

UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
DE PERNAMBUCO



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO**

**Pró-reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação**

**Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica**

**Linha de pesquisa: Família, Interação Social e Saúde**

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR, CONDIÇÕES  
SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Recife

2023

TELMA MARIZA DE SOUZA FERREIRA

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR, CONDIÇÕES  
SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito para obtenção do grau de mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Cirlene Francisca Sales da Silva

Recife

2023

F383f Ferreira, Telma Mariza de Souza.  
Funcionalidade familiar, condições sociodemográficas  
e de saúde da pessoa idosa / Telma Mariza de Souza  
Ferreira, 2023.  
86 f. : il.

Orientadora: Cirlene Francisca Sales da Silva.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de  
Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia.  
Clínica. Mestrado em Psicologia Clínica, 2023.

1. Idosos - Relações com a família. 2. Velhice.  
3. Idosos - Psicologia. 4. Cuidados primários de saúde.  
I. Título.

CDU 159.922.6

Pollyanna Alves - CRB4/1002

TELMA MARIZA DE SOUZA FERREIRA

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR, CONDIÇÕES  
SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Aprovada em 07/02/2023.

BANCA EXAMINADORA:



Orientadora: Profª Drª Cirlene Francisca Sales da Silva (UNICAP)



Membro titular interno: Profª Drª Cristina Maria de Souza Brito Dias (UNICAP)



Gilson de Vasconcelos Torres  
Prof. Titular - UFRN  
Mat. 1161810

Membro titular externo: Profº. Drº Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN)

RECIFE

2023

## RESUMO

Esta dissertação de mestrado é um recorte do Projeto Guarda-chuva, multicêntrico, em rede internacional de pesquisa, proposto pela UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte) de propriedade do Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres. Esta pesquisa tem como **objetivo geral** analisar a associação entre funcionalidade familiar e condições sociodemográficas e de saúde da pessoa idosa. Mais **especificamente**: 1) identificar as condições sociodemográficas e de saúde; 2) verificar a funcionalidade familiar; 3) evidenciar por meio do diário de campo como eles percebem a funcionalidade familiar. A **população alvo** foi de 30 pessoas a partir de 60 anos de idade, cadastradas nos Serviços de Saúde da Atenção Primária do SUS (Sistema Único de Saúde) no Recife/PE, que residem com familiares, de classe social menos favorecida, independente de gênero, raça, grau de escolaridade, profissão, estado civil e religião. Para o **procedimento de coleta de dados** foram utilizados os seguintes **instrumentos**: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Diário de campo, Questionário com dados sociodemográficos e de saúde e o APGAR de Família. Sobre o **procedimento de análise de dados**: a parte quantitativa foi organizada e analisada pelo *Software Estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 23.0. E a parte qualitativa, por meio da Técnica de Análise de Conteúdo Temática, composta pela pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. **Principais resultados**: 1) Quanto às variáveis sociodemográficas, predominaram: o sexo feminino (90%); cor preta e parda (63,3%); estado civil sem companheiro(a) (60,7%); nível de escolaridade, alfabetizados (81,5%); religião (100%), protestantes (86,6%), os demais cristãos; profissão, as que exigiam menor grau de escolaridade (96,7%); situação atual de trabalho, aposentado (53,6%) ou pensionista (14,3%); 29 moram com familiares (96,7%); renda familiar, até um salário-mínimo (58,6%). 2) Acerca das condições de saúde, preponderou que: sentiram dor no corpo na última semana (73,3%); eram portadores de doenças crônicas (100%); a maioria com hipertensão arterial (80,8%), seguidos por diabetes (26,9%); a maior parte, utilizando medicamentos (90%). 3) Em relação a Funcionalidade familiar, das 30 (trinta) pessoas idosas entrevistadas, 27 (vinte e sete) apresentaram disfunção familiar. Considerações finais: a Pandemia do Corona Vírus, impossibilitou uma maior quantidade de entrevistas, conseqüentemente um menor número de participantes e somente 3(três) pessoas idosas do sexo masculino. Nesse sentido, é premente o aprofundamento desse estudo por meio de novas pesquisas, considerando também, outros locais, inclusive em bairros da cidade que sejam menos privilegiados (sem praias e shoppings por perto). No mais, espera-se a partir dos resultados, dar visibilidade social e científica à importância de se estudar a associação entre funcionalidade familiar, condições sociodemográficas e de saúde da pessoa idosa; fornecer subsídios teóricos e práticos aos profissionais que trabalham com idosos/as e famílias, em especial com a temática; e, propor estratégias, protocolos e planos de cuidados visando melhor qualidade de vida e envelhecimento digno e ativo às pessoas idosas.

**Palavras-chave:** Pessoa Idosa; Velhice; Funcionalidade familiar; Disfuncionalidade familiar; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

This master's thesis is part of the Umbrella Project, a multicenter, international research network, proposed by UFRN (Federal University of Rio Grande do Norte) owned by Prof. doctor Gilson de Vasconcelos Torres. This research has the general objective of analyzing the association between family functionality and sociodemographic and health conditions of the elderly. More specifically: 1) identify sociodemographic and health conditions; 2) check family functionality; 3) show through the field diary how they perceive the family functionality. The target population was 30 people from 60 years of age, registered in the Primary Care Health Services of the SUS (Sistema Único de Saúde) in Recife/PE, who live with family members, from a less favored social class, regardless of gender, race, education level, profession, marital status and religion. For the data collection procedure, the following instruments were used: Mini Mental State Examination (MMSE), Field diary, Questionnaire with sociodemographic and health data and the Family APGAR. About the data analysis procedure: the quantitative part was organized and analyzed using the Statistical Software Statistical Package for Social Science (SPSS) version 23.0. And the qualitative part, through the Thematic Content Analysis Technique, consisting of pre-analysis, exploration of the material, treatment of the results obtained and interpretation. Main results: 1) Regarding sociodemographic variables, the following predominated: females (90%); black and mixed race (63.3%); marital status without a partner (60.7%); education level, literate (81.5%); religion (100%), Protestants (86.6%), other Christians; profession, those that required a lower level of education (96.7%); current work situation, retired (53.6%) or pensioner (14.3%); 29 live with relatives (96.7%); family income, up to one minimum wage (58.6%). 2) With regard to health conditions, the following prevailed: felt pain in the body in the last week (73.3%); they had chronic diseases (100%); most with arterial hypertension (80.8%), followed by diabetes (26.9%); most using medication (90%). 3) Regarding family functionality, of the 30 (thirty) elderly people interviewed, 27 (twenty-seven) had family dysfunction. Final considerations: the Corona Virus Pandemic prevented a greater number of interviews, consequently a smaller number of participants and only 3 (three) male elderly people. In this sense, it is urgent to deepen this study through new research, also considering other locations, including less privileged neighborhoods in the city (without beaches and shopping malls nearby). Moreover, it is expected from the results, to give social and scientific visibility to the importance of studying the association between family functionality, sociodemographic conditions and health of the elderly person; provide theoretical and practical subsidies to professionals who work with the elderly and families, especially with the theme; and, propose strategies, protocols and care plans aimed at better quality of life and dignified and active aging for the elderly.

**Keywords:** Elderly Person; Old age; Family functionality; Family dysfunctionality; Primary Health Care.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha professora que foi a pessoa que acreditou no meu potencial, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cirlene Francisca Sales da Silva, desde o início. Ao meu sobrinho do coração, Júlio César Gomes Brasil, pelo incentivo essencial nessa caminhada, minha filha Natália de Souza e meu neto Romeo Batista, que são o combustível da minha jornada.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de viver e conquistar sonhos.

À minha mãe, Teresinha Santos (*in memoriam*), meu eterno amor, a idosa que foi meu referencial de vida.

À minha filha Natália Souza, ao genro Daniel Silva e meu neto Romeo Batista, os maiores presentes que a vida me deu.

Aos idosos, por apoiarem a pesquisa e apontar respostas não antes avistadas.

À Universidade Católica de Pernambuco pela oferta do curso e oportunidade.

À Profª Drª Cirlene Francisca Sales da Silva, pela orientação acirrada e presente, durante todo processo de elaboração deste trabalho. E à banca examinadora, aos professores Dr. Gilson de Vasconcelos Torres e Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias

A todos/as o meu obrigada.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 CONTEXTUALIZANDO A FUNCIONALIDADE E DISFUNCIONALIDADE FAMILIAR NA VELHICE</b> .....	15
1.1.1 Família.....	15
1.1.2 Envelhecimento, velhice e relacionamento familiar.....	18
1.1.3 Sistemas familiares: Funcionais ou Disfuncionais. ....	22
<b>2 A TEORIA GERAL DOS SISTEMAS (TGS) APLICADA AO FENÔMENO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NA PESSOA IDOSA</b> .....	26
2.1 A TGS na compreensão das condições sociodemográficas, de saúde e funcionalidade familiar na pessoa idosa.....	27
2.1.1 Tipos de sistemas.....	28
2.2 Atributos, propriedades ou qualidades dos sistemas. ....	29
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	35
3.1 OBJETIVOS.....	35
3.1.1 Objetivo geral. ....	35
3.1.2 Objetivos específicos.....	35
3.2 MÉTODO .....	35
3.2.1 Tipo de estudo .....	35
3.2.2 Local de estudo.....	36
3.2.3 População e amostra .....	36
3.2.4 Instrumentos de coleta de dados.....	36
3.3 Procedimento de coleta de dados.....	39
3.4 Procedimento de análise de dados.....	41
<b>4 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO</b> .....	44
4.1 Questionário sociodemográficos e de saúde.....	44

4.1.1 Dados sociodemográficos.....	45
4.1.2 Dados de saúde .....	48
4.1.3 APGAR de família.....	49
4.1.4 Associação entre as condições sociodemográficas, de saúde e APGAR de família.....	49
4.1.5 Diário de campo.....	50
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS E APÊNDICES.....</b>	<b>70</b>

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado intitulada “Funcionalidade familiar, condições sociodemográficas e de saúde da pessoa idosa”. É um recorte de um Projeto Guarda-chuva, multicêntrico, em rede internacional de pesquisa. O desejo em realizar esta pesquisa nasceu da observação, no dia a dia de nosso trabalho em posto de saúde, do indício da possível associação entre as condições sociais e de saúde com a funcionalidade ou disfuncionalidade familiar. A relevância deste estudo, justifica-se pela necessidade de se analisar este fenômeno na vida das pessoas, nessa faixa etária, e conseqüentemente contribuir para o bem-estar dessa população, por meio de reflexões que provoquem àqueles que trabalham com estas pessoas e seus familiares.

Isto posto, como já anunciado acima, vislumbrar este cenário me inquietou a partir de minha experiência como enfermeira na Atenção Primária à Saúde (APS), por testemunhar situações no tocante aos aspectos sociais e de saúde que remetem à disfuncionalidade familiar em pessoas idosas. Neste contexto, percebe-se a necessidade de estudar esta temática, a partir de pesquisas que aprofundem suas origens, e contribuam para compreensão e possível criação de estratégias de enfrentamento a este fenômeno.

Visto que, o maior alcance da longevidade é uma realidade mundial e com ele têm emergido muitas demandas, sendo a disfuncionalidade familiar uma importante questão a problematizar. Visto que cada vez mais, as pessoas poderão depender da convivência com os familiares, dada as dificuldades físicas e mentais que assolam uma parte das pessoas mais longevas e que, por vezes, podem incorrer em um processo de disfuncionalidade familiar, conseqüente desta dependência.

Com as pessoas vivendo mais, estimava-se para 2020, que houvesse mais pessoas com 60 anos ou mais no planeta do que crianças com menos de 5 anos; em 2050, a maioria delas morará em países de baixa e média renda e não nos países de alta renda onde essa transição demográfica começou. O envelhecimento da população é resultado do declínio na fertilidade acompanhado de crescimento econômico, melhor nutrição, estilos de vida mais saudáveis, melhor controle de doenças infecciosas, melhorias no acesso à água, saneamento básico, avanços na ciência, tecnologia e medicina (Papalia & Martorell, 2022).

Diante deste cenário de maior alcance da longevidade, no Brasil a expectativa de vida ficou em média 76,6 anos. Sendo assim, para os homens passou a ser 73,1 anos, e para as mulheres 80,1 anos (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE, 2020). Nesse contexto, percebe-se a necessidade de um olhar ampliado e sistêmico acerca das dimensões de saúde biopsicossocial da pessoa idosa, que, por viver mais, também demanda mais assistência em todos os aspectos de sua vida. Desse modo, compreende-se a importância de se realizar uma análise da relação entre funcionalidade familiar, condições sociodemográficas e de saúde da pessoa idosa atendida na Atenção Primária à Saúde no Recife/PE/Brasil.

Problema este considerado de saúde pública por suas consequências à vida da pessoa idosa, por exemplo, a violência contra esta população. Que se traduz no risco de abuso contra elas. Incluindo como fatores de risco ser mulher, ter dificuldade com as atividades da vida diária, saúde fraca, pobreza e ter sido vítima no passado. Os abusadores mais prováveis são familiares, homens, desempregados ou com problemas econômicos e que têm histórico de doenças físicas ou mentais, abuso de substâncias, abuso físico ou violência (Silva, 2019).

Face a este problema, faz-se necessário pesquisas que aprofundem as causas desse fenômeno. Para tanto, inicialmente, entende-se ser importante conceituar as palavras-chave que norteiam este estudo. Desse modo, **Pessoa idosa** é aquela “de 65 a 79 anos de idade” (Identificador DeCS/MeSH 20174, 2022). Entretanto, o/a “idoso/a”, no Brasil, é definido/a como a pessoa com 60 anos ou mais, seguindo a tendência dos países em desenvolvimento (Estatuto do Idoso: Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003; Política Nacional do Idoso - PNI: Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994). Já nos países desenvolvidos, é considerada idosa, a pessoa a partir dos 65 anos (Neri, 2008), tal como postulado no DeCS/MeSH (2022). Nesse sentido, a fase da vida a partir dos 60 anos no Brasil é compreendida como **velhice**.

Dessa forma, Leite (FIOCRUZ, 2022) destaca que a **velhice** é um processo natural, que inicia ainda dentro do ventre materno e decorre de mudanças psicológicas, biológicas e sociais. A autora ressalta que a velhice ocorre em ritmos diferentes para cada pessoa, sendo influenciada pelo modo de vida, pela condição de saúde de cada um e pelo meio ambiente. Salienta ainda que, é errado definir velhice como condição de saúde, baseada exclusivamente na idade. Mesmo que a idade cronológica possa ser considerada fator de risco para diversas doenças crônico-degenerativas, ela é muito

heterogênea. Dessa forma, podemos entender que não existe apenas uma velhice, mas velhices traduzidas em diferentes modos de viver, ser e existir.

Também compreendemos que as velhices podem influenciar sob os fenômenos da **Funcionalidade familiar ou Disfuncionalidade familiar**. Paradoxalmente, a família funcional é o oposto da disfuncional. Esta segunda, é aquela em que se presenciam desrespeito, sobreposição na hierarquia, ruídos na comunicação e não (re)organização do sistema familiar, na articulação de forças para resolução de problemas. Também, está associada à solidão em idosos, a falta de atenção e de promoção de cuidado familiar a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), a solidão em portadores de HIV/aids, ao baixo apoio social e a sobrecarga de cuidadores de idosos, além de sintomas depressivos. Desse modo, a disfuncionalidade familiar indica relações frágeis, que merecem melhor investigação por parte dos profissionais de saúde (Vera, Lucchese, Nakatani, Sadoyama, Bachion & Vila, 2015).

Nesta pesquisa, estudando as pessoas idosas atendidas na **Atenção Primária à Saúde**, é relevante esclarecer o que significa esta dimensão que “É a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação” (Identificador DeCS/MeSH, 11756, 2022). Também, é o nível prioritário para assistência e monitoramento da saúde da população idosa, além da sua atuação na promoção à saúde e prevenção de agravos.

Torna-se necessário, nesse nível de atenção, um maior enfoque às doenças crônicas não-transmissíveis, especialmente hipertensão e diabetes, fazendo com que o cuidado seja fragmentado e com foco na doença e no seu tratamento. Nesse sentido é necessária a adoção de medidas que reorganizem essa atenção de forma a contemplar ações de educação, promoção da saúde, e prevenção de agravos com enfoque para o envelhecimento e suas singularidades, assim como, a qualificação dos profissionais para garantir a saúde integral da pessoa idosa (Placideli, 2020).

Frente ao exposto, o objetivo geral deste trabalho é analisar a associação entre funcionalidade familiar e condições sociodemográficas e de saúde da pessoa idosa. Mais especificamente: 1) identificar as condições sociodemográficas e de saúde; 2) verificar a funcionalidade familiar; 3) evidenciar por meio do diário de campo como eles percebem a

funcionalidade familiar. Acredita-se que dessa trilha poderá obter-se resultados que contribuam, por meio de políticas públicas, para melhorar a qualidade de vida e dignidade das pessoas idosas.

Para além, segue-se o modo pelo qual a dissertação foi formatada. Mais especificamente, como foi elaborada, desde a construção dos capítulos até as demais partes. Os capítulos foram intitulados e organizados da seguinte forma: no **Capítulo 1** (um), “**Contextualizando a funcionalidade e disfuncionalidade familiar na velhice**” se refletiu acerca da Família; Envelhecimento, velhice e relacionamento familiar; e como podem ser compreendidos os Sistemas familiares: Funcionais ou Disfuncionais. No **Capítulo 2** (dois), sobre “**A Teoria Geral dos Sistemas (TGS) aplicada ao fenômeno da disfuncionalidade familiar na pessoa idosa**”; assim, tecendo diálogos acerca dos atributos, propriedades ou qualidades dos sistemas referentes à questão proposta. No **Capítulo 3** (três), se fez um desenho do **Percurso metodológico** (objetivos; método). No **Capítulo 4** (quatro), se apresentou os **Resultados, análise e discussão dos dados** da pesquisa. E por fim, a **Conclusão, Referências** e os **Anexos**.

## **1 CONTEXTUALIZANDO A FUNCIONALIDADE E DISFUNCIONALIDADE FAMILIAR NA VELHICE**

### **1.1 Família, funcionalidade e disfuncionalidade do sistema familiar na velhice**

Ivânia Vera (2013), em sua tese doutoral sobre “Avaliação da funcionalidade familiar por idosos” (atualmente nomeadas como pessoas idosas), nos remete a importantes reflexões acerca do contexto da funcionalidade e disfuncionalidade familiar da pessoa idosa. Como também, outras autoras dialogam sobre o tema, a exemplo, Vera et al. (2015) em seu artigo intitulado “Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados”. Desse modo, a seguir, iremos discorrer um pouco sobre o assunto baseado nos pressupostos das autoras supracitadas, dentre outros pesquisadores, iniciando pelo conceito de família.

#### **1.1.1 Família**

Pinho e Kantorski (2004) afirmam que a família é o primeiro grupo social no qual o ser humano está inserido. Pode ser caracterizada pelo vínculo entre seus membros e tende a acolher as pessoas, dar apoio afetivo, psicológico, valores humanos e éticos. Também proporciona vivências, desenvolvimento de habilidades, experiências e novas relações humanas, além de estratégias facilitadoras no desenvolvimento físico e mental.

Considerada como a menor célula organizada da sociedade, a família consiste em um conjunto de pessoas com papéis socialmente definidos em um tecido fundamentado nas relações. Estudiosos descrevem que as definições de família se modificam ao longo da História da Humanidade e se apresentam em variadas formas e de acordo com o grupo social em uma mesma época e lugar. Por ser dependente de outras instituições, sofre implicações diretas dos fatores sociais, econômicos e culturais sobre seu destino (Prado, 1988; Samara, 1993).

Embora haja um esforço dos estudiosos para definir a família, vários fenômenos e contextos impedem uma definição absoluta. Os novos arranjos familiares como uniões homoafetivas, divórcios, produção independente e recasamentos têm dificultado a formulação de um conceito único de família. Dessa forma, desvelando que, na contemporaneidade, a família possui numerosas configurações (Montefusco, Bachion & Nakatani, 2008; Sayao, 2011).

Essas mudanças nos arranjos familiares são fatores importantes a serem considerados na avaliação de famílias (Alcântara, 2009). Na dimensão jurídica, o conceito de Família está promulgado na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), no Capítulo VII: Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso, nos artigos de 226 a 230. No Artigo 226, a Família é referenciada como a base da sociedade e tem especial proteção do Estado, sendo reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar. Esta entidade familiar é formada por qualquer dos pais e seus descendentes (CF, 1988).

