



Avaliação da funcionalidade familiar de idosos na cidade de Parintins- AM

SANTOS, Layanne Tavares dos¹
CASTRO, Fernanda Farias de²

RESUMO

A presente pesquisa tem o objetivo de avaliar a funcionalidade familiar dos idosos, cadastrados nos Grupos de Convivência de Idosos coordenados pela Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Habitação- SEMASTH do município de Parintins. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa com uma amostra de 296 idosos de 11 grupos distribuídos na cidade, com os quais foram realizadas entrevistas e aplicados instrumentos de coletas de dados socioeconômicos e o APGAR de Família, instrumento esse utilizado para avaliar a satisfação do idoso com a família e sua funcionalidade. Dos idosos entrevistados, 60,5% são do sexo feminino, na faixa etária entre 70 a 75 anos, 46% eram casados a maioria com filhos e baixa escolaridade. Na avaliação do APGAR, 80,1% das famílias se mostraram funcionais, 12,8% moderadamente disfuncionais e 7,1% com elevada disfunção. O estudo mostra que 80,1% dos idosos estão satisfeitos com a família, no entanto faz-se necessário outros estudos que seja verificado as condições intradomiciliares no cuidado ao idoso, já que mesmo baixa a disfuncionalidade, as leis que regem o estatuto do idoso falam que não é aceitável que o idoso passe por quaisquer problemas familiares, seja financeiro, emocional, falta de cuidados, alimentação ou violência.

Palavras Chave: Idoso, Saúde do Idoso, Funcionalidade Familiar.

ABSTRACT

The present research has the objective of evaluating the familiar functionality of the elderly, enrolled in the Elderly Living Groups coordinated by the Municipal Secretariat of Social Assistance, Work and Housing - SEMASTH of the municipality of Parintins. This is a descriptive study of a quantitative approach with a sample of 296 elderly people from 11 groups distributed in the city, with which interviews and applied instruments of socioeconomic data collection and APGAR de Família, instrument used to evaluate satisfaction of the elderly with the family and its functionality. Of the elderly interviewed, 60.5% are female, in the age group between 70 and 75 years, 46% were married the majority with children and low schooling. In the APGAR evaluation, 80.1% of the families were functional, 12.8% moderately dysfunctional and 7.1% with high dysfunction. The study shows that 80.1% of the elderly are satisfied with the family, however it is necessary to do other studies that verify the intradomiciliary conditions in the elderly care, since even low dysfunctionality, the laws that govern the status of the elderly say that it is not acceptable for the elderly to go through any family problems, be it financial, emotional, lack of care, food or violence.

Keywords: Elderly, Elderly, Family Functionality

¹ Graduanda de Enfermagem

² Mestre, Docente e Coordenadora de Enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Parintins

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é algo vivenciado em âmbito mundial, até 2050 serão mais de 2 bilhões de idosos no mundo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2016), em 40 anos a população de idosos brasileira deve triplicar, passando de 19,6 milhões, em 2010, para 66,5 milhões de idosos em 2050, o que corresponde a 29,3% da população. No Amazonas a taxa de envelhecimento em 2016 foi de 12,91% e em 2030 deve chegar a 31,46% de idosos para cada 100 crianças menores de 15 anos ¹.

Ainda que o número de idosos na região norte não seja expressivo como de outras regiões do país, o envelhecimento da população acontece de forma rápida e sem uma reorganização social e de saúde adequada para atender esta demanda, conseqüentemente, mais idosos convivendo em diferentes sistemas familiares, em constate processo de transformação. A família é um dos pilares que regem a saúde e bem-estar do idoso, que também passa por transformações junto a seus membros. Na atualidade observa-se famílias com hábitos e modo de vida diferenciados, onde o espaço para cuidado com os mais velhos tornou-se sacrifício e oneroso, tanto pela falta de membros para o cuidado como pela falta de tempo, principalmente das mulheres, que passaram a trabalhar fora do domicílio ^{2,3}.

Diante desse contexto, torna-se fundamental pensar no cuidado familiar que o idoso recebe, considerando a falta de preparo da família em lidar um uma pessoa idosa, que demanda cuidados físicos, emocionais e sociais. O fato de as famílias não estarem preparadas para assumir tarefa de cuidador do idoso, pode acarretar uma disfuncionalidade familiar ⁴.

Em um sistema familiar funcional, todos os membros devem desempenhar diferentes tarefas e assumir papéis, dentre as funções e papéis a serem desenvolvidos, estão sempre presentes o prover e o cuidar, que originalmente estão ligados a gênero, o prover ligado originalmente ao gênero masculino e o cuidar, originalmente ligado ao gênero feminino. No entanto, atualmente esses papéis não se distinguem em gênero, por estarem em constante transformação, estes, assim como tantos outros papéis devem ser constantemente negociados dentre os membros da família para que essa funcione. Contudo esse funcionamento nem sempre é harmônico, o que pode contribuir para o surgimento de doenças nos diferentes familiares, sobretudo nos idosos ⁵.



Frente a isso, podemos afirmar que as disfunções familiares só contribuem com o adoecimento da pessoa idosa, que aos poucos perdem funções, sendo a família o pilar principal do cuidado e melhoria da saúde, podendo-se dizer que um bom suporte familiar pode refletir positivamente na saúde e bem-estar dos idosos ^{5,4}.

A família é um dos elementos centrais do cuidado do idoso. A sanidade do idoso, assim como de qualquer outra pessoa mais jovem, se configura em um ambiente afetivo e acolhedor. Dessa forma devemos estar atentos a essa funcionalidade familiar, de modo que se possa planejar e cuidar das demandas dessas famílias ^{6,5}.

Como podemos perceber, a família atua como um órgão fundamental na saúde do idoso, a impossibilidade do idoso não poder dispor do apoio e afeto de uma família funcional e saudável, podem leva-lo a situações de morbidade significativa, seja sobre o aspecto físico, psicológico e social. As disfuncionalidades dão origem a uma série de complicações originadas da carência psicológicas, afetivas e principalmente materiais da família com relação ao ser idoso, que pode leva-lo a situações de agressão potenciais ou efetivas, físicas ou psicológicas, ou qualquer outro tipo de agressão que acaba por interferir na saúde desse idoso ⁷.

