1
6. O Sr. consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	
Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1
7. O Sr. consegue lavar e passar sua roupa?	
Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1
8. O Sr. consegue tomar seus remédios na dose certa e no horário correto?	

Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1
9. O Sr. consegue cuidar das suas finanças?	
Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1
<i>Pontuação</i>	
Interpretação (TORRES; REIS, Luciana; REIS, Luana, 2010)	
27 pontos - Independência	
26 a 18 pontos – Dependência Parcial	
< 18 pontos – Dependência Total	

ANEXO B – Apgar de Família

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
		2	1	0
<p>A = Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.</p>	Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
<p>P = Partnership (Companheirismo): Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.</p>	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
<p>G = Growth (desenvolvimento): Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.</p>	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções			
<p>A = Affection (Afetividade): Indica a</p>	Estou satisfeito			

<p>satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.</p>	<p>(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.</p>			
<p>R = Resolve (Capacidade resolutiva): Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.</p>	<p>Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.</p>			

Fonte: Brasil (2007, p.175).

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.851.034

Documentação apresentada adequadamente para realização dos estudos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1189381.pdf	07/08/2018 11:37:02		Aceito
Outros	carta.pdf	08/08/2018 13:24:56	Luciana Carrupt Machado Sogame	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	08/08/2018 13:20:10	Luciana Carrupt Machado Sogame	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	08/08/2018 13:19:38	Luciana Carrupt Machado Sogame	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	08/08/2018 13:15:08	Luciana Carrupt Machado Sogame	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
 Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.851.034

VITORIA, 28 de Agosto de 2018

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Lúzia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br