Entende-se que, em continuidade no desenvolvimento do Ciclo Vital da Família, o amparo dos filhos na velhice é algo esperado e um dever moral, explícito no Artigo 229 da CF/1988, em que os pais devem assistir, criar e educar os filhos, e quando estes estiverem maiores, devem ajudar e amparar os pais na velhice, enfermidade ou necessidades (CF, 1988). A respeito do idoso, pessoa com idade maior ou igual a 60 anos, o Artigo 230 estabelece que “A família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (Constituição Federal, 1988, p.60; Ministério da Justiça, 2002).

O Código Civil Brasileiro, Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002, declara a Família como pessoas que descendem do mesmo tronco genealógico, em linha reta ou colateral, assim como parentes por afinidade (Ministério da Justiça, 2002). Em 2006, a Lei nº 11.340, de 07 de agosto, definiu mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Nesta, a família é compreendida como comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa (Ministério da Justiça, 2006a).

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), família é uma das instituições sociais mais antigas. A família experimenta novas formas de organização advindas de um processo de mudança demográfica, de transformações econômicas e sociais, que interferiram diretamente nos seus padrões de organização em termos de tamanho e, igualmente, nos aspectos institucionais e culturais.

Nesse sentido, novas realidades familiares foram identificadas, surgindo a necessidade de mensurá-las para fins de investigação. Assim, o IBGE considerou ‘Família’ como grupo residindo em um mesmo domicílio, existindo ou não entre seus membros vínculos parentais, o

que contempla todas as dimensões do conceito sociológico de família (IBGE, 2008), ao considerar os laços de consanguinidade, adoção ou casamento entre um grupo de pessoas.

Estas considerações reforçam o papel social da família no preparo e inserção de seu membro no mundo exterior, em uma comunidade, local onde interagem e formam novas famílias (Pinho & Kantorski, 2004). Ao longo das últimas três décadas, os discursos formais vieram se modificando ao definirem a Família. Os laços de parentesco ultrapassaram o limite da consanguinidade, incluindo também a dimensão afetiva e neste sentido, a família é quem seus membros consideram como tal (Wright & Leahey, 2008; Alcântara, 2009).

Em relação ao idoso, família são pessoas que participam do seu dia a dia, sob o mesmo ambiente familiar (Torres et al., 2009), ao mesmo tempo em que atua como provedora de apoio, protetora e cuidadora (Pedrazzi et al., 2010; Camargos, Rodrigues & Machado, 2011). A longevidade proporciona dilatação do tempo vivido no ambiente familiar e heterogeneidade nas relações familiares permeada pela maior convivência com filhos, netos e bisnetos (Caldas & Veras, 2010; Marangoni & Oliveira, 2010). Essa nova realidade revela as modificações no posicionamento dos membros da família, sobretudo do idoso no contexto familiar (Camarano, Kanso & Mello, 2004).

Tais mudanças permitem classificar os ciclos de vida das famílias em estágios na dimensão linear do tempo (pontos de transição), quanto aos seus papéis, funções e valores, cujo valor principal é o relacionamento tido como insubstituível (Carter & Mcgoldrick, 1995). Situações de estresse mobilizado por fatores internos ou externos são reconhecidas como crises acidentais e podem ser imprevisíveis na vida familiar. Os fatores internos são as situações de celibato, separações conjugais, viuvez precoce, falecimento de filhos, esterilidade do casal, mudanças severas no padrão de vida, etnicidade, religião e uso e consumo de álcool e outras drogas. Muitos destes fatores são inesperados no ciclo de vida das famílias. Os fatores externos que podem afetar as famílias são as crises econômicas ou políticas, revoluções e guerras. Como também, situações sanitárias como a Pandemia da COVID 19.

Com a mudança de idade dos integrantes da família, ocorrem modificações em termos do relacionamento intergeracional no espaço familiar, na dimensão linear do tempo. Isto exige expansão, contração e realinhamento com vista à Funcionalidade Familiar e à passagem para o próximo status (Carter & Mcgoldrick, 1995). A divisão do ciclo de vida familiar em fases não é estática, contudo, tem utilidade metodológica (Camarano, Mello & Kanso, 2006).

A família no estágio tardio da vida é a fase em que deveria ocorrer a aceitação dos papéis geracionais (Carter & Mcgoldrick, 1995). Este estágio destaca-se pelo processo de transição demográfica na pirâmide populacional intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento socioeconômico. Mudanças que são expressas pelo aumento na expectativa de vida, alterações nos hábitos de vida, avanços tecnológicos, queda da fecundidade, melhoria de saneamento básico e redução da mortalidade (Mendes et al., 2005; Pedrazzi et al., 2010; WHO, 2012).

As fases da vida são relevantes na compreensão da família e de seus membros com suas relações entre si e com o meio de modo sistêmico, através de um intercâmbio. No entanto, existem outros determinantes também necessários no entendimento de uma família, como a convivência entre os membros nas diferentes fases da vida, as questões de gênero, viuvez, dentre outras características sociodemográficas e de saúde.

### **1.1.2 Envelhecimento, velhice e relacionamento familiar**

Camarano e Fernandes (2022) afirmam que não há dúvidas de que o alongamento da vida ou das vidas é uma das conquistas sociais mais importantes da segunda metade do século XX. A esperança de vida em torno de 100 anos estava sendo projetada para os países em desenvolvimento para meados deste século. Entretanto, ressaltam que as mudanças nem sempre acontecem em uma única direção. Nesse sentido, salientam que avanços e retrocessos são parte da História. Desse modo, percebe-se que a heterogeneidade da população idosa é diretamente influenciada pelo declínio da mortalidade nas idades avançadas, gênero, região geográfica e acessibilidade das pessoas às condições sociais e econômicas (Menezes, Lopes & Marucci, 2007; WHO, 2012), além das de saúde.

Sobre esse aspecto, a proporção maior de muitas pessoas idosas é uma tendência mundial. Das 14 milhões identificadas no século XX, em 2050 passará para mais de 400 milhões em todo o mundo (WHO, 2012). A evolução silenciosa na demografia intergeracional da família tem proporcionado o convívio do idoso com maior número de gerações e menor número de entes por geração. Isso pode oportunizar transformações estruturais no contexto familiar, com contribuições e atribuições vinculadas aos diferentes atores. Estas formas de agrupamento familiar vem se modificando desde a década de 1960, sendo esculpidas por características sociais (individualismo, consumo imediato de objetos materiais, entre outros) e alterando as relações intrafamiliares (Moragas, 2010; Sayão, 2011).

Na coabitação entre duas ou mais gerações é possível observar que as famílias envelhecem ao lado de seus membros, e, ao mesmo tempo, a constituição familiar sofre modificações em relação ao número de pessoas que fazem parte desta família, bem como as relações deficientes que podem surgir neste ciclo de vida (Teixeira & Rodrigues, 2009). Aspectos negativos do convívio intergeracional também podem ocorrer quando idosos coabitam no espaço familiar por limitações financeiras ou físicas. Esta situação está mais evidente no gênero feminino (Menezes, Lopes & Marucci, 2007). A mulher idosa que passa a conviver com outras gerações em decorrência de a família vir morar com ela ou ela mudar-se para a casa de um filho ou parente corrobora com o fato de os filhos não terem saído de casa ou terem voltado para casa após separação (Silva, Bessa & Oliveira, 2004; Teixeira & Rodrigues, 2009).

Em relação à viuvez, há cada vez mais mulheres idosas e viúvas na sociedade. Isto ocorre em decorrência da maior expectativa de vida delas, como também por ela casar-se com homens cronologicamente mais velhos, procurar mais os serviços de saúde, cuidar-se mais e alcançar maior sobrevivência às doenças crônicas e incapacidades físicas, em comparação ao sexo oposto, sobretudo, no que tange às mulheres muito idosas (Camarano, Kanso & Mello, 2004; Suzuki & Falcão, 2010). Os homens morrem mais, contudo, os que sobrevivem tendem a ter menores chances de incapacidades funcionais (Santos, 2003).

Dentre os aspectos que podem proporcionar um movimento dialético no que se refere à viuvez das mulheres, destaca-se a mudança na hierarquia familiar, reestruturação familiar, redefinição de papéis e conquista de novas habilidades. Em situação contrária, considerando que o casamento foi uma condição importante para o bem-estar da mulher na última fase do ciclo de vida familiar, vivenciar a viuvez pode ser um processo doloroso pela separação do cônjuge, perda do *status* marital, suporte material e emocional, limitação do convívio social e, também, por ter que se confrontar com o processo de finitude (Suzuki & Falcão, 2010; WU et al., 2010). Assim, sentimentos vivenciados com a viuvez são decorrentes do grau de afetividade desdobrada ao longo do ciclo de vida familiar, vislumbrado pela convivência marital harmoniosa ou não. Viúvas que presenciaram desentendimentos prévios encaram esta etapa do ciclo de vida como uma situação natural e até esperada (Turatti, 2012).

Quando pessoas idosas se encontram em lares unipessoais, as razões estão relacionadas às melhores condições socioeconômicas, autonomia, boa capacidade funcional, idade avançada e sem filhos. Esta situação deve ser considerada pelos gestores responsáveis pelas políticas

públicas e também pelos estudiosos (Camargos, Rodrigues & Machado, 2011). A feminização no envelhecimento pode ser discutida em números e aspectos que influenciam o cotidiano das pessoas. No Brasil, a sobrevivência masculina está próxima de sete anos e se manterá até 2030, momento em que a esperança de vida será de 81,9 anos para as mulheres e 78,3 anos para os homens (FIOCRUZ, 2012).

Estas questões são sensíveis acerca do processo de feminização, que são: as transformações na família, mais precisamente, nos arranjos familiares; a maior presença da mulher no mercado de trabalho (Nascimento, 2001), com predominância das mulheres no meio urbano; a melhora nos índices de escolaridade em número médio de anos de estudo (Camarano, Kanso & Mello, 2004). O impacto da feminização da velhice se correlaciona também com as questões de pobreza, baixa escolaridade, educação de má qualidade na infância e adolescência, que irão repercutir por todo o ciclo de vida (Neri, 2007).

Paulatinamente, a conquista de espaços antes não almejados é alcançada pelo gênero feminino, quando se observa: a maior proporção de mulheres chefes de família em decorrência de desenlaces matrimoniais; a expansão da cobertura propiciada pela seguridade social; a dissociação entre nupcialidade e fecundidade (Camarano, Mello & Kanso, 2006). Outros aspectos que também contribuíram para a feminização foram as conquistas da medicina, queda da mortalidade por melhores condições de saúde, política sanitária e acesso aos serviços de saúde (Camarano, Kanso & Mello, 2004).

Aspectos contraproducentes quanto à feminização também são destacados. Com o número de membros na família cada vez menores, haverá cada vez menos pessoas disponíveis para assistir os segmentos dependentes na família, considerando a função tradicional da mulher no suporte à pessoa idosa; a baixa escolarização e, conseqüentemente, menor qualificação profissional; a maior dependência financeira (Nascimento, 2001) e, a maior probabilidade de viuvez, por terem casamento arranjado com homens mais velhos (Camarano, Kanso & Mello, 2004).

Todas as conquistas acima citadas têm proporcionado uma dilatação no convívio intergeracional pela maior expectativa de vida, o que atinge regiões geográficas, civilizações, mulheres e homens de forma heterogênea, e que suscita na sociedade muitos desafios e oportunidades (WHO, 2012; ONU, 2012). Dentre os desafios do envelhecimento da sociedade, destaca-se a manutenção e/ou conquista do equilíbrio entre as necessidades e reivindicações da

pessoa idosa, sobretudo da capacidade de cuidado disponível tanto no âmbito familiar quanto coletivo, com vista à homeostase da dinâmica familiar (Duarte & Cianciarullo, 2011).

Dentre as oportunidades, ressalta-se a possibilidade de melhor entendimento do sistema familiar por meio de pesquisas, com vistas à gestão do cuidado, ao fortalecimento da família e da comunidade como locais de proteção social ao idoso (Carvalho, 2010). Assim, a família, pela própria constituição de seus membros, equipara-se a um sistema em que o todo é maior que a soma das partes (Carter & McGoldrick, 1995), em um movimento contínuo de interação por meio do sistema aberto, que se pode afirmar como intercâmbio com o meio (Chiavenato, 2003).

O sistema aberto, pela característica peculiar de dinamicidade, assim como as relações familiares, possibilita intercâmbio com o ambiente, com capacidade de adaptação ao meio em que está inserido, ao crescimento e mudanças (Chiavenato, 2003). Neste íterim, há de se compreender a família como sistema baseado nas relações, com ganhos e perdas, distribuição de poderes, estabelecimento de papéis, códigos, simbologias e significados para atitudes e relações. Todos acabam desempenhando tarefas e assumindo papéis para que o Sistema Familiar aconteça, sempre em busca do equilíbrio, ou seja, da Homeostase (Ministério da Saúde, 2007a; Wright & Leahey, 2008).

Considerando a família como um sistema, esta pode ser composta de muitos subsistemas (pais-filho, cônjuge e irmãos) que, por sua vez, também são sistemas complexos de vários subsistemas físicos (cardiovascular, endócrino, dentre outros) ou psicológicos (cognitivo, afetivo). Esta mesma família, portanto, está composta por subsistemas, destacando-se o conjugal, o filial e o fraterno (Wright & Leahey, 2008).

### **1.1.3 Sistemas familiares: Funcionais ou Disfuncionais**

Nos Sistemas Familiares Funcionais, o grupo familiar utiliza recursos próprios (conhecidos ou potenciais) para responder aos conflitos e situações críticas na busca da estabilidade emocional, gerenciando-os e resolvendo o problema instalado de forma adequada e harmoniosa, com vista à integralidade do sistema e à autonomia funcional de suas partes (Ministério da Saúde, 2007a).

Para os profissionais, este sistema constitui os recursos estratégicos e terapêuticos integrais na atenção à pessoa idosa. O uso dos recursos próprios para reestruturar a família na redefinição dos papéis a uma nova realidade quando há uma boa convivência, pode refletir um cuidado de maior confiança, respeito e intimidade. Por outro lado, caso o histórico familiar tenha sido edificado a partir de crises e conflitos, pode ocorrer o cuidado inadequado e difícil (Silva, 2019; Torres et al., 2009).

Em oposição aos Sistemas Familiares Funcionais, encontram-se os Sistemas Familiares Disfuncionais em que não há comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros. Observa-se uma priorização de interesses particulares em detrimento do grupo e seus membros, que não assumem seus papéis dentro do sistema (Ministério da Saúde, 2007a). A desarmonia no funcionamento familiar pode ser resultado do aparecimento de doenças no(s) membro(s) familiar(es), especialmente nas pessoas idosas, quando ocorrem manifestação e instalação das doenças crônicas (Ministério da Saúde, 2007a).

Nesse caso, as situações críticas raramente são resolvidas de forma adequada no âmbito grupal e, com frequência, identifica-se a “crise” como responsabilidade única do membro acometido. Nessas ocasiões, pessoas idosas podem ser retiradas do convívio familiar e alocadas em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) (Ministério da Saúde, 2007a). Em outros termos, quanto mais idoso, maior o tempo convivendo, maior a possibilidade de ter que prestar cuidado e ocorrer crises na unidade familiar (Gonçalves et al., 2011b).

Na contemporaneidade, observa-se uma negociação nos papéis, independente da dinâmica nas relações familiares, movimento em que o gênero e o parentesco se tornaram parâmetros de hierarquização no cuidado, resultando na escolha do cuidador como um processo multideterminado (Pavarini et al., 2006). Preferencialmente, o cuidado é realizado pela esposa, seguida da filha mais velha, filha viúva e solteira e, raramente, por outro parente ou alguém jovem (Alcântara, 2009). O encorajamento em incluir homens como cuidadores, contrariando os valores sociais e culturais, tem sido uma tendência ascendente (Gonçalves et al., 2011a).

As modificações sofridas por este sistema familiar estão influenciadas por conflitos e transformações no mundo, o que vislumbra o equilíbrio quando surge seu potencial transformador. O prover e o cuidar são funções e papéis desenvolvidos por membros da família, porém nem sempre escolhidos por eles. Originalmente, o prover está destinado ao homem, ligado ao sustento. Não obstante, o cuidar, historicamente destinado ao gênero feminino, está

ligado à afetividade, alimentação e atenção (Ministério da Saúde, 2007a). Incapacidades múltiplas com necessidade de cuidados prolongados serão maiores em decorrência da maior expectativa de sobrevida (FIOCRUZ, 2012).

Neste contexto, a inversão de papéis se estabelecerá na presença de doença, bem como de dependência econômica e limitações físicas (Alcântara, 2009; Papalia & Martorell, 2022). Assumir o cuidado dos pais tem uma relação preditiva construída no passado, e este cuidado pode acontecer por obrigação ou por amor, como forma de retribuição (Mazza & Lefèvre, 2005; Silva, 2019). Além disso, quando o cuidado é coercitivo, o fenômeno estorvo pode se instalar, e o cuidado destinado ao idoso dependente ou não passa a ser uma obrigação não esperada-almejada pelo membro da família (Ministério da Saúde, 2007a).

Deste modo, surgem os ruídos ou crises familiares e, com frequência, os vínculos afetivos observados são superficiais e instáveis com alto grau de agressividade e hostilidade entre pares, mesmo que não abertamente colocados (Ministério da Saúde, 2007a). Do ponto de vista legal e social, recai sobre a família a responsabilidade do cuidado, especialmente das pessoas idosas, e muitas vezes, a família não recebe preparo prévio (Souza, Skubs & Brêtas, 2007).

O aumento da longevidade, o decréscimo no número de membros familiares e o grande número de idosos que residem sozinhos apontam que eles são fundamentais na família, seja no suporte financeiro, na transmissão de saberes e valores, no papel de conciliador e de agregador (Pedrazzi et al., 2010; Santos & Dias, 2008).

O cuidado informal do membro familiar para o idoso está baseado na manutenção das atividades essenciais à sustentação da vida, acrescido de respeito, disponibilidade e boa vontade, com vistas a manter o idoso na dimensão familiar. A institucionalização do idoso aconteceria na ausência de familiar para o cuidado e na possibilidade dele ficar o dia sozinho. Esta última situação indicaria a necessidade de institucionalização, como forma de prevenção a solidão e riscos de acidentes (Mazza & Lefèvre, 2005).

A necessidade de estabelecer assistência mais efetiva e dinâmica, capaz de atender às demandas das pessoas idosas e de suas famílias, é indispensável para diminuir as dimensões emocionais para a própria família. O equilíbrio/homeostase familiar é a meta. Assim, conhecer as condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico da vida do idoso é imprescindível para o desenvolvimento de mecanismos de atenção domiciliária à saúde do idoso (Torres et al.,

2009). No mesmo sentido, cabe ao poder público e à sociedade responder à demanda de saúde, atenção social, cultural, geracional e de gênero (Nascimento, 2001), de modo sistêmico, pois as famílias cada vez mais necessitarão de alternativas de proteção e cuidados de curta duração e atendimento domiciliar (Camarano, 2010).

Por fim, avaliar a dinâmica familiar e analisar seus resultados são atividades pertinentes aos profissionais que atendem a pessoa idosa, com vista a uma solução terapêutica adequada e restabelecimento do equilíbrio/homeostase dessa unidade de relações (Ministério da Saúde, 2007a).

As segundas autoras mencionadas no início do capítulo, Vera, Lucchese, Nakatani, Sadoyama, Bachion e Vila (2015), em seu artigo intitulado “Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados”, salientam que o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados à disfuncionalidade familiar, bem como a capacidade funcional da comunidade idosa da capital do Estado de Goiás. Trata-se de um estudo transversal, analítico, desenvolvido com pessoas idosas que relataram disfuncionalidade familiar. Foram analisadas a capacidade global e a dinâmica familiar. Para as 149 (cento e quarenta e nove) pessoas idosas com disfuncionalidade familiar, houve prevalência do gênero feminino, faixa etária dos 60 a 69 anos, estado civil casado, lares multipessoais, saúde regular e presença de dor. A avaliação da capacidade funcional revelou dependência parcial para autocuidado. Na dinâmica familiar, os aspectos mais frágeis foram o diálogo e o tempo que a família compartilha, com satisfação moderada para todos os domínios.

Frente ao exposto, no capítulo a seguir, pretende-se dialogar sobre a Teoria Geral dos Sistemas (TGS) aplicada ao fenômeno da relação entre funcionalidade familiar na pessoa idosa, dados sociodemográficos e de saúde.

## **2 A TEORIA GERAL DOS SISTEMAS (TGS) APLICADA AO FENÔMENO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NA PESSOA IDOSA**

A Teoria Geral dos Sistemas tem suas raízes na concepção organísmica em biologia. No continente europeu, foi desenvolvida por Ludwig Von Bertalanffy, na década de 1920. Segundo Bertalanffy (2008), ela teve desenvolvimentos paralelos nos países anglo-saxões e na teoria psicológica da Gestalt.