A avaliação da funcionalidade familiar é importante para detectarmos famílias que estão em moderada disfuncionalidade ou que são totalmente disfuncionais, pois o cuidado do idoso envolve vários fatores como o idoso, a família, comunidade, e equipes de atenção à saúde que devem atuar de forma integrada para desempenhar atividades de atenção as demandas que possam ser identificadas, baseando-se na concepção de saúde como promoção da qualidade de vida ⁸.

Sendo assim, a enfermagem pode desempenhar um papel fundamental na avaliação do suporte familiar, identificando disfuncionalidades familiares e agravos que acometem a pessoa idosa em âmbito familiar, através do acolhimento e da assistência, incluindo diferentes estratégias e esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos, que sejam capazes de atender às necessidades dessa população. Diante desse contexto, o objetivo deste trabalho é avaliar a funcionalidade familiar dos idosos, cadastrados nos Grupos de Convivência de Idosos coordenados pela Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Habitação- SEMASTH do município de Parintins.

Este estudo faz parte de um projeto macro intitulado Avaliação multidimensional de idoso de Parintins – AM.



2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO

No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo ⁹.

O envelhecimento é um processo que afeta todos os seres vivos, progressiva e diferencial, e que tem seu término na morte do organismo e que é impossível de datar seu começo, pois a gravidade e velocidade variam de indivíduo para indivíduo e depende do nível em que se situa, se biológico, psicológico ou sociológico. Podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas diversas, e é aí que falamos da idade biológica, idade social e idade psicológica, por podem ser diferentes da idade cronológica de cada pessoa ¹⁰.

A idade avançada envolve mudanças significativas que vão além das perdas biológicas, podendo estar ligadas a idade social, como as mudanças nos papéis e posições sociais, assim como ligadas à idade psicológica, como a necessidade de lidar com as perdas de relações próximas, e a resposta às mudanças do ambiente ^{10,9}.

O organismo envelhece como um todo, enquanto os seus órgãos e demais tecidos vivos têm envelhecimento diferenciado ¹⁰.

A perda das habilidades comumente associada ao envelhecimento na verdade está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas. [...]. A diversidade das capacidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é aleatória, e sim advinda de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento. [...], a idade avançada não implica em dependência ⁹. (p. 4)

O envelhecimento é um processo complexo e multifatorial, que varia de pessoa para pessoa, e que por depender de fatores, genéticos e ambientais, acaba por não ter um parâmetro estabelecido, por esse motivo, o uso somente do tempo, ou idade cronológica não abrange as diversas variáveis que implicam no envelhecimento. A idade cronológica não determina o envelhecimento, apenas serve de referência da passagem do tempo ¹¹.

No contexto fisiológico, o envelhecimento é compreendido como uma série de alterações, que ocorrem sobre o organismo, tanto nas funções orgânicas quanto nas



mentais, tão-somente causados pelos efeitos da idade avançada. Tais alterações dificultam o organismo de manter o equilíbrio homeostático, causando assim, declínio em suas funções fisiológicas. Essas alterações caracterizam-se principalmente pela perda progressiva da reserva funcional, o que significa que um organismo, mesmo que afetado pelo envelhecimento, em condições normais consegue sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de stress físico, emocional, etc., pode apresentar dificuldades em manter seu equilíbrio, começando assim a manifestar sobrecarga funcional, o que pode proceder em processos patológicos, uma vez que com o envelhecimento do organismo, vários sistemas ficam comprometidos, como o endócrino, nervoso, imunológico, gastrointestinal, esquelético, pulmonar, renal, cardíaco, os sentidos: visão, paladar, audição, coordenação motora fina ^{10,12}.

Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da OMS (2015), hoje em dia a maioria das pessoas podem esperar viver até os 60 anos ou mais, porém, a longevidade dependerá muito de um fator fundamental: saúde. Com base no conceito de capacidade intrínseca e capacidade funcional, a OMS, define o envelhecimento saudável como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”. O envelhecimento saudável é a compreensão de nem a capacidade intrínseca nem a capacidade funcional permanecem constantes, que embora ambas tendam a diminuir com o passar dos anos, as escolhas de vida ou intervenções em diferentes momentos durante a vida, irão determinar o caminho de cada indivíduo ⁹.

Embora não existam adultos maiores típicos, a sociedade os vê estereotipados, com suposições de dependência baseados na idade. [...] A complexidade nos estados de saúde e funcional, apresentadas por idosos, levanta questões fundamentais sobre o que queremos dizer com saúde em idade mais avançada, como a medimos e como podemos promovê-la ⁹.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), recomenda que a "Promoção de saúde do idoso seja realizada por ações interdisciplinares", e que tais ações sejam dirigidas especificamente, para reduzir, nesta população, o risco de adoecer e morrer ¹³.

O envelhecimento é um processo intrínseco a origem da vida, com transformações que podem concentrar ou difundir-se em diferentes aspectos como, nos aspectos físicos, financeiros, psicológicos, emocionais e estruturais. Quando há ausência de suporte multidimensional nessa fase da vida, o idoso passa a perceber-se como costuma perceber-



se como sem serventia, sem visão de futuro, tornando-se vulnerável a processos patológicos, tanto nos âmbitos biológico quanto no psicológico ¹⁴.

A relação do idoso com a família, os laços afetivos, a forma como a família acolhe a velhice, interferem na saúde desse idoso, o meio cultural e social em que cada família se constrói e se habitua, pode interferir e determinar transformações na forma em que seus membros compartilham afeto com o passar das gerações. O modo como os idosos presenciam as relações familiares e como as famílias se preparam para receber esses idosos, estão associados à estruturação e organização da família, que sofre modificações constantes, seja por fatores internos ou externos ¹⁴.

2.2 FAMÍLIA

Em todas as sociedades humanas, o primeiro grupo de socialização é a família, entretanto, ela diferencia-se em sua composição, tamanho e estrutura, de acordo com a cultura, assim com o papel que ela exerce sobre a vida de seus membros. A família é um sistema ativo em constante mudança, ou seja, complexo, que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade como sistema. Esse processo assegura a continuidade e crescimento que permitem o desenvolvimento da família como uma unidade, ao mesmo tempo em que assegura sua diferenciação de seus membros ¹¹.

