

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**RELAÇÃO ENTRE AMBIENTE FAMILIAR E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS**  
**RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ/BA**

**LUCIANA ARAÚJO DOS REIS**

**NATAL/RN**

**2010**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**RELAÇÃO ENTRE AMBIENTE FAMILIAR E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS**  
**RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ/BA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientanda: Luciana Araújo dos Reis

Orientador: Dr. Gilson de Vasconcelos Torres

**NATAL/RN**

**2010**

Catálogo da publicação na fonte.

R375a

Reis, Luciana Araújo dos.

Relação entre ambiente familiar e capacidade funcional de idosos residentes no município de Jequié-BA / Luciana Araújo dos Reis. – Natal/RN, 2010.

112f.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Gilson de Vasconcelos Torres.

Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde do idoso – Tese. 2. Idoso – atividades cotidianas - tese. 3. Idoso – fatores sócio-econômicos - Tese. 4. Idoso – família. – tese. 5. Idoso – condições de saúde – tese. I. Torres, Gilson Vasconcelos. II. Título.

UFRN/BSCCS

CDU: 616-0539(043.2)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**COORDENADORA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE:**  
**PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. TÉCIA MARIA DE OLIVEIRA MARANHÃO**

NATAL/RN

2010

**Luciana Araújo dos Reis**

**RELAÇÃO ENTRE AMBIENTE FAMILIAR E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS  
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ/BA**

**BANCA EXAMINADORA:**

Presidente da Banca: Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Irany Knackfus (UFRN)

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Adelaide Paredes Moreira (UESB)

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Luciane Soares de Lima (UFPE)

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Eulália Maria Chaves Maia (UFRN)

Aprovado em: 31 de março de 2010.

***“Sessenta anos não são sessenta dias  
Nem sessenta minutos, nem segundos...  
Não são frações de tempo, são fecundos  
Zodíacos, em penas e alegrias.”***

***Vinícius de Moraes***

## Dedicatória

### **À Deus,**

À Deus, fonte inesgotável de amor e fé, por iluminar o meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente. Pela sua presença constante na minha vida, pelo auxílio nas minhas escolhas e pelo conforto e apoio nas horas difíceis.

Obrigada Senhor pela sua benção e pela oportunidade de ter chegado até aqui.

### **Ao meu Pai Rosilson,**

Um dia se foi, deixando para trás um imenso vazio onde antes contava com uma presença marcante, firme e segura. As saudades ainda hoje são grandes, marcam a falta física de um sorriso, um afago, uma palavra. Foi, contudo, no meio dessa ausência que compreendi a dimensão do ser eterno, da porção que fica e que, apesar de invisível, é sensível e vive dentro de mim. Por isso, mesmo que hoje algumas lágrimas se vertem ante a falta de seu abraço, essas não serão suficientes para apagar a certeza de estarmos juntos a dividir toda a emoção deste momento. Hoje, neste dia tão importante, sinto-o presente, dentro de mim, feliz por *nossa vitória*. Sempre vou te amar...



### **À minha mãe Verbena,**

A você, que me deu a vida e me ensinou a vivê-la com dignidade, não bastaria um obrigado. Pela longa espera e compreensão durante as minhas longas viagens, não bastaria um muitíssimo obrigada. A você, mãe, por natureza, por opção e amor, não bastaria dizer, que não tenho palavras para agradecer tudo isso. Mas é o que me acontece agora, quando procuro arduamente uma forma verbal de exprimir uma emoção ímpar. Uma emoção que jamais seria traduzida por palavras. Amo você!

### **Aos meus irmãos, Uellington e Allan, e a minha irmã Luana,**

O que dizer de pessoas tão importantes para mim, são o alicerce de tudo, a base que me sustenta. São aqueles que agüentam minhas reclamações, me amparam nos momentos de tristezas, vibram com as minhas conquistas. A vocês que sempre estiveram comigo nos momentos mais difíceis, que sentiram a minha ausência quando o estudo e o dever me chamaram, que compreenderam a minha falta de tempo, a vocês amores de minha vida, o meu sorriso, o meu carinho, o meu amor e meu obrigada. Eu amo vocês.

### **Aos meus sobrinhos Alan Patrick e Thiago Vinicius, e a pequena Ana Luiza**

À vocês meus pequeninos, que sempre alegram a minha vida. Que mesmo chateados por eu não poder brincar ou assistir filmes, sempre me receberam de braços abertos. A vocês que muitas vezes deixei de atender por estar correndo atrás de um sonho, todo o meu *AMOR*.