Durante os anos de 1940, Bertalanffy tentou combinar conceitos do pensamento sistêmico e da biologia em uma teoria universal dos sistemas vivos, da mente humana à ecoesfera global. Partindo de investigações do sistema endócrino, ele começou a extrapolar para sistemas sociais mais complexos e desenvolveu um modelo que passou a ser conhecido como a Teoria Geral dos Sistemas. O referido autor postulou conceitos que regem os sistemas em geral, aplicando essas generalizações a vários fenômenos em diferentes disciplinas (Silva, 2019).

De igual modo, no mesmo caminho, outros teóricos de outros campos de saber começaram a construir modelos da estrutura e funcionamento de unidades mecânicas e biológicas organizadas. O que esses teóricos descobriram foi que coisas tão diversas como máquinas simples, aviões a jato, amebas e o cérebro humano compartilham os atributos de um sistema, ou seja, uma montagem organizada de partes que formam um todo complexo, assim como uma família é um sistema complexo.

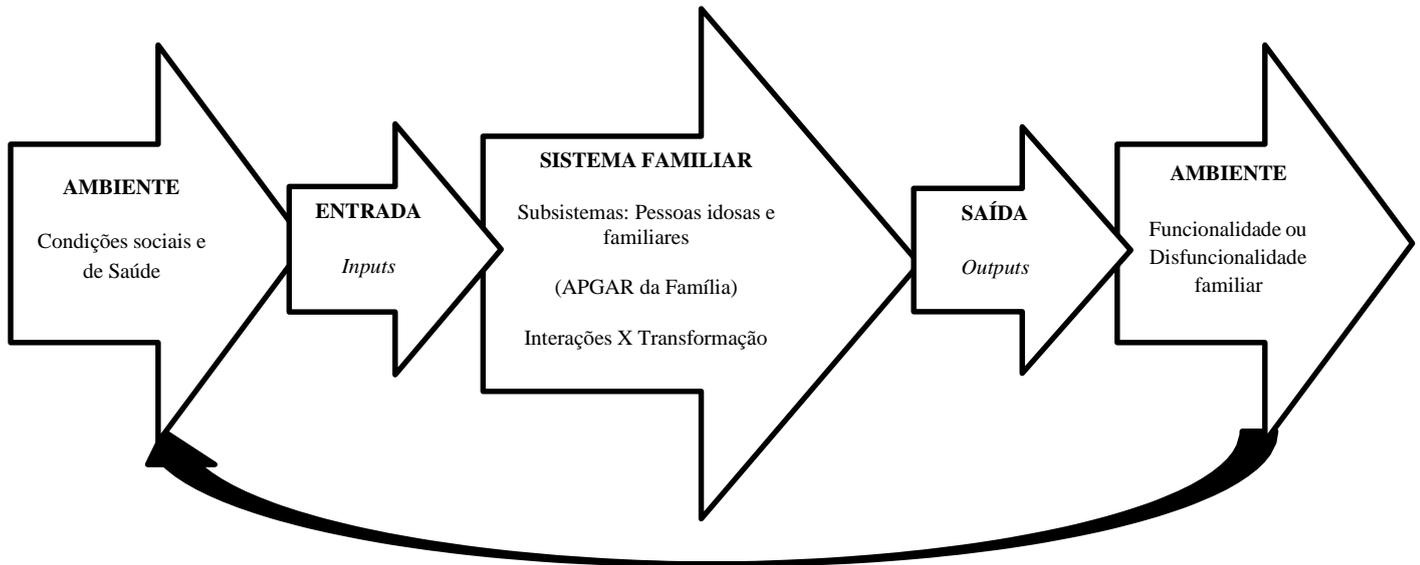
E, pensando na família, considerou-se a Teoria dos Sistemas o embasamento adequado para esclarecer as maneiras pelas quais as famílias funcionam como unidades organizadas ou não, reforçando as ideias de Bertalanffy (2008).

Na mesma linha de pensamento, aprofundando os pressupostos de Bertalanffy (2008), Esteves de Vasconcellos (2003) ressalta que a ciência acreditou que, para conhecer bem seu objeto de estudo, era preciso analisá-lo, separá-lo em partes, para então descobrir as relações causais lineares entre as partes. Entretanto, Esteves de Vasconcellos (2003) observou que a linha inversa é que contribui para entender os fenômenos em sua teia de complexidade:

Agora, nós, profissionais e leigos, estamos tendo de aprender a não mais olhar fragmentado o sistema, a colocar o foco nas relações, a observar as interações que se repetem. No caso de uma criança chorona, veremos a sequência: pai e mãe discutem, criança chora. Para ver as relações, não poderemos olhar o elemento isolado: precisamos olhar o sistema, o conjunto dos elementos em interação. Não é mais o Fulano que é o problema, mas é o sistema (Fulano, Professora, Colegas, Escola,

Família) que está vivendo uma dificuldade. Ampliando o foco, contextualizamos o problema, vemos e atuamos sistemicamente (...). Pensamos em termos da complexidade das situações e lidamos com ela, sem fragmentá-la (2003, p.4).

## 2.1 A TGS na compreensão das condições sociodemográficas, de saúde e funcionalidade familiar na pessoa idosa



**Figura 1 – TGS, família, fatores sociais e de saúde e APGAR - criação da autora**

A figura 1 (um) demonstra a TGS aplicada ao fenômeno estudado. Desse modo, no contexto da disfuncionalidade familiar na pessoa idosa, precisamos vislumbrar a família enquanto um sistema, cujo idoso e familiares formam um conjunto de elementos ou subsistemas, em constante interação entre eles e fatores que perpassam suas vidas de modo biopsicossocial. Sendo assim, não podemos dizer que apenas a pessoa idosa é responsável pelo problema da disfuncionalidade familiar, mas por um sistema familiar adoecido por uma época, janela temporal, com muitos atravessamentos de ordem biopsicossocial, que impactam a relação familiar pesquisada.

Nesse sentido, a disfuncionalidade familiar é um sinal de alerta que se acende com o objetivo de restaurar a funcionalidade, ou seja, o equilíbrio ou homeostase na família. Por vezes, a situação acontece em forma de *feedback* ou retroalimentação negativa na tentativa de reequilibrar o sistema retroalimentando-o. Assim, é necessário ampliar o foco e visualizar o problema no todo para compreender quais fatores estão provocando o desequilíbrio no sistema familiar, no afã de agir para restabelecer o equilíbrio.

O **sistema** é uma estrutura composta por um conjunto de elementos ou subsistemas, que interagem em busca de um resultado final. Dentro do grupo familiar, cada elemento que compõe o sistema é um subsistema, assim como as díades marido-mulher, pai-filho, mãe-filho, irmão-irmã, avó-neto (a), avô-neto (a), tio(a)-sobrinho(a). Assim, dentro do sistema familiar, a pessoa idosa que sofre pela disfuncionalidade familiar, consta como um subsistema perpassado por todas as dificuldades que muitas vezes lhe traz dor na alma e no corpo.

### **2.1.1 Tipos de Sistema**

*O sistema fechado* é aquele em que não existe intercâmbio com o meio, não há troca de experiências, amizade, saberes, calor humano. Ele está orientado para o progressivo caos interno, desintegração e morte. Ele caracteriza as máquinas, que são ativadas ou desativadas obedecendo ao comando humano, não tendo a capacidade de decidir o que desejam fazer (Silva, 2019). Diferente dos seres humanos, neste caso, especificamente pessoas idosas, que, embora tenham sofrido por fatores que provocam a disfuncionalidade familiar, podem buscar o diálogo para dirimir as pedras que atrapalham a comunicação e restabelecer a homeostase familiar. Embora, compreenda-se que o contexto sócio-histórico-econômico afeta o sistema familiar e seus subsistemas, entre eles a pessoa idosa. Por vezes, tudo isso provoca altos níveis de estresse que podem ser revelados sob a forma de Disfuncionalidade Familiar.

*O sistema aberto* é aquele que permuta matéria, energia ou informação com o meio. Ou seja, experiências, conhecimento, afeto, acolhimento, alteridade. É orientado para a vida e o crescimento. Os sistemas biológicos, psicológicos e sociais se aplicam a essa formatação e a Teoria dos Sistemas se ocupa deles. A família é um sistema aberto, embora aconteça o fato de algumas se fecharem para o meio através do isolamento social, o que, também, por vezes, poderá propiciar a disfuncionalidade familiar. A família enquanto sistema aberto interage com outros sistemas sociais e seus subsistemas, podendo oferecer uma vida saudável para pessoas idosas, ou, pelo contrário, deixar-se contaminar pelos estresses de um universo repleto de violência que caracteriza nossa sociedade e reproduzi-los, ou não, em suas relações.

Nesse sentido, importa pensar os fatos de forma global. Ao procurar aplicar os pressupostos da Teoria Sistêmica (como ficou mais conhecida) ao fenômeno da disfuncionalidade familiar referente à pessoa idosa, devemos colocar nosso olhar nas relações existentes na família, principalmente e, sobretudo, visualizar o comportamento do idoso e dos familiares, a relação estabelecida entre ambos, uma vez que estão circularmente afetando-se.

Segundo a Teoria dos Sistemas, as propriedades essenciais de um organismo, ou sistema vivo, são propriedades do todo. Elas surgem das interações e relações entre as partes: pessoa idosa e demais familiares. Essas propriedades são destruídas quando o sistema é reduzido a elementos isolados. O todo é sempre maior que a soma de suas partes. Assim, não faria muito sentido tentar entender a disfuncionalidade familiar, focando-a, sem observar o restante da família e o contexto em que se dá a relação. É importante verificar se essa relação construída ao longo do tempo produziu a disfuncionalidade.

## 2.2 Atributos, propriedades ou qualidades dos sistemas

As famílias, enquanto sistemas abertos, possuem atributos, propriedades ou qualidades. De acordo com Bertalanffy (2008) as propriedades, que serão descritas a seguir, não se excluem mutuamente, mas, pelo contrário, coincidem em parte e ajudam a definir-se mutuamente. São elas:

Parte do pressuposto que o sistema constitui um todo único, ou seja, toda e qualquer parte de um sistema está relacionada de tal modo com as demais partes que uma mudança numa delas provocará alteração em todas as partes e no sistema geral. Como exemplo desta propriedade, temos que, quando a pessoa idosa adoece, principalmente com as doenças crônicas da velhice e muitas vezes perde a independência ou autonomia, ou por outro lado, sofre um problema, toda a família é afetada. Assim, o comportamento de toda pessoa dentro do grupo familiar está relacionado e depende do comportamento de todas as outras.

Se consiste no fato que um sistema não pode ser considerado a soma de suas partes. A análise de uma família não é a soma das análises de seus membros individuais. Existem características do sistema, ou seja, padrões de interação que ocasionam a disfuncionalidade familiar, que transcendem as qualidades dos membros individuais. Muitas dessas são, na verdade, características do sistema. Assim, por exemplo, pode-se descobrir que os sintomas de um membro do subsistema se assemelham ou protegem o outro membro, de forma que uma mudança no paciente identificado gera ansiedade no outro. Também é comum a situação do paciente identificado que, após o tratamento, volta para casa e apresenta recaída, ou a melhora do mesmo é seguida por algum transtorno em outro membro da família. Desse modo, a **interdependência ou não somatividade** segue para além do que está posto objetivamente. Por

essa razão, ao buscar compreender a disfuncionalidade familiar, é de suma importância considerar esse pressuposto da TGS.

Se postula que os sistemas complexos consistem de um certo número de subsistemas. O sistema apresenta uma série de níveis de crescente complexidade, tal qual uma escada, cada degrau refere-se à **hierarquia**. Como exemplo, podemos citar a hierarquia na família iniciada primeiro pelos pais, seguida por filhos(as), netos(as), dentre outros familiares.

Nessa mesma linha de raciocínio, a pessoa consiste de uma série de células, órgãos, sistemas de órgãos, que constituem seu corpo e, por sua vez, é parte de um grupo, cultura e sociedade. Na família, há uma hierarquia de papéis a serem desempenhados por seus membros. E, no caso das pessoas idosas, elas reagem diante da possibilidade de perda de sua posição na hierarquia para as gerações mais jovens, como é o caso da situação em que os familiares moram com eles. Muitas vezes, por razões as mais variadas, os familiares não respeitam a autonomia e independência da pessoa idosa, quando ela apresenta suas funções mentais adequadas, e ao sentir-se ameaçada, poderá responder, de forma agressiva, despertando, por sua vez, uma resposta negativa do familiar e conseqüente fator para disfuncionalidade familiar.

Consiste no fato de que o sistema é orientado para determinadas metas e é governado por seus propósitos. O que acontece num sistema é controlado por suas finalidades e o sistema regula seu comportamento para realizá-las. As partes de um sistema devem comportar-se de acordo com suas regras e têm de adaptar-se ao ambiente na base de *feedback*. Tal propriedade postula que o *input* do sistema é determinado, pelo menos em parte, pelo *output*. Isso quer dizer que uma parte da saída é enviada de volta para a entrada como informação sobre o resultado preliminar da resposta. A relação é, portanto, circular. É pela retroalimentação que as partes do sistema se mantêm unidas. Pessoas idosas e familiares, em sua relação, estão constantemente comunicando-se através de *feedback*, e no caso da disfuncionalidade, ele configura uma retroalimentação negativa, como resposta à disfuncionalidade familiar para manter a homeostase do sistema (Osório, 2013).

O sistema aberto interage com o meio ambiente afetando-o e sendo afetado por ele. Como por exemplo a COVID 19, que impactou de modo considerável a saúde física e mental de muitas pessoas idosas, deixando marcas indeléveis. Conseqüentemente, a disfuncionalidade familiar destacou-se pelo aumento da violência praticada contra pessoas idosas no contexto pandêmico.

Nesse sentido, um determinado elemento pode ser incluído no sistema ou no meio ambiente, dependendo do enfoque do observador. Por exemplo: o filho é um subsistema da família e também dos espaços onde ele circula. Sistema e subsistemas afetam-se mutuamente. Nesse processo de afetação mútua, vale ressaltar que vivemos numa sociedade que, por vezes, despreza o velho e supervaloriza o novo, fato que também poderá contribuir para a disfuncionalidade familiar. O estigma social que, infelizmente, considera a pessoa idosa como inútil e descartável, como uma reprodução dos valores advindos do sistema capitalista, é campo fértil à disfuncionalidade familiar.

Sousa (2004) comenta que, antigamente, em quase todas as sociedades, a pessoa idosa transmitia o conhecimento aos mais jovens. Mas, hoje, com o desenvolvimento tecnológico e a globalização das informações, os jovens têm acesso a informações que nem sempre são atingidas pelas pessoas com idade acima de 60 anos, tornando-se difícil identificar quem ensina e quem aprende. Nesse sentido, em muitos contextos, as pessoas idosas são excluídas ou desvalorizadas no que se refere à transmissão de conhecimentos para a geração mais jovem, o que mostra um menosprezo à sua experiência de vida e maturidade. E essa situação na família torna-se um forte indicativo para disfuncionalidade familiar.

Conforme Bertalanffy (2008, p. 267) “Muitas regulações psicofísicas seguem os princípios da homeostase”. Ela diz respeito ao funcionamento do sistema para manter-se e não se desfazer. Uma das tarefas interatuantes é a manutenção do equilíbrio do sistema. O sistema deve ser capaz de captar desvios de normas fixas e corrigir essas tendências. O termo homeostase foi usado primeiramente na Biologia, tendo sido introduzido no estudo do comportamento humano por Cannon, na década de 30. Vinte anos depois, Jackson o utilizou nos seus estudos sobre família, designando-o como **homeostase familiar**.

Ela se refere à habilidade para funcionar como uma unidade e tem como função preservar o equilíbrio do sistema. Jackson, citado por Bertalanffy (2008), observou que, dentro da família, há uma interação contínua de forças dinâmicas que visam à manutenção de certas formas de equilíbrio, ou seja, funcionalidade familiar. Constatou-se que as mudanças ocorridas na pessoa identificada, sendo, aquele sobre quem recai a queixa altera todo o sistema familiar. Os comportamentos novos apresentados pelos membros da família são mecanismos homeostáticos que tentam estabelecer o equilíbrio anterior.

Nesse sentido, a disfuncionalidade familiar referente à pessoa idosa, embora seja considerada um comportamento inadequado, poderá ser uma busca para restabelecer o

equilíbrio ou homeostase na família, através da retroalimentação negativa. Algumas famílias procuram esta forma de resolução de conflitos, embora não seja saudável, sendo, também, perigosa para pessoas idosas e a família envolvida nesse contexto. Todavia, compreende-se que existem outros caminhos para restabelecer o equilíbrio familiar.

Porque existe um meio ambiente em constante mudança, o sistema deve ser adaptável. Essa adaptabilidade é frequentemente realizada pela qualidade homeostática que definirá o equilíbrio. No entanto, os sistemas complexos como os biológicos, socioculturais, psicológicos e ambientais envolvem mais do que isso. Os sistemas avançados devem ser capazes de efetuar mudanças e se reordenam à base das pressões ambientais. Como exemplo, a Pandemia da COVID 19 que causou uma mudança substancial na dinâmica social e psicológica das pessoas, principalmente as idosas, ocasionando impactos importantes na funcionalidade familiar.

**Segregação progressiva** que consiste no processo de movimento da totalidade para a somatividade, acarretando maior divisão entre os subsistemas. Esse tipo de mudança poderá envolver uma diferenciação maior na função subsistêmica. Como exemplo, temos as famílias que permitem grande invasão de estímulos ambientais. Dessa forma, o que passa da medida pode ser prejudicial provocando a disfuncionalidade familiar.

**Sistematização progressiva**, ocorre o oposto, ou seja, é o movimento no sentido de maior interdependência entre as partes do sistema, que caracteriza as famílias que não permitem muita invasão de estímulos ambientais. É possível que esses dois tipos de mudança ocorram simultânea ou sequencialmente.

Por fim, a **centralização ou descentralização progressiva**, pode ocorrer simultaneamente com a segregação ou sistematização. No caso de famílias chefiadas por pessoas idosas, muitas vezes, os familiares descentralizam o poder que pertencia a pessoa idosa e o centralizam para si. Disso se depreende que, dependendo da condição que impulsionou a descentralização, poderá constituir uma forma de agressão contra pessoa idosa e consequente disfuncionalidade familiar.

Bertalanffy (2008) acreditava que, diferentemente das máquinas, os organismos vivos demonstram equifinalidade, a capacidade de atingir um objetivo final de maneiras diversas. Nesse sentido, ela significa que um certo estado final pode ser realizado de muitas maneiras e por vários pontos de partida diferentes. O sistema adaptável, que tem por meta um estado final, pode alcançá-lo de acordo com várias condições ambientais diferentes. Os *inputs* nunca iguam

os *outputs*. Portanto, o sistema é capaz de processar os dados recebidos (*inputs*) de diferentes maneiras a fim de produzir os resultados (*outputs*). Esse princípio postula que diferentes condições iniciais podem levar a um mesmo estado final e, conseqüentemente, um mesmo estado inicial pode levar a estados finais diferentes. Como exemplo, temos familiares, de ambientes socioculturais os mais diversos, em que uns podem respeitar a pessoa idosa por sua experiência de vida, enquanto outros usam a violência como uma forma de submeter a pessoa idosa à sua vontade. Tal atitude pode provocar a disfuncionalidade familiar.

Relacionando as propriedades de **retroalimentação e equifinalidade**, verifica-se que algumas famílias podem absorver grandes reveses e até convertê-los em motivos de reagrupamento e solidariedade, enquanto outras parecem incapazes de suportar a crise mais insignificante e, diante do estresse provocado pela crise, podem ser tomados por sentimentos e ações que põem à família em situação de disfuncionalidade familiar.

Esteves de Vasconcelos, ícone no aprofundamento da Teoria Geral dos Sistemas (TGS), para melhor compreensão dos desdobramentos da TGS, propõe o seguinte: “Pensar sistemicamente é pensar a complexidade, a instabilidade e a intersubjetividade. (...) porque os pressupostos da complexidade, da instabilidade e da intersubjetividade constituem, em conjunto, uma visão de mundo sistêmica” (Esteves de Vasconcelos, 2003, p.147). Almejamos ver o fenômeno no todo, uma vez que ele é perpassado pelas questões da complexidade, instabilidade e intersubjetividade, as três dimensões epistemológicas do novo paradigma da ciência: a Teoria Sistêmica.