A sociedade atual protagoniza alterações significativas nas relações de parentesco e no surgimento de novas formas de família. Dentre as diversas teorias que tentam explicá-la, destaca-se a Teoria Sistêmica, onde a família é entendida como um sistema baseado nas relações, e sofre mudanças com o passar do tempo pelos próprios conflitos e pelas transformações no mundo ^{15,5}.

Nos dias de hoje, as famílias passam por situações consideradas inéditas, e por influências extrínsecas a elas, vem modificando suas configurações, que se comparadas com as dos últimos 30 anos, poderemos dizer não são muito comuns às configurações antigas/ tradicionais. A nova estruturação não necessariamente mantém a estrutura da família tradicional, com pais e filhos, tendo em sua composição características com: unidades com diferentes gerações; na maioria das vezes, devido a dificuldades econômicas, passam a ter um agrupamento ampliado; casais que optam por não ter filhos; os que optam por ter filhos sem parceiros fixos; há os que se separam e formam uma nova família agregando filhos da nova união com os da relação passada, de um ou de ambos

os lados; casais que optam por morar em residências separadas; parceiros conjugais homossexuais ⁶.

Diante dessas informações, podemos afirmar que não há como dizer que família é algo simples de ser explicado, pois trata-se de uma organização complexa. Não há como nomear uma única definição, é algo que varia de tempos em tempos, se modifica dependendo da cultura e da estrutura da sociedade, onde pode haver muitas variações, mesmo quando dentro de uma sociedade, ainda que num mesmo momento histórico, político e cultural. Portanto, podemos dizer que o conceito de família é uma criação humana mutável. Tais mudanças na configuração das famílias conjecturam uma profunda alteração nos valores que fora anteriormente estabelecidos e nos papéis funcionais vividos anteriormente por um ou mais membros ⁶.

A família contemporânea é constituída por mais que laços sanguíneos e do matrimônio, fundamentada na solidariedade, responsabilidade recíproca, no respeito e na busca pela felicidade. Priorizando a brandura e o convívio entre os indivíduos, sendo o amor, carinho e sobretudo o afeto, subsídios essenciais para a convivência familiar ¹⁶.

Modificações na estrutura de uma família geram crises e exigem nova organização interna, seja na maneira como o indivíduo se relaciona consigo mesmo, seja na sua interação com o outro. Refletir sobre o perfil da família em transformação é necessário para sabermos até que ponto podemos continuar a atribuir a ela a responsabilidade de cuidar dos seus membros mais velhos ⁶.

A tendência dos idosos morarem sozinhos não tem de ser necessariamente percebida como reflexo de um abandono por parte de seus familiares. Pode significar uma nova forma de família estendida, na qual a troca e a assistência ocorrem de maneira intensa, facilitada pelo aumento da mobilidade e aperfeiçoamento das formas de comunicação à distância ⁶.

Ainda que os idosos vivam com os filhos, não é seguro a presença de respeito, comparecimento e autoridade, nem a ausência de maus-tratos. Na maioria dos casos, as violências físicas contra o idoso ocorrem em famílias onde há diferentes gerações convivendo na mesma unidade doméstica. Vivenciar o envelhecimento de alguém próximo, seja parente ou não, pode ter vários significados que vão da gratidão ao abandono, com a presença das desigualdades sociais e regionais como as que caracterizam a família contemporânea ^{6,11}.



2.1. FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Nos idosos a maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos, resulta na diminuição da capacidade funcional do longo, o que implica em uma necessidade de cuidados diferenciados para com o mesmo. Tornando assim, imprescindível à qualidade do cuidado, mostrar para a família o papel que tem a desempenhar, já que por vínculos familiares, é o familiar que assume a responsabilidade, direta ou indiretamente, pelo cuidado do familiar idoso doente ou com algum déficit de autocuidado ¹⁷.

A família é vista como, um sistema psicossocial, é uma união de seres humanos com atributos que interagem e cujas relações mantêm a condição do sistema. No caso da abordagem de famílias, a teoria sistêmica possibilita implementar uma prática por meio de ferramentas conceituais que deem oportunidade para que à família possam criar suas próprias possibilidades ¹⁸.

Entendida como um sistema dinâmico e que está em constante interação através da conversação, é a família que deve ajudar a desenvolver uma presença de afeto, responsabilidade e liberdade no mundo. Durante as fases da vida, cada pessoa terá várias famílias, adotando em cada fase características típicas, mas sempre mantendo o papel de conservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, o que é essencial, e permitir o seu desenvolvimento ¹⁸.

Nas últimas décadas, as preleções formais estiveram se modificando ao definirem família, os laços que a constituem podem ultrapassar os limites da consanguinidade, incluindo também a dimensão afetiva, assim, podendo-se dizer que a família é quem seus membros consideram. Com relação ao ser idoso, a família são pessoas que participam do seu ambiente familiar, ao mesmo tempo em que atua como protetora, cuidadora e que fornece apoio ².

Entende-se por funcionalidade da família o modo como esta é capaz de cumprir e harmonizar as funções essenciais, de forma apropriada à identidade e às tendências das famílias e de seus membros, de forma realista em relação aos perigos e oportunidades que prevalecem no meio social ¹³.

Muitas vezes a família não está preparada para receber e lidar com tantas transformações que ocorrem com a pessoa que envelhece e, mesmo querendo ajudar, não consegue se posicionar adequadamente. É como se toda família sofresse o impacto do envelhecimento ⁶.

A família é um dos elementos centrais do cuidado do idoso, porém, conforme consta no estatuto do idoso Art. 3º, é obrigação não só da família, mas da comunidade,



sociedade e do poder público assegurar a efetivação dos direitos do idoso, além de que o Art. 19º fala que os casos de suspeita ou confirmação de violência contra os idosos serão objetos de notificação compulsória pelos serviços públicos e privados à autoridade sanitária que irão obrigatoriamente comunicar qualquer um dos seguintes órgãos: I- Autoridade Policial; II- Ministério Público; III - Conselho Municipal do Idoso; IV - Conselho Estadual do Idoso; V - Conselho Nacional do Idoso, portanto esse cuidado não deve partir apenas da família, a sociedade de modo geral também tem uma parcela de responsabilidade ²⁰.

Dessa forma, o profissional enfermeiro, como atuante na sociedade e sendo parte de um serviço público e chefe das Equipes de saúde da Família, tem o dever de estar atento a funcionalidade familiar, de modo que possa planejar e cuidar das demandas dessa família. A família precisa preparar-se para ver seu idoso como um alguém que tem seus próprios desejos e planejamentos para o futuro, para que a mesma não restrinja a autonomia do idoso. Nesse contexto, a função das Equipes saúde da Família é de auxiliar os membros familiares a renegociarem ou compreenderem seus papéis e funções de maneira a construírem um Sistema Familiar mais harmônico e funcional, já que percebemos que a funcionalidade familiar não depende apenas do núcleo familiar, mas também dos fatores externos que atuam sobre as famílias ^{6,17,5}.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido no Município de Parintins, que configura-se como uma cidade de porte médio, localizada à margem direito do Rio Amazonas. A população do estudo foi composta por idosos de 60 anos e mais, participantes dos grupos de convivência da Secretaria Municipal de Assistência Social Trabalho e Habitação - SEMASTH. Participaram do estudo, 11 grupos, com um total de 1.286 idosos cadastrados e uma amostra de 296 idosos, com capacidade cognitiva preservada, com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% ²¹.

O procedimento de coleta deu-se em três fases: I fase consistiu em uma reunião com as monitoras dos grupos de idosos e sua coordenação para apresentação do projeto; II fase consistiu na realização da primeira entrevista com aplicação do Mine exame do estado mental- MEM, com objetivo de identificar a capacidade cognitiva dos idosos e estarem aptos para participar do projeto, por tratar-se de um projeto macro, tal instrumento não foi incluso neste trabalho; e, III fase consistiu na aplicação do instrumento para coletar dados sócio econômicos e de saúde juntamente com o

Instrumento APGAR de família. Cujav avaliação e significado, está descrita no anexo II, instrumento B.

O APGAR de Família (ANEXO II) é um instrumento traduzido, adaptado e validado para avaliar a funcionalidade familiar. Ele é dividido em duas partes, a primeira parte é constituída em um quadro com cinco perguntas simples. A segunda parte é utilizada para auxiliar no diagnóstico de pontos mais vulneráveis no interior da família, ela é composta por dois itens, um relacionado às pessoas que co-habitam e outro para as pessoas que vivem só. A avaliação dos resultados foi realizada por meio de cinco perguntas, às quais foram atribuídos valores que, ao final, foram somados resultando num escore total cuja representação numérica relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade 7 a 10, moderada 5 a 6 ou alta disfuncionalidade – 0 a 4)⁵.

Na análise dos dados, calculou-se as frequências absolutas simples para os dados categóricos. Na análise dos dados quantitativos foi calculada a média e o desvio-padrão para os dados que apresentavam distribuição normal por meio do teste de *Shapiro-Wilk* ao nível 5% de significância. Na rejeição da hipótese de normalidade foram calculados a mediana e os quartis (Q_i). O software utilizado na análise foi o programa Epi-Info 7 para *windows*, que é desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo CDC^{21,22}.

Na comparação das proporções dos dados categorizados foi aplicado o teste do qui-quadrado de *Pearson*, no entanto, na impossibilidade de aplicar o teste de *Pearson* para tabelas 2x2 optou-se por aplicar o teste exato de *Fisher*. O software utilizado na análise foi o programa *Minitab* versão 17 e o nível de significância fixado na aplicação dos testes estatísticos foi de 5%^{23,21}.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas e foi aprovado sob protocolo CAAE 78876117.0.0000.5016 e parecer de aprovação nº 2.363.992 (ANEXO I).

4. RESULTADOS

Caracterização dos idosos

A caracterização dos idosos foi realizada segundo gênero, faixa etária, situação conjugal, número de filhos, número de pessoas que coabitam com esses idosos, nível de escolaridade e renda mensal.

A tabela 1, mostra a distribuição de gênero, faixa etária e situação conjugal dos idosos. Dos 1.286 idosos cadastrados, foram entrevistados 296 idosos, dentre os quais, 39,5% eram do sexo masculino e 60,5% eram do sexo feminino. Com relação a faixa etária, podemos observar que a maioria dos idosos tem entre 70 e 75 anos, correspondente a 24,3% do total de idosos. Observamos ainda que com relação a situação conjugal, 46% desses idosos são casados (Tabela 1).

Tabela 1 Caracterização dos idosos: Faixa Etária e Situação Conjugal dos idosos.

<i>Variáveis (n = 296)</i>	<i>f_i</i>	<i>%</i>
Gênero		
Masculino	117	39,5
Feminino	179	60,5
Idade		
60 --- 65	53	17,9
65 --- 70	67	22,6
70 --- 75	72	24,3
75 --- 80	55	18,6
80 --- 85	27	9,1
85 --- 90	18	6,1
90 --- 95	4	1,4
Q ₁ - Mediana - Q ₃	66 - 72 - 77	
Mínimo – Máximo	60 - 92	
Situação conjugal		
Casado	136	46,0
União estável	14	4,7
Solteiro	24	8,1
Viúvo	89	30,0
Divorciado	33	11,2

f_i = frequência absoluta simples

Dos 296 entrevistados, 285 idosos (95,6%) alegaram ter no mínimo 1 filho e no máximo 22 filhos. O número máximo de pessoas que residem com esses idosos é de 19 ou nenhuma (figura 4.)



Tabela 2 Caracterização dos idosos: Número de filhos e pessoas que residem

<i>Variáveis (n = 296)</i>	<i>f_i</i>	<i>%</i>
Tem filhos	283	95,6
Número de filhos		
Q ₁ - Mediana - Q ₃	4 - 7 - 10	
Mínimo – Máximo	1 - 22	
Número de pessoas na casa		
Q ₁ - Mediana - Q ₃	1 - 2 - 4 2 - 4 - 6 2 - 3 - 5	
Mínimo – Máximo	0 - 19	

f_i = frequência absoluta simples

Relacionado aos dados de escolaridade a grande 74,7% alegou saber ler e escrever e 56,4% dos idosos alegaram ter estudado até o primário. Com relação a renda mensal, 72,3% dos idosos alegam ter uma renda entre 1 e 2 salários mínimos (Tabela 3.).