Desse modo, a autora supracitada (2003, p.151) ressalta que olhar sistemicamente “implica ampliar o foco de observação (complexidade), descrever com o verbo estar (instabilidade) e acatar outras descrições (intersubjetividade)”:

Neste sentido, ao contextualizar o fenômeno, ampliando o foco, o observador poderá perceber em que circunstâncias o episódio acontece, verá relações intra sistêmicas e intersistêmicas, considerará não mais um evento, mas uma teia de fatos recursivamente interligados e, portanto, terá diante de si a “complexidade” do sistema familiar. (p.151)

Diante do exposto, pretendemos ler o fenômeno da Disfuncionalidade familiar na pessoa idosa, de modo sistêmico, considerando que o todo é maior que a soma de suas partes, com foco na interação entre elas.

No próximo capítulo, nos centraremos no percurso metodológico.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

A partir dos capítulos acima construídos, pretendemos refletir sobre os caminhos para alcançar o propósito desta dissertação:

#### 3.1 OBJETIVOS

##### 3.1.1 Objetivo geral

Analisar a associação entre funcionalidade familiar e condições sociodemográficas e de saúde da pessoa idosa.

##### 3.1.2 Objetivos específicos

- 1) identificar as condições sociodemográficas e de saúde;
- 2) verificar a funcionalidade familiar;
- 3) evidenciar por meio do diário de campo como eles percebem a funcionalidade familiar.

#### 3.2 MÉTODO

##### 3.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa e qualitativa, transversal, analítica e descritiva, recorte de um Projeto “Guarda Chuva”, multicêntrico, em rede internacional de pesquisa, proposto pela UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte) de autoria do Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres, intitulado **“Vulnerabilidade e condições sociais e de saúde da pessoa idosa na Atenção Primária e Instituições de Longa Permanência: estudo comparativo no Brasil, Portugal e Espanha”**.

A teoria utilizada para fundamentação teórica é a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), do cientista Ludwig Von Bertalanffy, que percebe ser o todo maior que a soma de suas partes, com foco na relação/interação entre essas partes. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2021.

##### 3.2.2 Local de estudo

A presente pesquisa teve como cenário a cidade do Recife, situada em Pernambuco, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Desse modo, foi realizada nas UBSs Valverde (Bairro de Boa Viagem) e Romildo Gomes (Bairro da Imbiribeira), ambas localizadas na Zona Sul da cidade do Recife/PE. Os locais citados são habitados também por pessoas de uma classe social menos favorecida, em comunidades, que estão inseridas nestes bairros nobres da cidade. A localização privilegia as pessoas descritas neste estudo com as praias e shoppings na redondeza.

### **3.2.3 População e amostra**

A população alvo constituiu-se de pessoas a partir de 60 anos de idade, que atenderam aos seguintes critérios: cadastradas há, pelo menos, seis meses na APS (Atenção Primária à Saúde), para confirmar o vínculo com a comunidade; que reside com familiares; de classe social menos favorecida; independente de gênero, raça, grau de escolaridade, profissão, estado civil e religião. E que pontuaram um escore maior ou igual a 17 pontos no questionário MiniExame do Estado Mental (MEEM), conforme sugerido em sua validação, com estado cognitivo preservado (Lourenço, Veras & Ribeiro, 2008). Todas as 30 (trinta) pessoas idosas testadas atendiam aos critérios. Foram excluídas as pessoas idosas que tinham histórico de amputação de membro e/ou incapacidade física de permanecer na posição vertical, e um diagnóstico médico de deficiência intelectual, neurológica ou mental que dificultasse os testes ou se recusassem a continuar participando da pesquisa.

### **3.2.4 Instrumentos de coleta de dados**

A pesquisa foi constituída por três instrumentos: dois aplicados em forma de entrevistas, compostos de perguntas categóricas, dicotômicas e ordinais, responsáveis pela caracterização sociodemográfica e de saúde (Questionário com dados sociodemográficos e de saúde), avaliação da funcionalidade familiar (APGAR de família), e o outro, observacional (Diário de Campo).

#### **a) Questionário dos dados sociodemográficos e de saúde**

Este instrumento contempla questões mistas, relativas aos fatores sociodemográficos, fornecendo informações claras como faixa etária, classe social, gênero, cor, situação profissional, estado civil, religião, condições gerais de saúde e autopercepção de saúde referida

pelas pessoas idosas, classificando sua saúde no momento da pesquisa. Esse questionário foi utilizado com o objetivo de obter uma visão mais profunda do público-alvo.

## **b) APGAR de família**

Domingues, Ordonez e Silva (2022, p. 1347) afirmam que dentro do contexto de instrumentos que investigam a rede de suporte social da pessoa idosa, existe o Apgar de Família, ou *Family Apgar*, desenvolvido por Smilkstein na década de 1970. Eles pontuam que se trata de um instrumento composto por cinco questões que mensuram a satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e na funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva. Esta escala é reconhecida e validada no Brasil, foi elaborada para avaliar a funcionalidade familiar (Ministério da Saúde, 2006, p. 168).

A sigla APGAR, proveniente da língua inglesa, deriva de *Adaptation* (Adaptação—está relacionada com os recursos familiares oferecidos quando se faz necessária uma assistência); *Partnership* (Companheirismo, compreende a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas), *Growth* (Desenvolvimento, está associado à liberdade, à disponibilidade da família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional), *Affection* (Afetividade, está relacionada com a intimidade e às interações emocionais em um contexto familiar), e *Resolution* (Resolve – Resolução – refere-se à capacidade resolutiva, que está associada à decisão, à determinação ou à resolutividade existentes em uma unidade familiar) (Domingues, Ordonez e Silva, 2022, p. 1348).

No Brasil, a tradução e a adaptação do instrumento foram realizadas com o objetivo de verificar as propriedades de medida do *Family Apgar* quando aplicado a pessoas idosas independentes, dependentes e seus cuidadores. Os resultados obtidos com a aplicação do Apgar são convertidos em escores partindo de uma escala de respostas com cinco opções para cada um dos componentes a serem avaliados. A indicação da resposta “sempre” corresponde ao escore 4, “quase sempre”, pontuação 3, “algumas vezes” escore 2, “raramente”, escore 1 e “nunca” igual a 0 (zero). O somatório dos valores obtidos representa o escore que sugere a qualidade da funcionalidade familiar.

Nesse sentido, trata-se de um instrumento que avalia como a pessoa idosa percebe a funcionalidade de sua família. Desse modo, possibilita verificar indícios de disfunção familiar, permitindo a elaboração de um projeto terapêutico. Como já mencionado acima, este instrumento foi desenvolvido em 1978 por Gabriel Smilkstein com o objetivo de fornecer

informações úteis sobre o funcionamento familiar e, para isso, define família em termos de compromisso e partilha de recursos e finanças (Smilkstein, 1978). Assim o APGAR familiar adota o termo família como “grupo psicossocial que consiste de uma ou mais pessoas, crianças ou adultos, em que há um compromisso para com os membros de apoiar uns aos outros” (Smilkstein, 1978).

Diante do exposto, pretende-se apresentar o resultado sobre a quantidade de pessoas idosas e suas respostas, referentes a percepção acerca da funcionalidade familiar, ou seja, dos domínios que irão caracterizar a situação da família. De modo mais claro, a interação entre os subsistemas que compõem o sistema familiar, considerando as seguintes pontuações: 07 a 10 pontos: Boa funcionalidade familiar; 05 A 06 pontos: Moderada disfunção; 0 a 04 pontos: Elevada disfunção.

### **c) Diário de Campo**

Este instrumento qualitativo, contribuiu de modo ímpar para pesquisa, no sentido de desvelar conteúdos não revelados anteriormente. Nesta prática observacional, a pesquisadora prestou atenção às falas disparadas espontaneamente pelos participantes durante este encontro. Minayo (2014, p. 295 a 296) afirma que “a observação participante, em qualquer nível de profundidade em que for realizada ou em que teoria se baseie, tradicionalmente utiliza um instrumento denominado *diário de campo*”. Ela pontua que “o diário de campo nada mais é do que um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista”. Assim, “nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos”. A autora ressalta que “é exatamente esse acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo”. Ela salienta que “toda triangulação de métodos e técnicas favorece a qualidade e a profundidade das análises” (p.295 a 296).

Na mesma direção, Kroef, Gavillon & Ramm (2020, p. 2) afirmam que “o uso do diário de campo acompanha e participa da produção da atenção do(a) pesquisador(a) na sua inserção no campo-tema, de modo que as memórias, hábitos e a inserção do(a) pesquisador(a) nos

contextos cotidianos também compõem a pesquisa, tomada como um fazer político que intervém na realidade”.

### **3.3 Procedimento de coleta de dados**

Inicialmente, o projeto Guarda Chuva foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o número de parecer PLATAFORMA BRASIL - CAAE No 36278120.0.1001.5292 - consubstanciado do CEP da UFRN – Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - HUOL/UFRN, aprovado, em 10/09/2020. na UNICAP, como recorte do projeto acima, recebeu o nº 525350-psi-010-2021/1, com registro interno CEP UNICAP-005/2021 - parecer nº 072/2020. E parecer CCP UNICAP nº 099/2020 ambos em 18/11/2020.

Após essas etapas, iniciou-se o procedimento para a coleta de dados. A coleta ocorreu de agosto a outubro de 2021. Por ser uma amostra por conveniência, as pessoas idosas foram indicadas pelas agentes de saúde que já as acompanhavam pela UBS de referência e o convite foi feito aos participantes. Ao aceitar participar, foi agendado com cada um individualmente o encontro. No dia, hora e local marcado (UBS Romildo Gomes), o participante foi informado sobre os objetivos da pesquisa, seus benefícios e convidado a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, estando de acordo, assinou-o.

A pesquisadora aplicou os instrumentos individualmente, perguntando aos/às idosos/as oralmente acerca das questões contidas no questionário sociodemográfico e de saúde e ao APGAR da Família. Eles foram informados acerca da anotação e transcrição dos dados, se utilizou nomes fictícios (números) para os sujeitos da pesquisa, a fim de garantir o sigilo sobre eles e as informações.

A amostra do estudo ocorreu de forma não probabilística, por conveniência, devido ao difícil acesso ao campo por conta da Pandemia da COVID 19. O cálculo amostral se constituiu considerando a população total de pessoas idosas acompanhadas em duas UBSs: Valverde e Romildo Gomes. A seguir será apresentado como se deu o contato com os participantes:

- 1) Foi realizado um momento de esclarecimento e sensibilização com os agentes comunitários de saúde, mostrando a importância da pesquisa como contribuição para planejamentos dos planos de cuidados na Atenção Primária à Saúde, disponibilizando palestras educativas com temáticas voltadas à população idosa de acordo com a demanda trazida por eles.
- 2) Como a unidade de saúde abrange uma população que é acompanhada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e outra sem acompanhamento, chamada de área

descoberta de acompanhamento da visita domiciliar do agente comunitário de saúde, foi necessário também envolver todos os funcionários da unidade para fazer esse acolhimento às pessoas idosas convidando-as para participar da pesquisa.

- 3) A unidade de saúde já é contemplada com um bom acolhimento à pessoa idosa, realizado por uma profissional de referência na área de envelhecimento ativo, no caso a pesquisadora, o que facilitou a aceitação das pessoas idosas a contribuírem com a pesquisa.
- 4) Foi realizado um primeiro momento com essa pessoa idosa para esclarecimento e convite com a finalidade que participasse da pesquisa, sendo aplicado nesse momento o exame (MEEM) para seleção da amostra de acordo com os critérios já definidos no projeto, como também a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- 5) Cada agente de saúde ficou responsável em agendar quatro pessoas idosas, totalizando 20 (vinte) pessoas idosas acompanhadas pelo programa de agente comunitário de saúde e 10 (dez) agendados por demanda espontânea, aqueles idosos que não são contemplados pela visita domiciliar do agente comunitário de saúde.
- 6) No segundo momento foram aplicados os instrumentos.

### **3.4 Procedimento de análise dos dados**

Sobre o Procedimento:

- 1) Os resultados verificados por meio dos instrumentos (questionário com dados sociodemográficos e de saúde e o APGAR da família) foram organizados e analisados pelo *Software Estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 23.0. As análises descritivas das variáveis de estudo foram feitas mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio-padrão e amplitude), para as variáveis contínuas. A normalidade das variáveis foram analisadas pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. As variáveis categóricas entre os grupos foram analisadas pelo teste Qui-Quadrado.
- 2) Seguiu-se para análise do Diário de Campo, através da Técnica de Análise de Conteúdo Temática, composta pela pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2014). O procedimento de análise selecionado para esta pesquisa foi a *Análise de Conteúdo Temática*, referenciado por Minayo (2014, p. 315 a 318). Ela nos remete

à noção de *tema*, que está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo.

Conforme Bardin (1979, p. 105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Para Unrug (1974, p.19), tema é “uma unidade de significação complexa de comprimento variável, a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica. Pode constituir um tema tanto uma afirmação como uma alusão”.

Desse modo, segundo Minayo (2014, p. 315 a 318), fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.

Conforme a autora supracitada, operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas:

#### 1ª etapa: *Pré-análise*

Esta fase consiste na escolha de documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. O investigador deve perguntar-se sobre as relações entre as etapas realizadas, elaborando alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. A pré-análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas:

Leitura Flutuante: do conjunto das comunicações. Este momento requer que o pesquisador tome contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial.

Constituição do *Corpus*: termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, devendo responder a algumas normas de validade qualitativa: *exaustividade*; que o material

contemple todos os aspectos levantados no roteiro; *representatividade*, que ele contenha as características essenciais do universo pretendido; *homogeneidade*, que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores; *pertinência*, que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos do trabalho.

Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos: este processo consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material as indagações iniciais. Nessa fase pré-analítica, determinam-se a *unidade de registro* (palavra-chave ou frase), a *unidade de contexto* (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), *os recortes*, a forma de *categorização*, a modalidade de *codificação* e os *conceitos teóricos* mais gerais (tratados no início ou levantados nesta etapa, por causa de ampliação do quadro de hipóteses ou pressupostos) que orientarão a análise.

#### 2ª etapa: *Exploração do Material*

A exploração do material consiste, essencialmente, numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador busca encontrar *categorias* que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. A análise temática tradicional trabalha essa fase primeiro, recortando o texto em unidades de registro que podem constituir-se de palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes na pré-análise. Por fim, ele realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas responsáveis pela especificação dos temas.

#### 3ª etapa: *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*

Os resultados brutos são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial), que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material. Face ao exposto, percebe-se que a análise temática é bastante formal e mantém sua crença na significação da regularidade.

3) A partir das considerações resultantes das análises acima descritas, foi realizado o cruzamento das informações, para verificar se existe associação entre as condições sociais e de saúde e a funcionalidade familiar.

A seguir, procederemos à apresentação dos resultados, análise e discussão dos dados obtidos, relacionando-os com o que propõe a literatura.

## 4 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Nesta etapa apresentaremos os resultados, análise e discussão dos dados. Inicialmente, por meio da demonstração dos dados sociodemográficos e de saúde, depois do APGAR da Família, e após, através da associação entre essas três dimensões. E posteriormente, o que nos diz o Diário de Campo acerca da funcionalidade familiar, no afã de compreender a associação entre as variáveis estudadas e a situação da população pesquisada quanto a este fenômeno.

### 4.1 Questionário Sociodemográfico e de Saúde

O questionário sociodemográfico e de saúde contempla questões mistas, relativas aos fatores sociodemográficos, fornecendo informações claras como faixa etária, classe social, gênero, cor relatada, situação profissional, estado civil, religião, condições gerais de saúde e autopercepção de saúde referida pelas pessoas idosas, classificando sua saúde no momento da pesquisa. Esse questionário foi utilizado com o objetivo de obter uma visão mais profunda do público-alvo.

Inicialmente, se faz importante pontuar que a faixa etária predominante foi abaixo de 72 anos. A média de idade da amostra total foi de 68,1 anos. Embora, a literatura nos relate o aumento da população idosa. O IBGE (2022, p.2) revela que As Tábuas Completas de Mortalidade para o Brasil projetadas para o ano de 2021 fornecem indicadores de mortalidade esperados na ausência de uma crise sanitária. Dessa forma, caso o Brasil não tivesse vivenciado uma crise de mortalidade no ano de 2021, “a expectativa de vida ao nascer seria de 77,0 anos para o total da população, com um acréscimo de exatos 2 meses e 26 dias em relação ao valor estimado para o ano de 2020 (76,8 anos)”. Dessa forma, “para a população masculina, a esperança de vida ao nascer seria de 73,6 anos, e, para as mulheres, de 80,5 anos, em 2021. A expectativa de vida aos 60 anos de idade para ambos os sexos seria de 23,0 anos, sendo de 21,0 anos para os homens e 24,7 anos para as mulheres”. Contudo, o Brasil precisa melhorar mais a infraestrutura, de modo sistêmico, para acolher às pessoas idosas, garantindo-lhes mais dignidade e qualidade de vida, nos aspectos biopsicossociais. Assim, contribuindo para mais vida aos anos vividos, de modo a alcançarem maior longevidade, porém, saudáveis (Silva, 2019).

As demais informações referentes aos dados sociodemográficos constam nos Quadro 1 (um) e, os de saúde, no Quadro 2 (dois).

#### 4.1.1 Dados sociodemográficos

Sexo	Cor relatada	Estado Civil	Nível de Escolaridade	Religião	Profissão	Situação atual de trabalho	Mora com quem	Renda familiar
90% Feminino	63,3% Preta/Parda	60,7% Sem companheiro/a	81,5 Alfabetizados	100% Religiosos	96,7% Com profissão	53,6% Aposentado 14,3% Pensionista	96,7% Com parentes	58,6% Até 1(um) SM*
10% Masculino	36,7% Branca	39,3% Casado	18,5% Analfabetos	86,6% Protestantes	3,3% Sem profissão	28,5% São dependentes	3,3% Sozinho	41,4% Acima de 1(um) SM*

**Quadro 1 – Dados sociodemográficos** - criação da autora - \* SM = Salário-Mínimo

Quanto ao sexo, houve predominância da população idosa feminina. De acordo com Lloyd-Sherlock (2004), a velhice possui um forte componente de gênero. Essa diferença tende a se acentuar, já que a mortalidade pela Pandemia da Covid 19 acomete mais homens, cerca de 58% dos óbitos foram masculinos. Isso leva à constatação de que o mundo dos muitos idosos é um mundo das mulheres (Goldani, 1999). Segundo o IBGE (2020), a população idosa feminina corresponde a 55%, referendando a feminilização da velhice. As mulheres predominam entre a população idosa (Fernandes, Souto, Costa & Fernandes, 2009).

Em relação à cor declarada, preponderou a população de cor parda e preta (segundo o IBGE, parda são pessoas pretas). Dessa forma, o percentual de pessoas pretas aumentou de 7,4% em 2012 para 9,4% em 2018. E entre pessoas pardas, saiu de 45,3% para 46,8% (IBGE, 2020). Nesse sentido, o Brasil é um país majoritariamente composto por pessoas negras. O resultado encontrado nesta pesquisa corrobora com os dados do IBGE. Por esse motivo, existe a necessidade de se pensar na revisão de políticas públicas voltadas para as demandas apontadas pela população negra, ampliando o conhecimento da população brasileira e identificando características e problemas que não permitem diversos grupos sociais chegar bem e ultrapassar os 60 anos. Dessa forma, demandando do poder público, uma visão sistêmica desta variável, que considera esse todo maior que a soma de suas partes, ou seja, biopsicossocial interagindo para homeostase da população idosa.

Quanto ao estado civil, predominou as pessoas idosas sem companheiro(a). Desse modo, observa-se que esta variável permanece associada à capacidade funcional dos(as) idosos(as), ajustada pelo arranjo familiar. De acordo com Imonari (2018), a culpa pode estar nas mudanças na configuração das famílias, porque “antigamente os lares eram habitados por diversas gerações: avós, filhos e netos, e sempre havia companhia para o idoso em casa”. Atualmente, nas grandes cidades, é frequente os idosos morarem sozinhos e quando moram na mesma residência, seus filhos e netos passam a maior parte do tempo fora de casa estudando e/ou trabalhando.

Acerca do nível de escolaridade, prevaleceu os alfabetizados, com o ensino fundamental I, tendo a maioria menos de cinco anos de estudo. No Brasil, a escolaridade dos idosos é ainda considerada baixa, ou seja, conforme o IBGE 30,7% tiveram menos de um ano de instrução no censo 2010. E segundo estudos de Aires, Paskulin e Morais (2010), na população idosa atual observa-se, ainda, um alto índice de analfabetismo associado, entre outros fatores, a dificuldade de acesso à escola, principalmente fora dos grandes centros urbanos. Visto que, entre idosos da região rural, houve maior proporção de analfabetismo ou com menos de quatro anos de estudo.