Tabela 3 Caracterização dos idosos: Escolaridade e Renda

<i>Variáveis (n = 296)</i>	<i>f_i</i>	<i>%</i>
Sabe ler e escrever	221	74,7
Até que série estudou		
Nenhuma	62	21,0
Primário	167	56,4
1° grau	44	14,8
2° grau	17	5,8
Superior	6	2,0
Renda mensal (em salários mínimos)		
< 1	33	11,2
1 --- 2	214	72,3
2 --- 3	33	11,2
3 --- 5	12	4,0
≥ 5	4	1,3

f_i = frequência absoluta simples

APGAR de Família

Após a avaliação dos dados, obtivemos a seguinte classificação das famílias: 7,1% com elevada disfunção familiar; 12,8% com moderada disfunção familiar e 80,1% com boa funcionalidade familiar (figura 1).

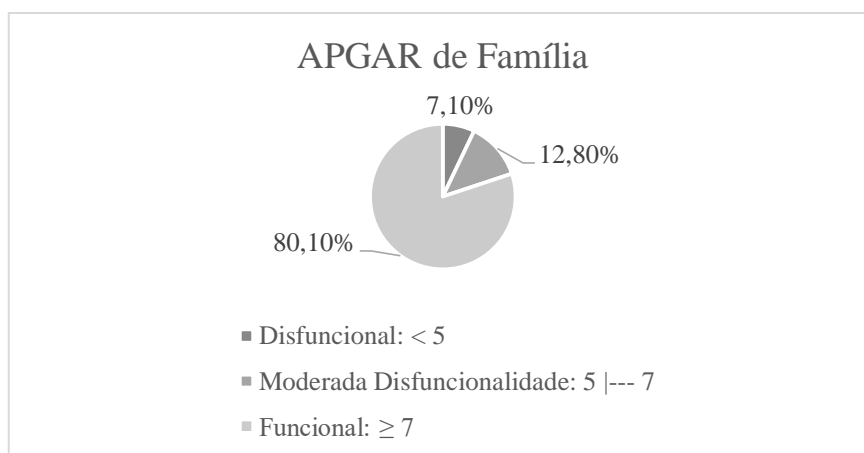


Figura 1 Classificação do APGAR de Família

Na tabela 4, temos a relação entre gênero, idade, grau de escolaridade e situação conjugal, mostrando que não há relação do Apgar com essas variáveis.

Tabela 4. Relação Funcionalidade Familiar e Escolaridade e Relação Funcionalidade Familiar e Situação conjugal

Variáveis	APGAR						Total	p
	< 5		5 --- 7		≥ 7			
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%		
Gênero								0,136*
Masculino	11	9,4	19	16,2	87	74,4	117	
Feminino	10	5,6	19	10,6	150	83,8	179	
Idade								0,906**
Q ₁ - Mediana - Q ₃	65 -69- 75		67 -73- 76		66 -72- 77			
Escolaridade								****
Nenhuma	7	11,3	11	17,7	44	71,0	62	
Primário	11	6,6	21	12,6	135	80,8	167	
1º grau	3	6,8	6	13,6	35	79,6	44	
2º grau	-	-	-	-	17	100,0	17	
Superior	-	-	-	-	6	100,0	6	
Situação conjugal								0,096*
Casado	7	5,2	14	10,3	115	84,6		
União estável	1	7,1	5	35,7	8	57,2		
Solteiro	3	12,5	4	16,7	17	70,8		
Viúvo	5	5,6	11	12,4	73	82,0		
Divorciado	5	15,2	4	12,1	24	72,7		

f_i = frequência absoluta simples; Q_i = quartis; Valor de p em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

5. DISCUSSÃO

Entre os idosos entrevistados, houve predominância do sexo feminino, onde dos 296 idosos, 39,5% eram do sexo masculino e 60,5% eram do sexo feminino, o que nos leva a concluir que a mulher é a maioria da população idosa do município, a essa predominância dá-se o nome de feminização da velhice, que se associa a maior longevidade das mulheres em comparação aos homens conforme Paiva, *et al.* (2011), relata em sua pesquisa, onde ela afirma que a predominância da mulher na velhice é comprovada internacionalmente, sendo que em países desenvolvidos, o número de mulheres na terceira idade é maior²⁴. Porém, estatisticamente falando, nesta pesquisa, o gênero não apresentou influências no APGAR de Família.

Segundo os dados, a maioria dos idosos, correspondentes a 95,6%, tem em média entre 4 a 10 filhos, e são casados ou viúvos. Ainda que esses dados mostrem que a maioria constituiu família, isso não significa que esses idosos tem o apoio da família ou que possam dispor de demonstrações de afeto e companhia dos mesmos, o que acaba causando no idoso a sensação de abandono por parte dos familiares e falta de apoio. Assim mostra a pesquisa de Silva (2015), onde é enfatizado a importância da comunicação e demonstração de afeto entre os familiares e o idoso, o fortalecimento dos laços afetivos do idoso com a família através da comunicação contribui para uma boa saúde, exercendo a função de aliviar, direta e indiretamente os efeitos psicológicos negativos criados pelas perdas e por vários tipos de infortúnios que surgem na velhice¹⁴.