Referente à religião predominou os evangélicos/protestantes que são praticantes (que participam das atividades da igreja). Desse modo, observamos o quanto é precária a rede de apoio social para os idosos, inclusive o apoio familiar, restando a igreja como relevante neste âmbito. Deve-se considerar, a participação social como importante fator de proteção contra diversos desfechos negativos de saúde na velhice (Pinto, 2022). Nesse sentido, elevados níveis de participação social contribuem para manutenção das funções físicas, cognitivas e emocionais, postergando o declínio funcional, a institucionalização e a morte. As relações sociais são cada vez mais necessárias para uma atenção integral à pessoa idosa. O Apoio familiar, fonte primeira de atenção ao idoso, está diminuindo acentuadamente, o que nos coloca diante de um grande desafio (Silva, 2019).

Em relação à profissão, observa-se que preponderou as profissões que requerem nível de instrução mais baixo, ou seja, com menos de cinco anos. A esse respeito, o IBGE (2019) no tema Profissões para quem não terminou o ensino médio, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgou que mais de 51% da população brasileira acima de 25 anos não concluíram o ensino médio, o que representa pelo menos 69 milhões de pessoas, pela necessidade de trabalhar para se sustentar.

Observar-se que a maioria dos idosos pesquisados não fazem parte da População Economicamente Ativa (IBGE, 2022). Sendo assim, o benefício recebido pelo idoso é proveniente da Previdência Social, na forma de aposentadoria e pensão. Desse modo, cumpri uma função de proteção social importante. Por meio desse dinheiro, é possível constatar no espaço familiar uma revalorização da pessoa idosa, que de posse da renda oriunda de sua aposentadoria ou benefício obtém uma espécie de salvaguarda de subsistência familiar. Dessa forma os idosos invertem seu papel social de assistido para assistente, remetendo-lhes a inversão da hierarquia familiar.

Demonstra-se que a maioria das pessoas idosas residem com seus descendentes. Aguiar, Menezes e Camargo (2018, p. 293) corroboram com este achado, em seu artigo “Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos”. As autoras pontuam que “os arranjos de familiares com pessoas idosas são responsáveis pelas transferências de apoio, recursos e cuidados entre as gerações, sendo uma realidade vivenciada por famílias de baixa renda. Que é o caso deste estudo.

Se constatou que predominaram as pessoas idosas com renda mensal relativamente baixa, um salário-mínimo. Mas condizente com a maioria das pessoas idosas no Brasil. Sendo os aposentados e pensionistas, fonte de subsistência importante para as famílias devido ao desemprego, dentre outras causas. Valores semelhantes foram encontrados nos estudos de Fernandes, Souto, Costa e Fernandes (2009), onde 88% dos idosos possuem renda de um salário-mínimo proveniente de aposentadoria e pensão.

#### 4.1.2 Dados de Saúde

Sentiu dor no corpo*	Doença Crônica	Pressão arterial e Diabetes	Uso de medicamentos
73,3% Sim	100% apresentam	80,8% Hipertensão	90% Usam remédio
26,7% Não		26,9% Diabetes	10% Não utilizam

**Quadro 2** - \* na última semana

As doenças crônicas que predominaram foram em 1º lugar HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), e em 2º lugar, DM (Diabetes Melitus). Observa-se que mais de 80% dos idosos apresentaram diagnóstico de hipertensão arterial seguido da diabetes mellitus como doenças crônicas mais predominantes. A HAS, presente em mais de 60% dos idosos, encontra-se

frequentemente associada a outras doenças altamente prevalentes nessa faixa etária, como a arteriosclerose e a Diabetes Melitus (DM). Assim, conferindo a essa população alto risco para morbimortalidade cardiovascular e exigindo portanto uma correta identificação do problema e uma apropriada abordagem terapêutica (Barroso & Nadruz, 2021).

No presente estudo, o uso de medicamentos é bastante expressivo, a maioria faz uso de um a três medicamentos por dia. Isto é preocupante, porque o uso de medicamentos por idosos(as) traz como consequência uma equação muito delicada entre riscos e benefícios. Assim, os mesmos medicamentos que podem prolongar a vida do/a idoso/a podem custar a qualidade de vida dele/a.

Nesse sentido, observa-se nesta pesquisa que predominou a quantidade de pessoas com dependência farmacológica. Dessa forma, o uso de pelo menos 5 (cinco) classes de anti-hipertensivos: diuréticos, beta bloqueadores, adrenérgicos, bloqueadores do canal de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina e vasodilatadores, estes são os medicamentos de primeira linha para hipertensão. Como também, o uso de hipoglicemiantes e medicação para controle de colesterol e antidepressivos.

#### 4.1.3 APGAR de Família: condições da funcionalidade familiar

Adaptação	Companheirismo	Desenvolvimento	Afetividade	Capacidade resolutive
10 PI* Sempre	01 PI* Sempre	02 PI* Sempre.	03 PI* Sempre	04 PI* Sempre
19 PI* Algumas vezes.	27 PI* Algumas vezes	25 PI* Algumas vezes	26 PI* Algumas vezes	25 PI* Algumas vezes
01 PI* Nunca.	02 PI* Nunca	03 PI* Nunca.	01 PI* Nunca	01 PI* Nunca

Quadro 3 – \*PI (Pessoa Idosa)

Frente aos resultados apresentados, sobre a funcionalidade familiar das pessoas idosas pesquisadas, se chegou à seguinte conclusão: 03 (três) pessoas idosas apresentaram BOA FUNCIONALIDADE FAMILIAR (07 a 10 pontos); 24 (vinte e quatro) pessoas idosas demonstraram MODERADA DISFUNÇÃO (05 A 06 pontos); 03 (três) pessoas idosas revelaram ELEVADA DISFUNÇÃO (0 a 04 pontos). Este achado corrobora com a literatura nas pesquisas de Vera et al. (2015), Minayo (2018) e Silva (2021). As autoras dialogam sobre a disfuncionalidade familiar na pessoa idosa e pontuam que nessa situação se presenciam

desrespeito, sobreposição na hierarquia, ruídos na comunicação e não (re)organização do sistema familiar e na articulação de forças para resolução de problemas. De outro modo, Vilela, Silva e Dias (2022), a partir de uma visão bioecológica do desenvolvimento humano, compartilham desse mesmo olhar.

#### 4.1.4 Associação entre as condições Sociodemográficos, de Saúde e APGAR de Família

Variável	Categoria	P-valor*
Sexo	Masculino	0,156
	Feminino	
Cor	Branca	0,165
	Preta	
Estado Civil	Sem companheiro	0,256
	Com companheiro	
Religião	Católica	0,512
	Evangélica	
Renda	Até 1 salário-mínimo	0,481
	Acima de 1 salário-mínimo	
Escolaridade	Analfabeto	0,435
	Alfabetizado	
Situação de Trabalho	Não trabalha	0,189
	Trabalha	
Doença	Não	0,414
	Sim	
Usa Medicamento	Não	0,543
	Sim	

**Quadro 4 - Variáveis e categorias analisadas pelo teste Qui-Quadrado**

Com o objetivo de avaliar uma possível significância estatística entre as variáveis sociodemográficas, de saúde e a funcionalidade familiar, a tabulação do qui-quadrado foi aplicada considerando a dicotomia das variáveis e da disfuncionalidade (Quadro 4). Apesar do ajuste estatístico, os p-valores continuaram sendo maiores que 0,05 refletindo que a diferença entre as categorias não influenciam na disfuncionalidade familiar. Embora, na análise do APGAR, 27 pessoas idosas apresentaram disfuncionalidade familiar.

Por outro lado, em relação aos dados acima mencionados, Rigo e Bós (2021), no artigo que versa acerca da disfunção familiar e a importância das condições de saúde e suporte social em pessoas idosas com mais idade, ao avaliarem a associação entre dados sociodemográficos, econômicos, funcionalidade física, autopercepção de saúde, comorbidades, sintomas depressivos, função cognitiva, suporte e interação social, encontraram que a média da Disfuncionalidade Familiar ocorreu em 9,69% dos participantes. Talvez, esse fato se deu por se tratar de uma população mais idosa (nonagenários e centenários) e com o número de 227

participantes. Vilela e Silva (2022) compreendem do mesmo modo que os autores supramencionados.

#### 4.1.5 Diário de campo

Utilizamos o Diário de campo como medida subjetiva, para avaliação da pessoa idosa e do contexto que ela está inserida. Permitindo-nos caracterizar os estados físico, social e psicológico, do ponto de vista deles, observando sua capacidade funcional e seu bem-estar, através de uma avaliação autorrelatada e autorreferida.

A avaliação autorreferida é uma medida subjetiva que combina componentes físicos, emocionais e nível de satisfação com a vida. A percepção individual sobre a saúde é um importante indicador por si, uma vez que níveis individuais de bem-estar podem influenciar a qualidade de vida. A narrativa autorrelatada é um importante marcador de desigualdades entre subgrupos populacionais. Desse modo, tentamos fazer uma avaliação do todo que é maior que a soma de suas partes, conforme postula Bertalanffy na TGS (2008).

Desse modo, a seguir iremos narrar a nossa percepção, a partir da observação e escuta dos entrevistados, com alguns recortes de fala, que constam em nosso Diário de Campo, considerando os domínios do APGAR da família como eixos temáticos:

##### 1) Adaptação

“A adaptação está relacionada com os recursos familiares oferecidos quando se faz necessária uma assistência” (Domingues, Ordonez & Silva, 2022, p. 1348). Em relação a este domínio, a maioria se sente insatisfeita em relação a atenção recebida dos familiares sempre que alguma coisa as preocupa. Elas contam com a igreja e/ou grupo de pessoas idosas da UBS para compensar essa falta (Silva, 2019).

##### **P1**

*Relata que seu marido e filhos gritam muito com ela, não têm muita paciência quando ela pergunta sobre a vida deles. A única opção de interação social ainda é a igreja, fala com lágrimas nos olhos, porque se sente acolhida, salienta que nem nas unidades de atendimento ao idoso (posto de saúde) encontra pessoas “Falamansa”, só encontro isso na igreja.*

##### **P29**

*Os filhos nunca têm tempo para ela, então resolveu vender cosméticos, porque conversa com as pessoas e ainda ganha dinheiro.*

**P12**

*Nem sempre os filhos estão presentes e quando chegam geralmente é para solicitar alguma coisa para ela fazer.*

\*P = Paciente

**2) Companheirismo/Participação**

“O Companheirismo compreende a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas” (Domingues, Ordonez & Silva, 2022, p. 1348). Neste item, a maioria das pessoas idosas se sentem excluídas, tanto no âmbito familiar, quanto no social.

**P22**

*A velhice trouxe muitas perdas na sua vida, inclusive nas decisões em relação ao que gosta, nunca é consultada.*

**P11**

*Vive com o marido, mas ele não a acompanha em nada que ela gosta. E seus filhos nem sempre estão disponíveis para ajudá-la a resolver seus problemas.*

**P29**

*Sente saudades da época em que ela participava dos eventos da vida dos filhos, agora é tudo diferente, parece que não existe.*

\*P = Paciente

**3) Desenvolvimento**

“O desenvolvimento está associado a liberdade, a disponibilidade da família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional” (Domingues, Ordonez & Silva, 2022, p. 1348). A maioria refere não ter essa liberdade. Inclusive, no seu papel enquanto membro do sistema familiar.

**P24**

*Sente-se cansada. Só cuidar deles e da casa... E ela não tem seu quarto! Só na igreja vivencia as coisas da época boa da vida dela, músicas...*

**P18**

*Ela fala que talvez na velhice dos filhos, eles entendam que eles têm sonhos, que não estão mortos...*

**P22**

*O único lugar que ela se sente respeitada em relação aos seus desejos é no grupo do posto de saúde, que está sempre aprendendo a fazer as coisas que gosta, a se cuidar melhor e entender seu envelhecimento.*

\*P = Paciente

#### 4) Afetividade

“A afetividade está relacionada com a intimidade e as interações emocionais em um contexto familiar” (Domingues, Ordonez & Silva, 2022, p. 1348). A maioria reclama da falta de afeto e interação emocional com os subsistemas da família.

**P20**

*Ela relata que “Já tive festa de aniversário e não foi ninguém da minha casa (nesse momento começar a chorar). São muito bons os momentos que passo com as pessoas conversando, sorrindo... O único momento que eu consigo sorrir e me sentir amada é no grupo da igreja e no atendimento com a enfermeira no posto”.*

**P13**

*Fala que luta muito em casa com as tarefas domésticas, que todos dependem dela, mas que nem sempre estão disponíveis para escutá-la, que nunca foi uma mãe de gritar com os filhos, não ensinou isso a eles.*

**P04**

*Os filhos não interagem muito com ela, apenas quando precisam de seus cuidados para realizar alguma tarefa.*

\*P = Paciente

#### 5) Capacidade resolutiva

“A capacidade resolutive está associada à decisão, à determinação ou à resolutividade existentes em uma unidade familiar” (Domingues, Ordonez & Silva, 2022, p. 1348). Neste item, percebemos na maior parte, a inexistência desses fatores.

<p><b>P14</b></p> <p><i>Que os filhos não têm tempo para conversar com ela, que se ela perguntar duas vezes a mesma coisa, eles respondem com gritos...</i></p>
<p><b>P02</b></p> <p><i>Que os filhos e maridos não tem paciência quando ela pergunta sobre a vida deles, acredita que as pessoas estão agitadas...</i></p>
<p><b>P23</b></p> <p><i>Sente falta dos filhos que estão casados, porque só aparecem rapidamente em dias comemorativos e o solteiro não tem paciência em responder algumas perguntas...</i></p>

\*P = Paciente

Diante do exposto, ficam muito claros a *mudança e a adaptabilidade* do sistema referente à disfuncionalidade familiar. Esta mudança e adaptabilidade, constando como um atributo do sistema aberto, que se refere ao seguinte: “porque existe um meio ambiente em constante mudança, o sistema deve ser adaptável. Essa adaptabilidade é frequentemente realizada pela qualidade homeostática que definirá o equilíbrio” (Bertalanffy, 2008). Nesse caso, os sistemas avançados devem ser capazes de efetuar mudanças e se reordenar à base das pressões ambientais, é o que acontece nos relatos observacionais acima descritos.

Logo, conforme as percepções contempladas neste Diário de Campo, a maioria dos participantes encontram-se no contexto de disfuncionalidade familiar. Mormente, associada à sobrecarga emocional desse idoso, pela ausência de afetividade e fragilidade das relações, em que eles são tratados, por vezes, com gritos, embora sempre justifiquem que seus familiares estão “nervosos” que faz parte da geração. Mesmo diante dessa situação, percebemos o esforço da pessoa idosa, enquanto subsistema familiar, para manter a homeostase do sistema familiar.

Nesse sentido, é muito forte a questão da resiliência psicológica, no contexto das adversidades que eles vivenciam, o quanto eles se adaptam e têm a capacidade de lidar

adequadamente com as adversidades, exibindo, apesar de tudo, emoção positiva. Ratificamos que essas entrevistas foram realizadas no início da liberação ao retorno social.

Bertalanffy (2008), refere que a *equifinalidade* tem um papel importante nessa dimensão, pois diferentemente das máquinas, os organismos vivos demonstram equifinalidade, que é a capacidade de atingir um objetivo final de maneiras diversas. Nesse sentido, ela significa que um certo estado final pode ser realizado de muitas maneiras e desde vários pontos de partida diferentes. O sistema adaptável, que tem por meta um estado final, pode alcançá-lo de acordo com várias condições ambientais desiguais. Os *inputs* nunca igualam os *outputs*. Sendo assim, o sistema é capaz de processar os dados recebidos (*inputs*) de diferentes maneiras a fim de produzir os resultados (*outputs*), ou seja, por meio da *retroalimentação*.

Desse modo, observa-se que mesmo vivenciando eventos estressantes, no caso da Pandemia da Covid 19, e a falta de recursos básicos, além das perdas que sofreram no âmbito da sociabilidade e da afetividade, eles apresentam capacidade de adaptação à situação. Um dos recursos utilizados para essa resposta, considerada emoção positiva, está associada à fé religiosa, pois esta dimensão foi mencionada pela maioria dos participantes como um importante recurso para o enfrentamento da dor crônica, do diabetes, depressão e outras condições de saúde. Muitos dos participantes associam propósito ou sentido de vida à espiritualidade, que lhes proporciona bem-estar, importante componente da saúde mental. A American Psychiatric Association (2006) reconhece a prática da espiritualidade como coadjuvante para o bem-estar, ou seja, a *homeostase do sistema*, seja ele físico, biológico ou social.

Ainda, identificamos que os baixos níveis socioeconômicos, pouca escolaridade, dificuldade de acesso a serviços de saúde e rede de proteção social insuficiente, além das perdas inerentes ao processo de envelhecimento, corroboram para a disfuncionalidade familiar, que acomete a maioria dos participantes. Neste contexto, observamos o *intercâmbio do sistema familiar com o meio ambiente*, afetando e sendo afetado por ele (Bertalanffy, 2008).

É bem presente nos relatos a falta de incentivo dos familiares desses idosos(as), que os impulsionem a terem um propósito de vida, que é um pilar importante para o envelhecimento saudável. Salienciamos que ao falarem nessa falta de incentivo, deixam claro que só existe a participação na vida familiar, quando precisam dos seus cuidados/dinheiro. Sendo muito presente esse relato naquelas pessoas idosas que ainda desempenham suas atividades diárias sem dificuldades.

Percebe-se que a igreja é a única opção de interação social, com pontuais relatos de participação em grupos de educação em saúde, voltados para a pessoa idosa (velhice). Sabemos o quanto a participação social é importante, enquanto fator de proteção contra diversos desfechos negativos de saúde na vida das pessoas idosas, contribuindo para a manutenção das funções físicas, cognitivas e emocionais, postergando o declínio funcional.

O que nos leva a compreender essa participação como ação estratégica de prevenção a disfuncionalidade familiar. Nesse sentido, observa-se a importância, para compreensão do fenômeno, de um olhar sistêmico, tal como postula Esteves de Vasconcellos (2003). A autora supracitada (p.151) ressalta que olhar sistemicamente “implica ampliar o foco de observação (complexidade), descrever com o verbo estar (instabilidade) e acatar outras descrições (intersubjetividade)”:

Neste sentido, ao contextualizar o fenômeno, ampliando o foco, o observador poderá perceber em que circunstâncias o episódio acontece, verá relações intrassistêmicas e intersistêmicas, considerará não mais um evento, mas uma teia de fatos recursivamente interligados e, portanto, terá diante de si a “complexidade” do sistema familiar. (p.151)

Diante do exposto, se faz importante ler o fenômeno da Disfuncionalidade familiar na pessoa idosa, de modo sistêmico, considerando que o todo é maior que a soma de suas partes, com foco na interação entre elas (Bertalanffy, 2008).

Observa-se que 24 (80%) dos participantes apresentaram APGAR com disfuncionalidade moderada e 03 (10%) com disfunção elevada, somando ao todo, 27 participantes em situação de disfuncionalidade familiar.

Este achado corrobora com a literatura nas pesquisas de Vera et al (2015), Minayo (2018) e Silva (2021). As autoras dialogam sobre a disfuncionalidade familiar na pessoa idosa. Elas pontuam que nessa situação se presenciam desrespeito, sobreposição na hierarquia, ruídos na comunicação e não (re)organização do sistema familiar e na articulação de forças para resolução de problemas. Que também, está associada à solidão, à falta de atenção e de promoção de cuidado familiar a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), à solidão em portadores de HIV/aids, ao baixo apoio social e à sobrecarga de cuidadores de idosos, além de sintomas depressivos. Desse modo, a disfuncionalidade familiar indica relações frágeis, que merecem melhor investigação por parte dos profissionais de saúde.

Nesta mesma direção, anteriormente, em 2006, o Ministério da Saúde (MS) expôs a importância da Avaliação da Funcionalidade Familiar nas pessoas idosas (p. (p. 41 a 42). O Ministério da Saúde refletiu na época uma proposição muito atual acerca das famílias, que estas

estão em constante processo de transformação e mudança e que várias teorias buscam conceituá-las e explicá-las. O MS concorda que dentre estas teorias destaca-se a Teoria Sistêmica onde as famílias são compreendidas como sistemas baseados nas relações, com base em ganhos e perdas, distribuição do poder de cada um de seus membros, estabelecimento de papéis, desenvolvimento de códigos, simbologias e significados para atitudes e relações.

Nesse sentido, este sistema sofre modificações como o passar do tempo, influenciado pelos próprios conflitos e pelas transformações no mundo. Dessa grande interação surge o seu potencial transformador em busca de equilíbrio. Todos os membros familiares acabam desempenhando tarefas e assumindo papéis para que o Sistema Familiar funcione. Dentre tantas funções e papéis possíveis de serem desenvolvidos pelos diversos membros familiares, duas estão sempre presentes: o prover e o cuidar. O cuidar, originalmente é um papel do gênero feminino, e está ligado ao desenvolvimento da afetividade, da alimentação, da atenção e vigilância constante. Estes são papéis em profunda transformação na nossa sociedade, e hoje, não são distinguíveis entre o homem e mulher. Estes e tantos outros papéis devem ser constantemente negociados para que a família funcione. Esse funcionamento nem sempre é harmônico, o que pode contribuir para o surgimento de doenças nos diferentes membros familiares, em especial nas pessoas idosas, quando aos poucos perdem funções previamente definidas.

Os sistemas familiares podem ser compreendidos como funcionais ou disfuncionais. Nos Sistemas Familiares funcionais, o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas buscando estabilidade emocional gerenciando-os a partir de recursos próprios (conhecidos ou potenciais) e resolvendo o problema instalado de forma adequada. As pessoas são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes.

Sistemas familiares funcionais ou maduros constituem para os profissionais, recursos estratégicos e terapêuticos, fundamentais e integrados na assistência à pessoa idosa. Os Sistemas Familiares disfuncionais são aqueles nos quais não há um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros. Esses costumam priorizar seus interesses particulares em detrimento do grupo não assumindo seus papéis dentro do sistema. Com frequência são observados vínculos afetivos superficiais e instáveis e alto grau de agressividade e hostilidade entre seus membros, mesmo que não abertamente colocados. Raramente são capazes de resolver situações críticas como uma questão grupal, de forma

adequada e, com frequência, identificam a “crise” como responsabilidade única do membro que a desencadeou.

Nas situações conflitivas enfrentadas nesses sistemas com pessoas idosas, frequentemente é possível observar uma solução aparente onde, ou a pessoa idosa é separada do seu meio (institucionalizada ou isolada do grupo) que a considera geradora do problema ou os outros membros da família se afastam para não se envolverem com a questão, uma vez que acreditam que ela não diz respeito a eles. A função das Equipes de Saúde da Família é auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções na medida do possível, constituírem um Sistema Familiar mais harmônico e funcional. Lembrando que como um sistema, ele sempre tenderá a um novo equilíbrio.

As diversas realidades apresentadas para as famílias brasileiras, tais como o aumento da mortalidade masculina em faixas etárias cada vez mais jovens, a necessária inserção das mulheres no mercado de trabalho formal e informal, afetam o balanço entre necessidades e a disponibilidade de auxílio real existente entre os membros familiares, fazendo com que pessoas idosas assumam o cuidado das residências, das crianças e dos adolescentes com bastante frequência. A pessoa idosa algumas vezes pode assumir o papel de "bode expiatório", sendo culpabilizado por todas as crises familiares.

Esta é uma situação bastante grave e devendo ser trabalhada pela equipe de Saúde da Família. As entrevistas com as famílias são fontes muito ricas em informações e propiciam uma maior interação entre os envolvidos. Há necessidade de uma instrumentalização sistematizada que auxilie os profissionais de saúde, em especial na Atenção Básica, a direcionarem seu olhar para além dos indivíduos, buscando compreender a funcionalidade familiar como um componente essencial do planejamento assistencial para o alcance do sucesso terapêutico. Observa-se a necessidade de serem estabelecidos esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos, capazes de assistir as demandas crescentes da pessoa idosa e de suas famílias. Dessa forma permite que ambos encontrem uma solução terapêutica adequada, em que o equilíbrio familiar seja a meta, melhorando a assistência à pessoa idosa e diminuindo os custos emocionais da própria família. Com o objetivo de dimensionar a funcionalidade das famílias, alguns profissionais vêm desenvolvendo instrumentos com a proposta de avaliar a dinâmica de funcionamento de uma família para, a partir desse dado, intervir de maneira a auxiliar o restabelecimento do equilíbrio dessa unidade de relações, quando uma disfunção for detectada.

## CONCLUSÃO

Este trabalho se caracteriza como um estudo preliminar, introdutório e exploratório, com importantes limitações devido à Pandemia da COVID 19, que ainda estava assolando o Brasil, de modo mais contundente, no período da coleta de dados. Trata-se de uma pesquisa Quantitativa, transversal, analítica, descritiva com uma amostra por conveniência.

Esta dissertação teve como objetivo geral analisar a associação entre funcionalidade familiar e condições sociodemográficas e de saúde da pessoa idosa. Mais especificamente, identificar as condições sociodemográficas e de saúde; verificar a funcionalidade familiar; evidenciar por meio do diário de campo como eles percebem a funcionalidade familiar.

A população alvo foi de 30 pessoas a partir de 60 anos de idade, cadastradas nos Serviços de Saúde da Atenção Primária do SUS (Sistema Único de Saúde) no Recife/PE, que reside com familiares, de classe social menos favorecida, independente de gênero, raça, grau de escolaridade, profissão, estado civil e religião.

Para o procedimento de coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: MiniExame do Estado Mental (MEEM) para classificar a possibilidade da pessoa idosa no estudo, Diário de campo, Questionário com dados sociodemográficos e de saúde e o APGAR de Família. Sobre o procedimento de análise de dados: a parte quantitativa foi organizada e analisada pelo *Software Estatístico Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 23.0. E a parte qualitativa, por meio da Técnica de Análise de Conteúdo Temática, composta pela pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Os principais resultados indicaram as seguintes proposições: 1) Quanto às variáveis sociodemográficas, predominaram: o sexo feminino (90%); cor preta e parda (63,3%); estado civil sem companheiro (60,7%); nível de escolaridade, alfabetizados (81,5%); religião (100%), protestantes (86,6%), os demais cristãos; profissão, as que exigiam menor grau de escolaridade (96,7%); situação atual de trabalho, aposentado (53,6%) ou pensionista (14,3%); 29 moram com familiares (96,7%); renda familiar, até um salário-mínimo (58,6%). 2) Acerca das condições de saúde, preponderou que: sentiram dor no corpo na última semana (73,3%); eram portadores de doenças crônicas (100%); a maioria com hipertensão arterial (80,8%), seguidos por diabetes (26,9%); a maior parte, utilizando medicamentos (90%). 3) Em relação a Funcionalidade familiar, das 30 (trinta) pessoas idosas entrevistadas, 27 (vinte e sete) apresentaram disfunção familiar, todas do sexo feminino, com exceção de três do sexo masculino.

Se constituíram como principais limites da pesquisa: a Pandemia do Corona Vírus (como já elucidado), que impossibilitou uma maior quantidade de entrevistas, conseqüentemente um menor

número de participantes; e somente 3(três) pessoas idosas do sexo masculino. Nesse sentido, é premente o aprofundamento desse estudo por meio de novas pesquisas, considerando também, outros locais, inclusive em bairros da cidade que sejam menos privilegiados (sem praias e shoppings por perto).

Desse modo, este estudo evidenciou uma alta prevalência de pessoas idosas de sexo feminino, negros\pardos, com baixo nível econômico, religiosos, baixa escolaridade, aposentados, que fazem uso diário de medicamentos e que apresentaram uma prevalência de moderada disfuncionalidade familiar.

Percebe-se a importância das relações familiares no cuidado aos idosos e o quanto a linha entre funcionalidade e disfuncionalidade familiar é tênue, cabendo aos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, compreender e avaliar a dinâmica das famílias para o alcance do sucesso em suas intervenções de saúde e para oferecer um suporte adequado aos idosos e seus familiares.

Diante de tudo que foi exposto e considerando o aumento da população idosa, conhecer mais profundamente suas relações interpessoais representa uma contribuição para a melhoria das condições de vida dessas pessoas.

Nesse sentido, torna-se relevante o papel da rede de apoio dos familiares e sua expansão para fora desses espaços contribuindo para uma velhice bem-sucedida, principalmente no que diz respeito à funcionalidade familiar. Além disso, a pesquisa aponta para necessidade e importância de políticas públicas sociais voltadas para o desenvolvimento da sociabilidade para essa faixa etária.

A família é uma importante fonte de realização e satisfação do ser humano, em especial, às pessoas idosas. Este, geralmente nutre expectativas de ser cuidado e amado por seus familiares, além de necessitar muitas vezes de cuidados variados em saúde. Uma boa funcionalidade pode propor à pessoa idosa uma velhice saudável e agradável

Este estudo evidenciou e apontou um conhecimento acerca de um local onde há uma lacuna de funcionalidade familiar na população idosa, de uma área distrital de Recife -Pe. Reconhece-se que esta pesquisa não constitui um esgotamento na identificação da disfunção familiar e os fatores temporais inerentes ao estudo transversal, o qual não se permite inferir causalidade.

No mais, espera-se a partir dos resultados, dar visibilidade social e científica à importância de se estudar a associação entre funcionalidade familiar, condições sociodemográficas e de saúde da pessoa

idosa atendida na Atenção Primária à Saúde no Recife/PE/Brasil; fornecer subsídios teóricos e práticos aos profissionais que trabalham com idosos/as e famílias, em especial com a temática; e, propor estratégias, protocolos e planos de cuidados visando melhor envelhecimento digno e ativo às pessoas idosas; colaborar para melhora da qualidade de vida dos idosos por meio da promoção da saúde e prevenção de agravos; estabelecer planos de cuidados para pessoas idosas na Atenção Primária com base nos problemas sociais e de saúde identificados; fomentar a discussão, formulação e adoção de estratégias, programas e políticas na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, segurança, redução da disfuncionalidade familiar e consequente risco de violência contra a pessoa idosa; contribuir com o desenvolvimento social e científico relativo à temática estudada.

Mormente, por meio desta dissertação, encontramos elementos que podem potencializar a reorientação das práticas de saúde em direção a uma atenção integral dos idosos assistidos nos cuidados primários de atenção à saúde, pautada na humanização e no fortalecimento da participação dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar sobre questões que afetam a saúde e o bem-estar, nos planos individual e coletivo, na perspectiva de pesquisa na área do envelhecimento. Nesta direção, segue a orientação constitucional apoiada no tripé da universalidade, integralidade e equidade. Dessa forma, contribuindo com impactos positivos para ciência, sociedade e economia do Recife/PE.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. C. S. A., Menezes, T. M. O., & Camargo, C. L. (2018). Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. *Avances en Enfermería*, 36(3), 292–301. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68425>
- Alcântara, A.O. (2009). O velho e a família. In Alcântara, A.O. (org). *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos* (pp. 21-30). Alínea.
- Aires, M., Paskulin, L.M.G., & Moraes, E.P. (2010). Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev.Latinoam. Enferm.*, 18(1), 11-7.
- American Psychiatric Association. (2006). *Religious/spiritual commitments and psychiatric practice*. [http://www.psych.org/edu/other\\_res/lib\\_archives/archives/200604.pdf](http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200604.pdf)
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barroso, W.K.S., & Nadruz, W. (2021). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq. Bras. Cardiol.* 116 (3), 516-658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
- Bertalanffy, L. V. (2008). *Teoria Geral dos Sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações*. Vozes.
- Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. (2022). *DeCS - Descritores em Ciências da Saúde*. <http://decs.bvs.br/>.
- Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. (2022). 15/6 – *Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa*. <https://bvsmms.saude.gov.br/15-6-dia-mundial-de-conscientizacao-da-violencia-contra-a-pessoa-idosa-2/#:~:text=A%20viol%C3%Aancia%20contra%20o%20idoso,sofrimento%20a%20uma%20pessoa%20idosa%E2%80%9D>.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. IMESP.
- Brasil. (2002). *Código Civil Brasileiro, Lei 10.406 (10/01/2002)*. Legislação citada anexada pela coordenação de estudos legislativos – CEDI Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 institui o Código Civil. [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=247357&file\\_name](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=247357&file_name)
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2016). *População – projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação – Índice de Envelhecimento*. <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. (2006). *Cadernos de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. N. 19. [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Estatuto do Idoso*. (3ª Edição). Ministério da Saúde.
- Brasil. (1994). *Política Nacional do Idoso – PNI. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)
- Caldas, C.P., & Veras, R.P. (2010). O lugar do idoso na família contemporânea e as implicações para a saúde. In Trad LAB, (ed.), *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*, (pp.275-289). Editora Fiocruz.
- Camarano, A.A. (2010). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido*. IPEA.
- Camarano, A. A., & Fernandes, D. (2022). Envelhecimento da população brasileira: contribuição demográfica. In Freitas, E. V., & Py, L. (orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (5ª Edição, pp. 2-11). Guanabara Koogan.
- Camarano, A.A., Kanso, S., & Mello, J.L. (2004). Como vive o idoso brasileiro? In Camarano, A.A. (Ed.), *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*, (pp.25-30). IPEA.
- Camarano, A.A., & Pasinato, M.T. (2004). O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In Camarano, A.A. (Ed.), *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*, (pp.253-259). IPEA.
- Camarano, A.A., Mello, J.L., & Kanso, S. (2006). Do nascimento à morte: principais transições. In Camarano, A.A. (Ed.), *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?*, (pp. 31-60). IPEA.
- Camargos, M.C.S, Rodrigues, R.N., & Machado, C. J. (2011). Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev. Bras. Est. Pop*, 28(1), 217-230. <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1.pdf>
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Artmed.
- Carvalho, M.C.B. (2010). Famílias e políticas públicas. In Acosta, A.R., & Vitale, M.A.F., (Eds.), *Família, redes, laços e políticas públicas*. (pp. 267- 274). Cortez.
- Chiavenato, I. (2003). *Introdução à teoria geral da administração das organizações*. Elsevier.

- Domingues, M.A.R.C., Ordonez, T.N., & Silva, T.B.L. (2022). Instrumentos de avaliação de Rede de suporte social. In Freitas, E. V., & Py, L. (Eds), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, (5ª ed., pp. 1345-1359). Guanabara Koogan.
- Duarte, Y.A.O., & Cianciarullo, T.I. (2011). Idoso, família e saúde na família. In Cianciarullo, T.I., (Ed.), *Saúde na família e na comunidade*, (pp.191-212). Icone.
- Esteves de Vasconcellos, M. J. (2003). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência*. Papyrus.
- Fernandes, M.G.M., Souto, M.C, Costa, S.F.G., & Fernandes, B.M. (2009). Qualificadores sociodemográficos, condições de saúde e utilização de serviços por idosos atendidos em Atenção primária. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*, 13(2), 13-20.
- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. (2012). *A análise do Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do Sistema de Saúde brasileiro*.  
[http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude\\_Brasil\\_2030.pdf](http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf)
- FIOCRUZ. Vânia Lúcia Leite. (2022). Velhice não é doença.  
<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/velhice-nao-e-doenca>
- Goldani, A. M. (1999). Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: Camarano (Ed.). **Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros**, (pp. 75-114). IPEA.
- Gonçalves, L.H., Nassar, S.M., Daussy, M.F.S., Santos, S.M.A, & Alvarez, A.M. (2011). O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. *Cienc. Cuid. Saúde*,10(4), 746-754.  
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18319/pdf.111>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050 – Revisão*.  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/projecao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf).
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE. (2020). *Expectativa de vida dos brasileiros aumenta 3 meses e chega a 76,6 anos em 2019*.  
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29505-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-3-meses-e-chega-a-76-6-anos-em-2019>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE. (2022). *Tábuas Completas de Mortalidade para o Brasil 2021 Nota técnica n. 01/2022*. Editora: IBGE, p. 1-9.  
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101981.pdf>

- Imonari, S.R. (2018). Solidão é um dos maiores medos e questões da velhice: como lidar, então...? *Longevidade práticas e atitudes para uma longevidade saudável*. <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2018/03/28/numero-de-idosos-solitarios-esta-aumentando-saiba-como-evitar.htm>
- Kroef, R. F. S., Gavillon, P. Q., & Ramm, L. V. (2020). Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20 (2), p. 464-480. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579>
- Lloyd-Sherlock, P. (2004). Ageing, Development and Social Protection: Generalizations, Myths and Stereotypes. In Lloyd-Sherlock, P. (Ed.), *Living Longer: ageing, development and social protection*. United Nations Research Institute for Social Development/ Zed Books.
- Lourenço, R. A., Veras, R. P., & Ribeiro, P. C. C. (2008). Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11 (1), 7-16.
- Marangoni, J., & Oliveira, M.C.S.L. (2010). Relacionamentos intergeracionais: avós e netos. In Falcão, D.V.S., (Ed.). *A família e o idoso: desafios da contemporaneidade* (pp. 37-56). Papirus.
- Martini, A.M., Sousa, F.G.M., Gonçalves, A.P.F., & Lopes, M.L.H. (2007). Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento Hemodialítico. *Rev. Eletr. Enf.*, 9(2), 329-343. <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a04.htm>
- Mazza, M.M.P.R., & Lefèvre, F. (2005). Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum*, 15(1), 01-10. <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n1/02.pdf>
- Mendes, M.R.S.S.B., Gusmão, J.L., Faro, A.C.M., & Leite, R.C.B.O. (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*, 18(4), 422-426. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>
- Menezes, T.N., Lopes, F.J.M., & Marucci, M.F.N. (2007). Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: características sócio-demográficas. *Rev. Bras Epidemiol*, 10(2), 168-77. <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/04.pdf>
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2018). O principal fator para o suicídio do idoso é o isolamento, a solidão. *GEPeSP entrevista*. Recuperado de <https://gepesp.org/2018/04/o-principal-fator-para-o-sucidio-do-idoso-e-o-isolamento-a-solidao-gepesp-entrevista-cecilia-minayo/uncategorized>
- Minayo, M.C.S., Njaine, K., Figueiredo, A. E. B., Souza, E.R., Ribeiro, A.P., Araújo, L.M., Paula, D.R., & Pereira, M.C. (2022). *Observatório Nacional do Idoso - Fiocruz*.

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/observatorio/index.php#:~:text=O%20Observat%C3%B3rio%20Nacional%20da%20Pessoa,Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20%2D%20Fundac%C3%A7%C3%A3o%20Oswaldo%20Cruz>

Ministério da Justiça. (2002). *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o código civil.* Ministério da Justiça.

Ministério da Justiça. (2006a). *Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha.* Ministério da Justiça.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2007a). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.* Ministério da Saúde.

Montefusco, S., Bachion, M.M., & Nakatani, A.Y.K. (2008). Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. *Texto Contexto Enferm*, 17(1), 72-80.  
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/08.pdf>

Moragas, R.M. (2010). *Gerontologia social: envelhecimento de qualidade de vida.* Paulínea.

Nascimento, M. (2001). Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. In WONG, L. R. (Ed.). *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade. Subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso*, (pp. 191-218). Cedeplar/UFMG/ABEP,

Neri, A.L. (2008). *Palavras-chave em gerontologia.* Coleção Velhice e Sociedade. Editora Alínea.

Neri, A.L. (2007). Feminização da velhice. In Neri, A.L. (Ed.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade* (pp. 47-64). Editora Fundação Perseu Abramo/Edições SESC.

ONU. Organização das Nações Unidas. (2012). *Ageing in the Twenty-First Century a Celebration and a Challenge.* <http://unfpa.org/ageingreport/>

Osório, L. C. (2013). *Como trabalhar com sistemas humanos: grupos, casais e famílias, empresas.* Artmed.

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2022). *Desenvolvimento humano.* Artmed.

Pavarini, S.C.I., Tonon, F.L., Silva, J.M.C., Mendionodo, M.Z., Barhan, E.J., & Filizola, C.L.S. (2006). Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Rev. Eletr. Enf.*, 8(3), 326-35.  
[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm)

- Pinho, L.B., & Kantorski, L.P. (2004). Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. *Cienc. Enferm*, 10(1), 67-77. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art08.pdf>
- Pinto, J.M. (2022). Participação social no envelhecimento. In Freitas, E. V., & Py, L. (Eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, (pp. 1315-1323). Guanabara Koogan.
- Placideli, N. (2020). Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. *Rev. Saúde Pública*, v. 54, 1-14. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001370
- Prado, D. O. (1988). *O que é família*. Coleção primeiros passos. Editora: brasiliense.
- Pedrazzi, E.C., Motta, T.T.D., Vendruscolo, T.R.P., Fabrício-Webe, S.C.C., Cruz, I.R., & Rodrigues, R.A.P. (2010). Household arrangements of the elder elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(1), 18-25.
- Rigo, I.I., & Bós, A.J.G. (2021). Disfunção familiar em nonagenários e centenários: importância das condições de saúde e suporte social. *Ciênc. saúde coletiva* 26 (6), 2355-2363. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.15082019>
- Samara, E.M. (1993). *A família brasileira*. Coleção Tudo é história. Editora: brasiliense.
- Santos, I.E., & Dias, C.M.S.B. (2008). Homem idoso: vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. *Aletheia*, 27(1), 98-110. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1150/115012525008.pdf>
- Sayão, R. (2011). Filhos...melhor não tê-los? In Aquino, J.G., Sayão, R., Rizzo, S., & Taille, Y. (orgs). *Família e educação: quatro olhares*. Papyrus, p.17-48.
- Silva, C. F. S. (2019). *Relacionamento intergeracional entre idosos e adultos jovens da mesma família: caracterização e repercussões*. (Tese de Doutorado, Universidade Católica de Pernambuco). <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/1103>
- Silva, C.F.S. (2021). *Família: reflexões sobre o relacionamento entre idosos/as e jovens*. (1ª ed.). CRV.
- Silva, M.J., Bessa, M.E.P., & Oliveira, A.M.C. (2004). Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. *Ciencia y Enfermeria*. (1), 31-9. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art05.pdf>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Practice*, 6(6), 1231-1239. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>.
- Souza, A. M. V. (2004). *Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar*. Alínea.