Os resultados encontrados com a pesquisa, sugerem que, dentre os idosos há uma maioria com idade entre 65 e 75 anos, onde entre 65 a 70 anos há uma porcentagem de 22,6% e entre 70 a 75 ano 24,3% caracterizando então a população de idosos como idosos jovens, segundo o que diz a classificação de idosos por faixa etária da Organização das Nações Unidas (1982), onde são classificados como pré-idosos iniciando na idade de 55 nos países desenvolvidos e 60 a 64 anos nos países em desenvolvimento; idosos jovens na idade de 65 a 79 anos; ou 60 a 69 anos na Ásia e região do Pacífico; e idosos em idade avançada os que tem acima de 75 ou de 80 anos. Segundo a análise da relação entre o Apgar de família e idade dos idosos participantes deste estudo, não houve relação estatisticamente significativa, ao contrário do que mostra os estudos de Paiva *et al.* (2011), onde os idosos estudados informaram que as relações no convívio familiar consideradas ruins, são com pessoas com mais de 60 anos²⁵. No entanto ainda que a idade não tenha

se mostrado relevante, sabemos que quanto mais idoso, maior a dependência de cuidados da família, o que pode gerar uma disfunção familiar pelo desgaste do cuidador

Em relação ao estado conjugal, a maioria declarou-se casado destacando melhor funcionalidade familiar nesse grupo. Destacamos aqui que a pesquisa mostrou idosos que residem sozinhos, e idosos que coabitam com em média 5 pessoas na mesma casa. No caso do idoso que reside só, isso pode trazer complicações por não ter com quem se comunicar, e o autocuidado fica prejudicado, assim como nas atividades do dia a dia como preparar seu próprio alimento. Por outro lado, fato de ter uma família numerosa também afeta a funcionalidade da família, uma vez que o idoso perde seu espaço, não tem privacidade, complicada situação financeira da família, assim como os relacionamentos intrafamiliares. Peline, Leite e Furini (2007), falam sobre o momento em que o idoso tem sua autonomia comprometida ou fragilizada, seja por fatores físicos, biológicos ou psicológicos²⁶. Geralmente o idoso alimenta a expectativa de encontrar um familiar, seja filho ou neto, disposto a se responsabilizar por ele quando já não tiverem autonomia e capacidade ou quando esses aspectos estiverem comprometidos.

Na população estudada a renda mensal individual dos idosos estava ente 1 e 2 salários mínimos. Com esse panorama, podemos inferir que a renda pode ser um dos fatores que contribuem com a disfuncionalidade familiar. Segundo Reis e Trad (2015) há diversos fatores que podem contribuir para o declínio da saúde idoso, como os fatores socioeconômicos, que quando escassos, pode levar a situações de maus-tratos e outros tipos de violência⁷. Durante a experiência com as entrevistas, observamos que em sua maioria, é o idoso que detêm o maior poder aquisitivo, é quem sustenta a família, embora, ao relacionar esses dados com o resultado do APGAR de família, não houve significância estatística neste estudo.

Sobre a escolaridade, podemos observar na Tabela 4, que quanto maior o grau de escolaridade melhor é o funcionamento da família, o que neste estudo não teve relação significativa. No entanto inúmeras contribuições destacam que quanto maior a escolaridade, mais chances o idoso tem de ser melhor cuidado pela família, porque nesse processo está incluso o conhecimento dos direitos dos idosos e a própria mudança de comportamento intrafamiliar.

O APGAR de família é um instrumento utilizado para medir a satisfação do idoso com os restantes membros da família. Este estudo revelou que 80,1% das famílias possuem boa funcionalidade, o que significa que a maioria dos idosos está satisfeita com

a relação que tem com a família e com o suporte que a mesma oferece. Equiparando-se a um estudo de Paiva *et al.* (2011), que mostrou dados parecidos onde foram entrevistados um grupo de idosos de um município cearense, onde 83,7% apresentaram uma boa funcionalidade familiar, 7,5% apresentaram uma moderada disfunção familiar e 8,8% apresentaram uma elevada disfunção familiar ²⁴. A disfuncionalidade nos grupos de idosos de Parintins foi considerada baixa (7,1%), no entanto, para atender a legislação que ampara o idoso, não é aceitável que nenhum idoso passe por problemas familiares, como falta de alimento, falta de espaço para a privacidade, violência ou falta de cuidados.

6. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos indicam que os idosos avaliaram positivamente a funcionalidade de suas famílias em relação aos domínios do APGAR de Família, o que pode-se concluir que a família está buscando recursos internos ou externos para acolher as demandas no relacionamento e promover o bem-estar de seus membros. Como já foi citado, o cuidado ao idoso envolve vários fatores, e ter conhecimento sobre as demandas e necessidades dessas famílias, possibilita a criação de um vínculo com as mesmas e a promoção de saúde para a família, e conseqüentemente para o ser idoso.

A família é a base da sociedade e exerce papel fundamental na vida do idoso, onde pode atuar para a melhoria e manutenção da saúde, ou influenciar para a piora da saúde. Portanto, a avaliação da funcionalidade das famílias é essencial para identificar o suporte social e afetivo segundo a visão do idoso, possibilitando aproximar os profissionais de saúde das famílias, uma vez que ela é um fator imprescindível que interfere direta e indiretamente na relação saúde-doença do ser idoso. Permite ainda que a gestão da saúde, ao identificar um disfuncionalidade familiar, possa interferir por meio das Equipes da Estratégia Saúde da Família no cuidado dispensado ao idoso, já que o Estado também é corresponsável pela atenção à saúde do idoso.

Reconhecendo a importância da família para o idoso, o presente estudo tem o intuito de fornecer informações que possibilitam planejar intervenções para estabelecer o equilíbrio da unidade familiar quando a disfunção for detectada. Além de permitir uma melhor caracterização dos idosos quanto a funcionalidade familiar e contribuir com o profissional enfermeiro, que poderá realizar ações direcionadas ao contexto familiar, no sentido de estabelecer esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos, o que contribuirá

significativamente para a qualidade da assistência aos idosos e das demandas dessas famílias, permitindo que ambos encontrem a melhor solução terapêutica, em que a meta seja o equilíbrio da família, melhorando a assistência a essas pessoas e reduzindo os custos emocionais da própria família.