- Sousa, F.G.M, Figueiredo, M.C.A.B, & Erdmann, A.L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Rev Pesq Saúde*, 11(1), 60-63.  
<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/341/253>
- Souza, R.F.S, Skubs, T., & Brêtas, A.C.P. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, 60(3), 263-267.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300003)
- Sun, Y.H., Sun, L., Wu, H.Y., Zhang, Z.K., Wang, B., Yu, C., & Cao, H.Y. (2009). Loneliness, social support and family function of people living with HIV/AIDS in Anhui rural area, China. *Int J STD AIDS*, 20(4), 255-8.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19304970>
- Suzuki, M.Y., & Falcão, D.V.S. (2010). O significado da viuvez e as relações familiares de viúvas idosas. In Falcão, D.V.S. (org). *A família e o idoso: desafios da contemporaneidade*, (pp. 211-232). Papirus.
- Teixeira, S.M., & Rodrigues, V.S. (2009). Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 12(2), 239-254. [http://www.crde-unati.uerj.br/img\\_tse/v12n2/pdf/art\\_7.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n2/pdf/art_7.pdf)
- Torres, G.V., Reis, L.A., Reis, L.A., & Fernandes, M.H. (2009). Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. *Revista Espaço para a Saúde*, 10(2), 12-17.  
<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo3.pdf>
- Turatti, B.O. (2012). Implicações da viuvez na saúde: uma abordagem fenomenológica em Merleau-Ponty. *Saúde Transform. Soc.* 3(1), 32- 38.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/sts/v3n1/v3n1a06.pdf>
- Unrug, M. C. (1974). *Analyse de contenu et acte de parole*. Éd. Universitaires.
- Vera, I., Lucchese, R., Nakatani, A.Y. K., Sadoyama, G, Bachion, M. M., & Vila, V.S.V. (2015). Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(2), 494-504.
- Vera, I. (2013). Avaliação da funcionalidade familiar para idosos. (Tese de Doutorado da Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem).
- Vilela, D. S. D., & Silva, C. F. S. (2022). Percepção de pessoas aposentadas sobre atividades que podem contribuir com a qualidade de vida. *International Journal of Development Research*, v (12), 57914-57919. <https://www.journalijdr.com/current-issue>
- Vilela, D.S.D., Silva, C. F. S., & Dias, C.M.S.B. (2022). Apoio social de jovens a pessoas idosas: uma leitura bioecológica. *Revista kairós gerontologia*, v. (25), 131-151.  
<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/55872>

WHO. (2012). *Good health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012.*  
[http://www.who.int/ageing/publications/upcoming\\_publications/en/index.html](http://www.who.int/ageing/publications/upcoming_publications/en/index.html)

Wright, L., & Leahey, M. (Eds.). (2008). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.* Roca.

Wu, Z.Q., Sun, L., Sun, Y.H., Zhang, X.J., Tao, F.B., & Cui, G.H. (2010). Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. *Aging & Mental Health*, 14(1), 108–112.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20155527>

Yeda, A. O., Duarte, M., & Accioly, R. D. (2020). *Rede de suporte social e envelhecimento: instrumento de avaliação.* Blucher.

# **ANEXOS**

## **PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VULNERABILIDADE E CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO NO BRASIL, PORTUGAL E ESPANHA

**Pesquisador:** GILSON DE VASCONCELOS TORRES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 36278120.0.1001.5292

**Instituição Proponente:** Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio  
CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.267.762

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa propõe ser um estudo multicêntrico em rede internacional, analítico comparativo, longitudinal com abordagem quantitativa, multiprofissional e interdisciplinar.

Este estudo será realizado no Brasil, Portugal e Espanha com a população idosa nos cenários da Atenção Primária à Saúde (APS) e Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs) /Residências conforme denominação em cada País, e atende ao Edital 01/2020 - Redes de Pesquisa da UFRN, o que fomentou já a criação da rede internacional de pesquisa sobre vulnerabilidade, saúde, segurança e qualidade de vida do idoso: Brasil, Portugal e Espanha. No Brasil, serão pesquisados idosos residentes em 24 municípios, sendo no Nordeste (Natal/RN, Macaíba/RN, Parnamirim/RN, Santa Cruz/RN, João Pessoa/PB, Jequié/BA, Vitória da Conquista/BA, Recife/PE, Sobral/CE, Teresina/PI, Macaíba/AL), Norte (Porto Velho/RO, Palmas/TO, Rio Branco/AC), Centro-Oeste (Goiânia/GO), Sudeste (São Roque/SP, Campinas/SP, Jundiaí/SP, Araras/SP, Divinópolis/MG, Carmo do Cajuru/MG e Viçosa/MG) e Sul (Maringá/PR e Foz do Iguaçu/PR).

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5863 Fax: (84)3302-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Projeto: 4.087.762

No âmbito Internacional, em Portugal (Cidade de Évora) e Espanha (Cidade de Murcia). Para compor a amostra proposital do estudo, foi adotado a fórmula de cálculo da amostra levando-se em consideração as populações finitas estimadas de idosos atendidos na atenção primária e residentes em ILPI/Residências de Idosos de cada país. Serão pesquisados 3834 Idosos nos três países (Brasil, Portugal e Espanha), com base nas estimativas da população idosa assistidas pela atenção básica/cuidados primário em saúde e residentes em ILPI, casas de caridade e residências para idosos nas cidades e instituições a serem pesquisadas. No Brasil, utilizando-se uma estimativa população alvo de 1.802.390 idosos, considerando-se, nível de confiança de 95% ( $Z=1,96$ ), erro amostral ( $e= 0,08$ ), proporção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de idosos atendidos na atenção básica e/ou residente em ILPI nas 24 cidades pré-selecionadas como cenários da pesquisa e a amostra estimada ficou em 3534 idosos. Em Portugal, Évora, utilizando-se uma estimativa população alvo de 40.808 idosos, considerando-se, nível de confiança de 95% ( $Z=1,96$ ), erro amostral ( $e= 0,08$ ), proporção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de idosos nos cuidados primários e/ou residentes em casas de caridade/centro dia pré-selecionadas como cenários da pesquisa, a amostra estimada ficou em 150 idosos. Na Espanha, cidade de Murcia, utilizando-se uma estimativa população alvo de 77.488 idosos, considerando-se, nível de confiança de 95% ( $Z=1,96$ ), erro amostral ( $e= 0,08$ ), proporção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de idosos nos cuidados primários e/ou residentes para idosos como cenários da pesquisa, a amostra estimada ficou em 150 idosos. A coleta de dados ocorrerá de forma simultânea em todos os países em dois momentos nos cenários/idosos (T1-2º semestre 2021 entre os meses de julho a dezembro; T2-2º semestre 2022, entre os meses de julho a dezembro), pela equipe de pesquisa em cada país/cidade, previamente treinada com os todos os procedimentos a serem utilizados na pesquisa. Os dados serão organizados e analisados pelo Software Estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 23.0.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO GERAL:** analisar a relação da vulnerabilidade com as condições sociais, de saúde e cuidados/intervenções na pessoa idosos atendida na atenção primária à saúde e instituições de longa permanência para idosos no Brasil, Portugal e Espanha.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.010-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5883 Fax: (84)3303-3941 E-mail: osp\_huol@ufrn.br

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.067.762

**Objetivo Secundário:**

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar as características sociodemográficas e sociais dos idosos;
- Avaliar as condições de saúde dos idosos quanto aos aspectos do declínio cognitivo, fragilidade, vulnerabilidade, funcionalidade familiar, capacidade e fragilidade funcional, qualidade de vida, depressão em geriatria, Pressão Arterial Sistêmica, Avaliação nutricional, risco de quedas, segurança do idoso e violência;
- Verificar os indicadores de saúde dos países/cidades cenários do estudo (cobertura AB e EBF, número de leitos/UTI, % Médicos e Enfermeiros) no início do estudo e final da coleta de dados;
- Verificar os indicadores sociais dos países/cidades cenários do estudo (GINI, IDH, % Pobreza, Renda Per capita e outros auxílios governamentais) no início do estudo e final da coleta de dados;
- Caracterizar os cuidados, condutas e intervenções em saúde (tipo, frequência e forma de aplicação Individual/coletiva) adotadas nos serviços de saúde e ILPI no início do estudo e final da coleta de dados;
- Analisar a qualidade do cuidado e segurança nos serviços de saúde e ILPI; - Analisar o uso das Práticas Integrativas e Complementares na saúde Integral do idoso desenvolvidas nos serviços de saúde e ILPI;
- Verificar a associação entre as características sociodemográficas, de saúde, cuidados, condutas e intervenções em saúde desenvolvidas para as pessoas idosas atendidas nos serviços de saúde e ILPI participantes do estudo (T1: Início do estudo, T2: 12 meses após);
- Verificar a relação da vulnerabilidade com as condições sociais, de saúde, cuidados/intervenções em saúde desenvolvidas nos idosos atendidos nos serviços de saúde e ILPI participantes do estudo (T1: Início do estudo, T2: 12 meses após).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Tendo em vista que não serão realizados procedimentos invasivos, os pesquisadores projetam que os serão mínimos, que estaremos atentos a identifica-los e buscar imediatamente suspender a coleta de dados e reparar o eventual dano causado. Em caso de complicações ou danos à saúde

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5663 Fax: (84)3302-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação de Parecer: 4.067.762

nos idosos pesquisados que possam ter relação com a pesquisa, compete aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa em cada cenário/país garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada na sua cidade que a coleta de dados for realizada. O tempo para a avaliação será distribuído em dias alternados (segundas, quartas e sextas) e a equipe terá o máximo de cuidado para que todas as informações já existentes sejam anotadas para evitar reavaliações desnecessárias. O tempo em cada dia de aplicação dos instrumentos será de no máximo 1 hora em ambiente adequado e reservado para garantir a privacidade do participante. Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos durante os procedimentos de avaliação e das entrevistas. Esses riscos poderão ser minimizados uma vez que a equipe será treinada antes de realizar as avaliações, o local será restrito ao pesquisador e ao idoso. Durante as entrevistas, qualquer pergunta que cause constrangimentos ao idoso, o mesmo terá o direito de não responder ou de parar a qualquer momento. Na avaliação da gordura do corpo do idoso poderá ter algum desconforto quando for usado os aparelhos no braço ou bamba, porém o pesquisador e/ou membro da equipe será treinado para fazer o mais breve possível o exame e sem desconfortos.

**Benefícios:**

Como benefícios diretos da pesquisa o idoso receberá todas as informações das avaliações sobre sua saúde e seus dados sociais e encaminhamentos para atendimentos direcionados a sua necessidade serão garantidos pelo pesquisador. Os benefícios indiretos serão contribuir para as informações sobre envelhecimento tanto no Brasil, quanto em Portugal e Espanha. Espera-se que a pesquisa possa promover a troca de experiências bem-sucedidas de intervenções na atenção primária e ILPI, e que promova a formulação de estratégias, ações, programas e políticas voltadas para o envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

Diante do exposto, esperamos que os resultados da pesquisa permitam:

- A capacitação os profissionais de saúde quanto ao uso adequado da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos países que utilizam;
- A identificação, descrição e proposição de resolução das fragilidades da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, e que permita sua aplicabilidade nos diversos cenários de convivência do idoso (domicílio, centro de convivência, ILPI e unidades de saúde);
- A identificação das necessidades sociais e saúde dos idosos usuários dos serviços de saúde e

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Penha  
UF: RN Município: NATAL CEP: 59.012-300  
Telefone: (84)3343-0200 Fax: (84)3303-3941 E-mail: csp\_huol@yahoo.com.br

**UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação da Pesquisa: 4.287.262

**ILPI;**

- O rastreamento precoce da presença de sintomas depressivos, declínio cognitivo, fragilidade, vulnerabilidade, funcionalidade familiar, capacidade e fragilidade funcional, qualidade de vida, alteração da PAS, alteração nutricional, risco de quedas, segurança do idoso e violência no idosos avaliados;
- A identificação das condições e indicadores sociais e saúde nos diferentes cenários e países envolvidos e sua relação com o risco da vulnerabilidade dos idosos;
- A melhora da qualidade de vida dos idosos por meio da promoção da saúde e prevenção de agravos;
- O estabelecimento de planos de cuidados para idosos na atenção primária e ILPI com base nos problemas sociais e saúde identificados;
- A discussão, formulação e adoção de estratégias, programas e políticas na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e ILPI, segurança, redução do risco de quedas e violência contra a pessoa idosa;
- A discussão de pesquisas multicêntricas de pesquisas, transferência tecnológica e produção científica qualificada sobre o envelhecimento em rede com os grupos de pesquisas dos três países envolvidos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Exequível e de elevada relevância especialmente por tratar e construir conhecimentos sobre as vulnerabilidades da pessoa idosa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos presentes.

**Recomendações:**

- O CEP HUOL/UFRN ALERTA que, mesmo o projeto não apresentando óbices éticos e estando, dessa forma, aprovado, o desenvolvimento de etapas com participantes deverá ocorrer, preferencialmente, após o fim do distanciamento social e da redução dos riscos relacionados ao Coronavírus (COVID-19);
- O pesquisador deve priorizar pela adoção de medidas de coleta de dados por meio virtual;
- Caso o(a) coordenador(a) da pesquisa decida executar as etapas com participantes de pesquisa antes do fim do distanciamento social, deverá colher Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5263 Fax: (84)3332-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

**UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 4.087.262

- Covid-19;

- Caso o cronograma apresentado no projeto de pesquisa aprovado seja alterado, em decorrência da pandemia do Coronavírus (COVID-19), solicitamos que seja encaminhado um novo cronograma ao CEP HUOL/UFRN, sob a forma de notificação do tipo "Comunicação de Início do Projeto".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a correção das pendências, o projeto está aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1605614.pdf	08/09/2020 10:06:16		Aceito
Declaração de Pesquisadores	MODELO_HUOL_Declaracao_de_Nao_inicio_da_Pesquisa_Prof_Gilson_Torres.pdf	08/09/2020 10:00:02	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Atual.docx	08/09/2020 09:59:12	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5863 Fax: (84)3332-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

**UFRN - HOSPITAL  
 UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
 LOPES DA UNIVERSIDADE  
 FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
 NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 4.087.262

Outros	Chamada_PQ2020_cronogramanovo_lirk.pdf	05/08/2020 09:35:19	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto
Outros	EDITAL_N_01_2020_REDES_DE_PESQUISA_ERRATA.pdf	05/08/2020 09:33:49	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Nao_Inicio_Pesquisa_Prof_Gilson.pdf	05/08/2020 09:30:59	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto
TCE/ Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.docx	05/08/2020 09:26:23	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto
Orçamento	ORCAMENTO_PROPOSTO_ATUAL.pdf	01/08/2020 15:50:43	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPQ_GILSON_TORRES_CEP_UFRN_COMPLETO.pdf	01/08/2020 15:47:57	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto
Outros	Instrumentos_Projeto.pdf	01/08/2020 15:46:42	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto
Outros	Termo_Confidencialidade_Pesquisadores.pdf	01/08/2020 15:45:52	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto
Declaração de Pesquisadores	Folha_identificao_Pesquisador_Gilson_Torres.pdf	01/08/2020 15:42:42	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto
Declaração de concordância	Termo_AnuenciaInstitucoes.pdf	01/08/2020 15:41:10	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	01/08/2020 15:40:09	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto
Cronograma	CRONOGRAMA_PROPOSTO.pdf	01/08/2020 15:39:03	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Acerto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
 Bairro: Penápolis CEP: 59.012-300  
 UF: RN Município: NATAL  
 Telefone: (84)3242-5803 Fax: (84)3202-3641 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.367.763

NATAL, 10 de Setembro de 2020

---

Assinado por:  
Jose diniz Junior  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Penápolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-0000 Fax: (84)3332-3911 E-mail: csp\_huol@yahoo.com.br

Página 02 de 02

## **APÊNDICES**

# **DIÁRIO DE CAMPO**

## DIÁRIO DE CAMPO

**Paciente 01:** M.S.S. Com 82 anos, sexo feminino, casada, mora com companheiro, é aposentada, exerceu a profissão de operadora de caixa, tem a renda familiar de 01 (um) salário mínimo, é evangélica. Quando perguntamos como é sua relação com os familiares, refere ser mais ou menos, pois nem sempre demonstram carinho e paciência com ela. **M.S.S relata que seu marido e filhos gritam muito com ela, não tem muita paciência quando ela pergunta sobre a vida deles.** Apesar de responder que os familiares apoiam seus desejos, percebe-se claramente que eles não se opõem, mas não incentivam. **A única opção de interação social ainda é a igreja, fala com lágrimas nos olhos, porque se sente acolhida, salienta que nem nas unidades de atendimento ao idoso (posto de saúde) encontra pessoas "falamansa" só encontro isso na igreja! Mas não se vê no contexto de disfuncionalidade familiar, prefere acreditar que as pessoas estão "agitadas".**

**Paciente 02:** E.S.S. Com 67 anos, casada, sexo feminino, mora com o marido, vende roupas e o marido ganha 01(um) salário mínimo, é protestante. Em relação ao seu convívio com o marido, informa que "não é maravilha" com a expressão facial que não é boa, mas não afirma. Queixa-se **que nem sempre pode contar com o apoio familiar, que não tem incentivo nem do marido e nem dos filhos que moram nas suas próprias casas.** Eles não a incentivam a realizar novas atividades. **Resolveu vender roupas, porque além de ter seu próprio dinheiro, é o momento de conversar com as pessoas, de ser escutada sobre suas opiniões, tem a igreja como outra forma** de interação social. Refere que gostaria muito que tivesse outras opções de atividades sociais, como também, acha que nem os serviços de saúde estão adaptados à realidade dos idosos. Foi bem enfática na sua fala em relação à atenção à saúde. Não se ver no contexto de disfuncionalidade familiar.

**Paciente 03:** R.G.S. Com 71 anos, sexo feminino, viúva, evangélica, pensionista, costureira, mora com 01 filha, 01 genro e 03 netos, renda familiar de 02(dois) salários mínimos, sendo que um é referente a seu benefício deixado pelo marido. Quando perguntamos sobre sua relação com os membros da família, responde que é boa, mas queixa-se da falta de **atenção, que sua opinião não é valorizada e que só é consultada quando precisam de seus cuidados. Nem sempre estão disponíveis para conversar com ela, que a única hora que consegue ser escutada é com as amigas da igreja,** não consegue realizar outras atividades sociais porque

na comunidade não tem atividades sociais voltadas para sua idade. Não se ver inserida no contexto de disfuncionalidade, pois justifica que sua filha e seus netos estão muito ocupados.

**Paciente 04:** L.O. Com 67 anos, sexo feminino, viúva, evangélica, aposentada, exerceu profissão de cozinheira atualmente, mora com 02 filhos homens, 01 filha mulher e mais 02 netos, todos maiores de idade e depende da única fonte de renda da sua aposentadoria, 01(um) salário mínimo. Ao perguntarmos sobre a relação dela com cada membro da família, ela responde que é boa, porém percebe-se na sua expressão facial, uma negação, pois não se ver inserida na dinâmica familiar em relação a diálogos e opiniões. Uma das suas queixas é que eles **não compartilham informações, nem interagem muito com ela, apenas quando precisam de seus cuidados para realizar alguma tarefa.** Ao perguntarmos se eles a proibem de realizar algo que ela gosta, ela logo responde que não se sente incentivada, mas que não há impedimentos, **que o refúgio dela em relação à interação social ainda é a igreja.** Não se ver no contexto de disfuncionalidade familiar. Sua única queixa é não participar de forma ativa nas decisões familiares (sua opinião tem valor).

**Paciente 05:** G.M.N. Com 72 anos, sexo feminino, evangélica, costureira, divorciada, mora com 03 filhos. Ao perguntarmos como é a relação dela com os membros da família, responde mais ou menos. Não tem renda fixa, seus filhos são maiores de 40 anos e dependem do seu sustento. Em relação à primeira questão sobre satisfação em relação à ajuda dos familiares em situação de estresse, não se encontra satisfeita, refere-se que apenas algumas vezes. Quando refere-se às perguntas que avaliam a dimensão afeição, responde com uma **expressão facial de negação**, porém enfatiza que **em algumas vezes acontece.** Observa-se na sua fala a insatisfação em relação ao tempo compartilhado com ela. Refere que **só é procurada quando precisam de seus cuidados. A única forma de lazer ainda são as atividades da igreja.** Não se ver no contexto de disfuncionalidade familiar, nega qualquer tipo de privação ou imposição dos familiares.

**Paciente 06:** C.A.R. Com 60 anos, sexo masculino, casado, aposentado, exerceu a profissão de garçom, protestante, mora com a esposa e um filho de 34 anos. Encontra-se satisfeito com a relação com os membros da família, ocupa seu tempo nas atividades da igreja com bastante atuação. Enquanto cristão procura ocupar seu tempo ajudando nas atividades de conservação e manutenção da igreja, interage bem em casa com o filho e esposa, procura estar presente nas atividades familiares como almoço em família, passeio etc. Enfatiza que, quanto à ocupação na

igreja tem feito bem a sua saúde mental, refere que não vê equipamentos sociais na sua comunidade voltada para o idoso. Só tem a igreja que proporciona esse contato social.

**Paciente 07:** S.F.S.S. Com 65 anos, sexo feminino, casada, evangélica, mora com marido, renda familiar de 01(um) salário mínimo. Ao perguntarmos sobre sua relação com seus familiares, responde **que é boa, mas que não tem sempre eles presentes, que sente muita falta de participar da vida dos filhos, que eles só a procuram para compartilhar algo que requer seus cuidados**, se queixa que não tem recursos para realizar alguns passeios ou participar de alguma atividade voltada para idade dela, **que a única opção ainda é a igreja, que quando ver na TV, estados do sul e sudeste com atividades na comunidade, como nos postos de saúde para idoso, fica sonhando. Não se ver no contexto de disfuncionalidade familiar, justifica a ausência dos filhos por estarem muito ocupados com seus trabalhos.**

**Paciente 08:** E.A.S. com 63 anos, sexo feminino, viúva, mora com 01 filho de 33 anos, é dona de casa e lava roupas para o sustento, vive da ajuda da bolsa família. Quando perguntamos sobre sua relação com os membros da família, responde **que é boa, mas fala com os olhos cheios de lágrimas, que sente falta de participar da vida dos filhos, que nunca pode contar com a ajuda deles, pois sempre estão ocupados**, não a visitam, ela sente saudades, o único filho que mora com ela também não tem tempo para ela. E.A.S justifica que os filhos estão muito ocupados com seus trabalhos e também ganham pouco, não podem ajudá-la. **Relata que o único prazer que tem na vida é quando vai à igreja, porque lá é escutada, se sente amada. Com lágrimas nos olhos informa que ainda encontra profissionais nos postos de saúde que a tratam bem e tem paciência com ela. E que também gosta das pessoas que ela lava roupa, pois ajuda muito ela.**

**Paciente 09:** J.M.N. Com 66 anos, sexo feminino, solteira, evangélica, mora com 01 filha e 02 netos, aposentada, doceira, renda familiar de 01(um) salário mínimo. Refere que tem uma boa relação com os membros da família, mas nem sempre pode contar com eles. Ressalta não participar da vida da filha e dos netos, pois nunca está inserida no lazer e também nas decisões referentes às coisas da casa, nota-se insatisfação da mesma em não ter privacidade, pois tem o espaço físico do seu quarto compartilhado com seus netos, por ser o ambiente maior dos demais quartos. Fala com os olhos cheios de lágrimas que os netos só a procuram para ela realizar algum cuidado, tipo lavar as roupas, fazer uma comida. Não incentivam muito ela a realizar outras atividades, mas também não critica a única forma de interação social que é a igreja, pois lá as pessoas conversam com ela. **Relata que nos postos de saúde, as pessoas não têm**

**paciência com os idosos, nem oferecem muita atenção “só reclamam conosco”.** Diz que os familiares só falam gritando com ela.

**Paciente 10:** D.M.S. Com 61 anos, sexo feminino, casada, mora com marido e o filho, evangélica, doméstica, renda familiar de 01(um) salário mínimo. Ao perguntarmos sobre sua relação com os membros da família, diz que **é boa, mas que o filho e o marido gritam com ela, porque ela não pode perguntar nada sobre a vida** deles, nem sempre eles demonstram carinho e nem sempre estão disponíveis para ajudar ela a resolver algum problema. Refere que a única forma de interação social ainda é a igreja, que participa dos grupos de oração. Resolve suas coisas geralmente sozinha, mas sente muita dificuldade, porque no posto de saúde tem que enfrentar muita espera para falar com um profissional. **“O atendimento é todos juntos aguardando uma profissional, muitas das vezes desisto e fico sem medicação, porque não aguento esperar e também quando sou atendida é de forma rápida, não me deixa falar direito: tudo diz que é normal”.**

**Paciente 11:** L.F.S. Com 71 anos, sexo feminino, evangélica, mora com companheiro, aposentada como agricultora, renda familiar de 01(um) salário mínimo. Quando começamos a entrevista, antes de qualquer pergunta, **já foi falando que agradece a Deus pelo grupo que participa da unidade de saúde, porque são os melhores momentos da vida,** quando está na igreja e no posto de saúde, porque as pessoas a escutam e não gritam com ela. Ao perguntarmos a relação de convívio com os familiares, **refere logo que nem sempre pode contar com eles (filhos),** só vive com o marido que também não a acompanha em nada que ela gosta. Diz que gosta muito de conversar com as pessoas, de saber das novidades desse novo mundo, porque viveu na roça, infelizmente não tem muita opção para interagir com as pessoas, só na igreja e no posto de saúde. Gostaria muito de conviver com mais pessoas da sua idade, porque só tem isso nesses dois lugares, não se ver no contexto de violência, procura justificar os gritos dos filhos porque eles estão “nervosos” e também são muito ocupados para vim participar do dia-a-dia dela. **Ao falar, enche os olhos de lágrimas ao justificar os gritos e ausência dos filhos, abre um sorriso ao falar do grupo do posto de saúde e da igreja.**

**Paciente 12:** I.S.C. Com 62 anos, sexo feminino, católica, mora com companheiro, renda familiar de meio salário mínimo, é doméstica. Quando começamos sobre sua relação com os familiares, ela responde: **“Que é boa, mas que nem sempre os filhos estão presentes e quando chegam geralmente é para solicitar alguma coisa para ela fazer, mas que isso para ela é um prazer”**, porque sabe que eles se lembram dela. Diz que eles (filhos) e o marido gritam

com ela quando não entende o que eles estão falando (nesse momento ela enche os olhos de lágrimas), diz que não sabe muito das coisas, por só saber escrever o nome. Se sente bem na igreja e no posto, porque é lá que as pessoas falam com ela de forma calma, sente amor nas palavras. Gostaria muito de ter outras opções, para encontrar pessoas que tivessem paciência com ela.

**Paciente 13:** M.E.S.B. Com 62 anos, sexo feminino, evangélica, do lar, mora com companheiro, filhos e neto, renda familiar de 02(dois) salários mínimos. Quando começamos perguntar sobre sua relação com os familiares, logo falou que era boa, que ainda luta muito em casa com as tarefas domésticas, que todos dependem dos afazeres dela, mas que nem sempre estão disponíveis para escuta-la, nesse momento enche os olhos de lágrimas, tenta justificar que estão estressados, porque a vida **não está muito fácil, mas que ela também não tem a vida fácil e não grita com eles. Fala que nunca foi uma mãe a gritar com os filhos, não ensinou isso a eles (neste momento não se controla e cai no choro). Após tomar uma água, fala que esquece de tudo quando está no grupo de idosos do posto e quando está na igreja. Gosta muito porque a enfermeira dá exemplo que idoso tem o seu papel na sociedade e tem valor, ela se enche de energia quando sai de lá.** Quando perguntamos se ela acha que sofre violência ou maus tratos, ela responde rápido: **“NÃO! Isso é da geração deles!”**.

**Paciente 14:** Y.F.O.B. Com 61 anos, sexo feminino, evangélica, aposentada como bancária, mora com filhos e companheiro, renda familiar de 03(três) salários mínimos. Começamos a conversar sobre como ela se sente nesse momento como uma pessoa aposentada e idosa? Ela logo responde que no início foi bom, porque podia cuidar com mais tranquilidade da casa e dos filhos, mas que depois foi se sentindo sozinha, embora com todos em casa, que seus filhos não têm tempo para conversar com ela, que se ela perguntar duas vezes a mesma coisa, eles respondem com gritos, que só a procuram para participar de algo relacionado à vida deles, quando ela tem que ajudar, que gosta de fazer as coisas para todos, gosta de ajudar. **Só tem momentos de troca de atenção e amor na igreja e quando vai à consulta com a enfermeira, porque nem na consulta o médico tem paciência em escutá-la, gostaria muito que essa pesquisa trouxesse à sociedade um olhar para os idosos. Se sente violentada pela sociedade, que não respeita o direito de quem tanto contribui.**

**Paciente 15:** R.A. Com 66 anos, sexo feminino, cozinheira, evangélica, renda familiar de 01(um) salário mínimo, mora com companheiro. Quando perguntamos sobre sua relação com os familiares, logo falou que são muitos ocupados, que “vive sua vida com o seu marido”, que

quando eles (filhos) precisam deles (pai e mãe), aparecem. Que tem uma vida tranquila, porque vai à igreja e lá encontra pessoas que se preocupam com ela e com o marido, no posto de saúde participa de um grupo que ela se diverte, aprende e se sente amada. **Gostaria muito de ter mais opções de encontro com as pessoas que entendam o idoso, seu tempo, porque reconhece que está mais lenta (nesse momento as lágrimas escorrem em sua face)**, mas logo se levanta e diz que está feliz em participar da pesquisa, em poder ajudar aos que estudam a velhice.

**Paciente 16:** J.Y.B.S. Com 62 anos, sexo masculino, evangélico, aposentado como encanador, mora com a companheira, filhos e netos, renda familiar de 03(três) salários mínimos. Quando perguntamos sobre sua relação com os familiares: fala que é boa e que ajuda todos no que pode (percebemos seu compromisso com todos em continuar sendo o provedor principal, inclusive dos netos). Diz que tudo que tem é para seus filhos e netos. Perguntamos se ele participa das decisões em família? Ele **logo diz: “Eu sempre digo que pode contar comigo”**. Diz que se sente muito amado por todos e que sabe que todos estão muito ocupados e não podem perder tempo com um velho. **“Mas tenho a igreja que participo, tenho o posto de saúde que aprendo muito e entendo o que está acontecendo comigo”**.

**Paciente 17:** M.C.V.P. Com 64 anos, sexo feminino, evangélica, aposentada como agente de saúde, mora com filho e companheiro, renda familiar de 02(dois) salários mínimos. Na entrevista, refere que sua relação familiar é boa, mas que sempre faz suas coisas sozinha (nesse momento percebemos ela insatisfeita, embora sua fala é que a relação é boa). Perguntamos sobre como está sendo sua vida de aposentada e idosa, logo responde que não é nada fácil, não se tem muitos recursos nem opções para o idoso, que o que salva ainda é um grupo de idosos que participa no posto e na igreja, que se dependesse dos filhos, estava isolada do mundo (quando percebemos sua insatisfação com a relação familiar). **Fala que talvez na velhice deles, eles entendam que ainda não estamos mortos, que ainda temos sonhos, vontades.**

**Paciente 18:** L.S.L. Com 62 anos, sexo feminino, católica, comerciante, mora com o companheiro. No decorrer da entrevista, relata sua tristeza em relação à falta de atenção dos filhos e da sociedade, **percebe que até no comércio onde sempre trabalhou, não respeitam o tempo do idoso, hoje é tudo muito rápido, ninguém quer parar para explicar nada.** Seus filhos não têm tempo a perder. Quando ela fala que gostaria de conversar com eles, logo perguntam se tem algum problema e já falam que já tem os seus problemas para resolver.

**“Minha sorte é a igreja, que encontro pessoas para conversar e também no posto de saúde”.**

**Paciente 19:** M.A.L. Com 65 anos, sexo feminino, aposentada como professora, mora com 01(um) irmão, solteira, evangélica. Quando perguntamos como é sua relação com seu irmão e outros familiares, responde que é mais ou menos, que nem sempre é boa, que o irmão tem a vida dele, não faz companhia a ela, que ela serve para cuidar das coisas dele, como alimentação, roupas, etc. Que os outros familiares só a procuram quando precisam dela, que ninguém a convida para participar dos eventos da família, porque é idosa. “A tia idosa e solteirona”. **Mas encontra muito amor no grupo de idosos da igreja e também no grupo do posto de saúde. Observa-se que é uma idosa muito ativa, que tenta ocupar seu tempo buscando sempre algo novo.**

**Paciente 20:** M.M.S.A. Com 76 anos, sexo feminino, viúva, pensionista, mora com filhos, netos e noras, renda familiar de 01 (um) salário mínimo. Quando perguntamos como é sua relação com os familiares, logo respondeu que era boa, que eles são muito ocupados, que tem muita gente em casa, mas que se sente sozinha às vezes. Perguntamos por quê? Ela responde que ninguém quer saber da vida dela, se ela está fazendo o que gosta, eles não me proibem de nada, mas também não me apoiam em nada, até para ir ao posto eu vou sozinha, vou a minha igreja sozinha. **Já tive festa de aniversário e não foi ninguém da minha casa (nesse momento começa a chorar), dá uma pausa para tomar água e continua, são muito bons os momentos que passo com as pessoas conversando, sorrindo, fala com muita emoção, o único momento que eu consigo sorrir, me sentir amada é no grupo da igreja no atendimento com a enfermeira no posto.**

**Paciente 21:** M.A.S. Com 62 anos, sexo feminino, cristã, divorciada, doméstica, mora com 02 filhas. Refere ter uma boa relação com os familiares, embora na sua fala queixa-se da falta de participação nos programas das filhas, não são incluídas, poucas são as vezes que elas procuram está com ela nos momentos de lazer, tem saudades do tempo que participava dos momentos de lazer das filhas, hoje se ver apenas com a **opção de lazer no grupo da igreja e o grupo do posto de saúde, onde vivencia momentos alegres com pessoas que lhe dão atenção.** Diz que suas filhas às vezes a incentivam a procurar passear, mas o que ela queria era alguns momentos de lazer com elas, mas justifica que também elas são muito ocupadas.

**Paciente 22:** E.R.S. Com 68 anos, sexo feminino, casada, evangélica, mora com companheiro e filhos, sem renda familiar. Ao falar da sua relação com a família, refere ser boa, mas relata

que nem sempre pode contar com os filhos e maridos, sempre estão ocupados. Sente que a velhice lhe trouxe muitas perdas, inclusive de decisão em relação aos seus gostos, nunca é consultada para nada na decisão das coisas relacionadas à casa, onde ela quem cuida. Fala com os olhos cheios de **lágrimas, que o único lugar que ela se sente respeitada em relação aos seus desejos é no grupo do posto, que está sempre aprendendo a fazer as coisas que gosta a se cuidar melhor e entender seu envelhecimento e termina falando que está se sentindo feliz em poder ajudar nas pesquisas.**

**Paciente 23:** J.S.M. Com 72 anos, sexo feminino, evangélica, viúva, pensionista, mora com 01 (um) filho. Na entrevista, refere que a relação com o filho é boa, mas que ele não tem muita paciência em responder algumas perguntas, às vezes responde gritando. Ela sente falta dos outros filhos, que já estão casados, só aparecem rapidamente em dias comemorativos. Diz que participa do grupo de idosos na igreja e do posto de saúde, onde encontra pessoas para conversar e sorrir. Sentiu muita falta nessa pandemia dos encontros, porque é o único momento que tem de lazer. **Está muito feliz em participar da pesquisa e quer pedir às autoridades que pensem nos idosos, tragam mais “Coisas voltadas para nós” (fala com os olhos cheios de lágrimas).** Diz que o dinheiro é pouco para sair para longe, ver as coisas.

**Paciente 24:** S.M.S. Com 70 anos, sexo feminino, evangélica, divorciada, mora com filha, netos e genro, é aposentada do comércio, renda familiar de 01 (um) salário mínimo. Ao perguntarmos sobre seu relacionamento com os familiares, diz que é bom, mas que se sente cansada, só faz cuidar deles e a casa é muito agitada com os amigos dos netos. E ela não tem seu quarto só, porque o neto veio para o quarto dela, ele fica até tarde fazendo barulho, o único momento que sente **paz é na igreja e também no encontro do posto de saúde, porque ela vivencia as coisas da época boa da vida dela, músicas, etc. Diz que o neto e filha às vezes grita com ela, porque ela não escuta bem e também quando ela não entende as novidades da vida.**

**Paciente 25:** S.R.M. Com 72 anos, sexo feminino, evangélica, viúva, mora com neto, aposentada como atendente de enfermagem. Refere ter uma boa relação com o neto que mora com ela, mas que nem sempre ele está disponível para ficar com ela e acompanhar alguns lugares, se sente sozinha (fala com lágrimas nos olhos). Por outro lado, diz que se sente muito bem quando participava do grupo de idosos da igreja e do posto de saúde, porque são nesses lugares que encontram pessoas que a escutam. Tem muita vontade de conhecer a cidade do

Recife, porque sabe que tem muitos lugares bonitos. **Diz que nunca tomou banho de mar, nunca entrou no cinema, a vida toda foi tomada para trabalhar e criar os filhos.**

**Paciente 26:** S.M.P.S. Com 61 anos, sexo feminino, casada, evangélica, mora com companheiro e 04 filhos, doméstica, renda familiar de 04 (quatro) salários mínimos. Refere que tem uma boa relação com todos, mas que se sente sozinha, porque os filhos são muitos ocupados, sua vida é cuidar da casa e da alimentação deles. Gosta muito de conversar, **o único lugar que encontra pessoas que lhe dar atenção é na igreja e no posto de saúde, quando vai para o grupo de idosos, sorri, aprende, então esquece a solidão de casa.** Ela ressalta que “Gostaria muito de morar no local que tivesse mais opções de lazer para nós idosos, que não temos recursos”.

**Paciente 27:** E.J.S. Com 70 anos, sexo masculino, casado, aposentado, mora com 01 (um) filho e a esposa, renda familiar de 01 (um) salário mínimo. Refere ter uma boa relação com o filho e a esposa, fala que os filhos quase sempre estão ocupados, tem mais amizades na igreja e agora recentemente está indo para o grupo de idosos no posto de saúde, está gostando muito. **Diz que gostaria de ocupar seu tempo com alguma coisa que o fizesse se sentir útil, acredita que nesse grupo de idosos, vá encontrar alguma atividade com mais frequência, porque no posto os encontros são a cada 15 dias, ele fica contando os dias para chegar.**

**Paciente 28:** E.A.S. Com 75 anos, sexo feminino, viúva, protestante, nunca trabalhou, pensionista, renda familiar de 5( cinco) salários mínimos, mora com filha, netos e genro. Diz que nem sempre seus netos podem dar atenção a ela, como também a filha e o genro. Encontra sempre atenção na igreja e no posto de saúde, mas gostaria muito que tivesse outras opções de atividades para idoso perto de casa. Ainda com suas limitações de idade, cuida da alimentação da família, das roupas e casa. **Sente falta de ouvir as músicas que gosta, pois ninguém gosta das músicas que ela gosta, aí não pode escutar.** Chora quando fala do marido, que já faleceu, era o único que acompanhava ela para todo lugar.

**Paciente 29:** B.M.S. Com 68 anos, sexo feminino, evangélica, separada, mora com dois filhos, renda familiar de um salário mínimo, é vendedora de cosmético. Refere ter um bom relacionamento com **os filhos, mas que eles nunca têm tempo para ela, então resolveu o problema da solidão indo vender cosméticos, porque ela conversa com as pessoas e ainda ganha dinheiro.** Participa de grupos na igreja e também no posto de saúde, ainda cuida da casa e das roupas da família, e se sente feliz.

**Paciente 30:** M.M.F.F. Com 70 anos, sexo feminino, evangélica, do lar, mora com neto, nora e filhos, renda familiar de um salário mínimo. Refere que os familiares estão muito ocupados, que nem conta muito com eles. Procura resolver suas coisas sozinha, seu único **lazer é a igreja e o grupo de idosos do posto de saúde. Sente saudades da época em que ela participava dos eventos dos filhos, agora é tudo diferente, “parece que gente não existe”.**