Diante desse contexto, nossa sugestão para a aplicabilidade dos resultados deste estudo, é que a Coordenação da SEMASTH, juntamente com a Equipe da Estratégia Saúde da Família, nas Unidades Básicas de Saúde, promovam a capacitação de suas equipes na aplicação do APGAR de família, ao realizar o cuidado ao idoso, na consulta de enfermagem por exemplo, ou durante as visitas domiciliares, visto que é um instrumento rápido e fácil de ser aplicado, além de ser recomendado pelo Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro 2016.
2. VERAS, Ivânia. Avaliação da funcionalidade familiar por idosos [manuscrito] / Ivânia Vera. -2013. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2013.
3. SOUZA, R.F., SKUBS, T. BRETAS, A.C.P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, maio-jun; v.60, n.3, p. 263-7, 2007.
4. PAVARINI, S.C.I.; TONON, F.L.; SILVA, J.M.C.; MENDIONDO, M.Z., BARHAM, E.J.; FILIZOLA, C.L.A. Quem ira empurrar minha cadeira de rodas A escolha do cuidador familiar do idoso. Revista eletrônica de enfermagem, nov-dez; v.8, n.3, p.326-335, 2006.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da atenção à saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília. Ministério da saúde, 2007. Caderno de atenção básica, n° 19. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/cadernos_ab/abcd19.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2017.
6. LOPES, Ruth Gelehrter da Costa; CALDERONI, Sila Zugman. Idoso na Família: Expansão de Possibilidades ou Retração? In: Tratado de Gerontologia. 2.a edição. Editora Atheneu, 2007.



7. Reis, Luciana Araújo dos; Trad. Leny Alves Bonfim. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17(3), 28-41. São Paulo, SP, set.-dez. 2015.
8. ALMEIDA, Micheli Aparecida Brandes de. A insuficiência familiar no cuidado ao idoso e seus reflexos na atenção primária a saúde. Universidade Federal de Minas Gerais- Belo Horizonte, 2013.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. Relatório mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra-Suíça, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html>. Acessado em: 01 de junho de 2017.
10. CANCELA, Diana Manuela Gomes. O processo de envelhecimento. O Portal dos Psicólogos. Disponível em: <www.psicologia.com.pt>. Acessado em: 31 de junho de 2017.
11. SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia I Campinas I 25(4) I 585-593 I outubro - dezembro 2008*.
12. Liga de Geriatria. O envelhecimento e as alterações corporais. Disponível em: <<http://ligadegeriatriaunicamp.wordpress.com/2015/12/15/o->>. Acessado em: 01 de junho de 2017.
13. FILHO, Wilson Jacob. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. BIS – Boletim do Instituto de Saúde, nº 47. Abril de 2009. pág. 27-32.
14. SILVA, Doane Martins da; VILELA, Alba Benemerita Alves; SOUZA, Andréa dos Santos; ALVES, Marta dos Reis; SILVA, Débora Martins da; SOUZA, Tatiane Oliveira de. Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. *Revista de Enfermagem UFPE On-Line, Recife*, 7(9):5550-6, set., 2013.
15. DOMINGUES, Marisa Accioly. Suporte social e familiar na velhice. In: PERRACINI, Mônica Rodrigues. *Funcionalidade e envelhecimento/ Monica Rodrigues Perracini, Cláudia Maria Fló*; editores da série Celso R. F. Carvalho, Clarice Tanaka. –Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
16. VIANNA, R. C. O. Instituto da família e a valorização do afeto como princípio norteador das novas espécies da instituição no ordenamento jurídico brasileiro. *Revista da Esmesc, Florianópolis*, v. 18, n. 24, 2011.
17. SILVA Raimunda Magalhães da. et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6):1703-1710, 2015.
18. TORRESA, Gilson de Vasconcelos; REIS, Luciana Araújo dos; REIS, Luana Araújo dos; FERNANDES, Marcos Henrique; XAVIER, Thaiza Teixeira.



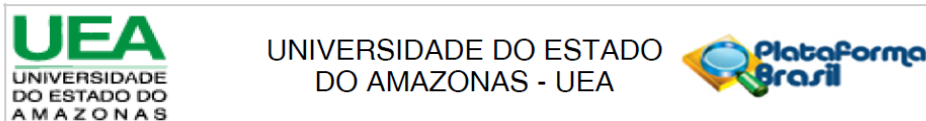
- Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de Idosos dependentes no município de Jequié (BA). V.34, n.1, p.19-30 jan./mar. 2010.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. 1. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
 20. IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Amazonas >> Parintins. Informações completas, síntese das informações, histórico do município, infográficos. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2017.
 21. BUSSAB, W. O. e MORETTIN, P.A.- Estatística Básica, 5º edição. Editora Saraiva, São Paulo, 2002.
 22. EPI-INFO, Versão 7 para windows, produzido e distribuído gratuitamente pelo Centro de Controle de Doenças – CDC em <www.cdc.gov/epiinfo>. Acesso em: 14 de março de 2012.
 23. VIEIRA, Sonia – Bioestatística, Tópicos Avançados – Rio de Janeiro. 2.ed. – RJ: Elsevier, 2004.
 24. ONU. Organização da Nações Unidas. Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. Viena, 1982.
 25. PAIVA. Ana Tarcia Guimarães; BESSA. Maria Eliana Peixoto; MORAES. Geridice Lorna Andrade de; SILVA. Maria Josefina da; OLIVEIRA. Rosy Denyse Pinheiro de; SOARES. Arethusa Moraes de Gouveia. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. Cogitare Enferm. 2011 Jan/Mar; 16(1):22-8.
 26. Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):229-36.



ANEXOS

ANEXO I

Comprovante de Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS NA CIDADE DE PARINTINS - AM

Pesquisador: Fernanda Farias de Castro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78876117.0.0000.5016

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.363.992

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 03 de Novembro de 2017

Assinado por:
Manoel Luiz Neto
(Coordenador)

ANEXO II
INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Instrumento A

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

01. Iniciais do Entrevistado _____

02. Sexo (1) masculino (2) Feminino **03. Data de Nasc.** ____ / ____ / ____

04. Idade _____

05. Raça/etnia: (1) negra (2) amarela (3) branca (4) mulato (5) quilombola (6) parda

06. Nacionalidade _____ **07. Naturalidade**

B - DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICO

08. O (a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não

09. Até que série o Sr (a) estudou?

(1) Nenhuma

(2) Primário

(3) Ginásio ou 1º grau incompleto

(4) Ginásio ou 1º grau completo

(5) 2º grau incompleto (científico, técnico ou equivalente)

(6) 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente)

(7) Curso Superior incompleto

(8) Curso superior completo.

10. Atualmente qual é o seu estado conjugal?

(1) Casado (a) (2) União Estável (3) Solteiro (a) (4) Viúvo (a) (5) Divorciado/desquitado (a)/Separado

11. Qual a sua religião: (1) Católico (2) Evangélico (3) Outra; Qual _____

12. O(a) Sr.(a) teve filhos? (1) Sim (2) Não **13.** (Em caso positivo, quantos?), especifique o n° de filhos _____

14. Quantas pessoas vivem com o (a) Sr. (a) na casa? _____ pessoas

15. Que tipo de trabalho (ocupação) o(a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida?

16. O Sr(a) possui aposentadoria (1) Sim (2) Não

17. Atualmente o(a) Sr.(A) trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada.

(1) Sim (2) Não

18. De onde o (a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida?

		SIM	NÃO
A	Do seu trabalho	1	2
B	Da sua aposentadoria	1	2
C	Da pensão/ajuda do(a) seu (sua) esposo (a)	1	2
D	De ajuda de parentes e amigos	1	2
E	De outra fonte. Qual:	1	2

19. Em média, qual é a sua renda mensal?

Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores. (Atenção: valor líquido) rendimento mensal _____

20. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? (não precisa saber o valor exato, basta o valor aproximado) Rendimento mensal _____

21. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), vivem com esse rendimento familiar _____

22. Tipo de moradia: (1) Madeira (2) alvenaria (3) Palha (4) Barro (5) Mista (6) Outros

23. O(a) Sr.(a) é proprietário(a) do lugar onde mora? (Especifique apenas uma alternativa)

(1) Propriedade do entrevistado



- (2) Propriedade do cônjuge do entrevistado
(3) Propriedade do casal
(4) Alugado pelo entrevistado
(5) Residência cedida sem custo p/ o entrevistado
(6) Outra categoria (especifique) _____

24. Como é a privada da sua casa? (1) céu aberto (2) fossa negra (3) vaso sem descarga (4) vaso com descarga (5) outro _____

25. Qual o destino do lixo? (1) joga a céu aberto (2) queima (3) utiliza como adubo (4) coleta de lixo (5) outro _____

26. Possui animal de estimação? (1) Sim (2) Não **27. Qual?**

28. Observar: Tem árvores frutíferas no quintal (1) sim (2) não **29. Qual**

C - CONDIÇÕES DE SAÚDE

Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde.

30. Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?

- (1) Sim (2) Não

31. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?

Especifique os problemas: 1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

32. O Sr. (a) toma algum medicamento

- (1) Sim (2) Não

33. Qual: 1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

34. Quais os serviços de saúde que o Sr. Utiliza?

- (a) Saúde da Família
(b) UBS do local onde reside
(c) Hospital (Jofre Cohen ou Pe. Colombo)
(d) Não utiliza

35. Faz uso de algum tratamento caseiro?

- (1) Sim (2) Não

36. Quais: 1) _____

2) _____

3) _____ 4) _____

37. Em caso de doença o Sr (a) procura tratamento alternativo (Rezadeira, Curandeiros, Puxadores, Benzedores...)?

- (1) sim (2) não

38. Quais: 1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

39. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?

- (1) Sim (2) Não

40. Esse esquecimento está piorando nos últimos meses?

- (1) Sim (2) Não

41. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?

- (1) Sim (2) Não

42. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?

- (1) Sim (2) Não

43. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?

- (1) Sim (2) Não

44. Você teve duas ou mais quedas no último ano?

- (1) Sim (2) Não



45. Você tem problema de visão capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? *É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.*

(1) Sim (2) Não

46. Você tem problema de audição capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? *É permitido o uso de aparelhos de audição.*

(1) Sim (2) Não

D – HÁBITOS DE VIDA

47. O Sr (a) fuma?

(1) sim 43. Quanto tempo? _____ (anos) (2) Não (nunca fumou)

48. Parei de fumar (quanto tempo) _____

49. O Sr. (a) bebe bebida alcoólica ?

(1) sim 46. Quanto tempo? _____ (anos) (2) Não (nunca bebeu)

50. Parei de beber (quanto tempo) _____

51. O Sr(a) faz alguma atividade física, sem ser o trabalho diário?

(1) sim (2) Não 52. Qual

53. Quantas vezes por semana: _____ vezes.

54. O Sr(a) costuma fazer atividades domésticas e/ou campo (1) sim (2) não

55. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

56. O(a) Sr (a) está envolvido em alguma atividade social na sua comunidade?

(1) sim (2) não

57. Quais: 1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

58. Qual o tipo de transporte o (a) Sr (a) usa cotidianamente:

(1) moto (2) bicicleta (3) carro (7) outro _____

F – ALIMENTAÇÃO

59. Quantas refeições o Sr. (a) faz por dia?

(1) Uma (2) Duas (3) Três

(4) Mais de três

60. Qual a fonte de água?

(1) encanada (2) poço (1) rio

Outros: _____

61. Sr(a) cultiva algum tipo de alimento (hortaliças)?

(1) Sim (2) Não

62. Quais: 1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

63. Sr(a) tem algum tipo de criação (aves, suínos, caprinos...) em sua casa?

(1) Sim (2) Não

64. Quais: 1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

65. Qual a maneira de adquirir seu alimento:

(1) compra (2) troca (3) pesca (4) planta (5) caça (6) colhe

Agora vou realizar algumas aferições importantes para identificar alterações no seu estado de saúde.

G – AFERIÇÕES

66. Peso _____ Kg

67. Altura _____ cm

68. Resultado do

IMC _____



69. Circunf. Cintura _____ cm 70. Circunf. Quadril _____ 71. Resultado da RCQ _____

72. Perímetro Braquial (PB) _____ cm 73. Perímetro da Perna (PP) _____ cm

74. 1ª Aferição: Pressão Arterial _____ mmHg (máxima) _____ mmHg (mínima)
(início da entrevista)

75. 2ª Aferição: Pressão Arterial _____ mmHg (máxima) _____ mmHg (mínima)
(no final da entrevista)

Instrumento B

APGAR de Família (primeira parte)

Dimensões avaliadas	Perguntas a serem realizadas	Sempre	Algumas vezes	Nunca
		2	1	0
A= Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários.	Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
P= Partnership (Companheirismo): compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
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.	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
A= Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
R= Resolve (Capacidade resolutiva): Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