**A Gilson de Vasconcelos Torres,**

Mestre não é aquele que ensina o que já está no livro, é aquele que te inspira e te estimula. Ser mestre não é apenas lecionar ou transmitir conteúdo. É ser instrutor, amigo, guia e companheiro. Ser mestre é lembrar que um dia estava no mesmo caminho que eu, engatinhando para um futuro sonhado e desconhecido. Obrigada pela oportunidade concebida de continuação de minha formação profissional, pelo apoio, incentivo e orientações fornecidas durante o transcorrer desse trabalho, assim como a sua compreensão e confiança em minha capacidade de desenvolver essa pesquisa mesmo distante de Natal. Essa vitória é nossa.

**À minha amiga Thaiza Teixeira e a tia Virgínia Maria Teixeira Xavier,**

Obrigada por terem estado ao meu lado, ouvindo meus desabaços, suportando meus estresses e pelo silêncio nas horas de estudo. Obrigada por serem minha família ai em Natal, pelo carinho, atenção e amor a mim dedicado. Todos estes anos vividos em Natal junto à vocês contribuíram para o meu crescimento pessoal e me tornaram uma pessoa melhor. *Eu amo vocês!*

**Ao amigo Marcos Henrique Fernandes,**

Pela prontidão com a qual me ajudou no momento da análise dos dados e elaboração dos artigos, pelas palavras de incentivo e apoio sempre que necessário.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos vocês que contribuíram na construção e realização deste sonho, cada um ajudando de sua maneira:

**Jair Sindra Virtuoso Júnior:** pela enorme ajuda na análise estatística a qual me possibilitou acreditar no meu estudo.

**Ângelo Giuseppe Roncalli:** pela ajuda na análise estatística.

Michael George Germain: pela ajuda nas traduções dos artigos.

**Às Enfermeiras e Agentes de Saúde das Unidades de Saúde** (Centro de Saúde Júlia Magalhães, Unidade de Saúde da Família Padre Hilário, Unidade de Saúde da família José Maximiliano Henríquez Sandoval e Unidade de Saúde da família Padre Hilário);

**À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB):** pelo apoio financeiro.

**Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN:** funcionárias, docentes, discentes e coordenadores pela disponibilidade sempre que eu precisei.

**Aos membros da banca:** especial gratidão por este momento inesquecível.

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 01

Table 1. Distribution of the elderly according to sociodemographic characterization. Jequié/Brazil, 2009.....	39
Table 2. Distribution of the elderly according to health conditions. Jequié/Brazil, 2009.....	40
Table 3. Distribution of the elderly according to degree of dependence in functional capacity. Jequié/BA, Brazil 2009.....	41
Table 4. Distribution of the means of functional capacity (basic and instrumental activities of daily living) according to the age groups. Jequié/BA, Brazil, 2009.....	42

### Artigo 02

Table 1- Distribution of low-income elderly scores on the PFSI.....	54
Table 2- Non-adjusted analysis of the association between sociodemographic characteristics, health conditions, and PFSI and functional capacity impairment in low-income elderly.....	55
Table 3 – Multivariate analysis results of factors associated to functional capacity impairment in low-income elderly.....	56

### ARTIGO 03

Tabla 01. Distribución de los ancianos según su caracterización sociodemográfica. Jequié/BA, 2009.....	72
Tabla 02. Distribución de los ancianos según su estado de Salud. Jequié/BA, 2009.....	73
Tabla 03. Distribución de los ancianos tomando como referencia la mediana de los dominios del Inventario de Percepción del Apoyo Familiar. Jequié/BA, 2009....	74

## SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	xi
Resumo.....	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3. ANEXAÇÃO DOS ARTIGOS.....	24
3.1 ARTIGO I .....	25
- Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/northeast Brazil	
3.2 ARTIGO II.....	43
- Relationship between family environment and functional capacity in low-income elderly	
3.3 ARTIGO III.....	57
- Percepción del soporte familiar en ancianos residentes en su domicilio	
4. COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E CONCLUSÕES.....	75
5. APÊNDICES.....	84
6. ANEXOS.....	87
7. REFERÊNCIAS.....	107
8. ABSTRACT.....	111

## RESUMO

**Objetivo:** O propósito dessa investigação foi analisar a relação entre ambiente familiar e capacidade funcional de idosos residentes em domicílio. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa do tipo analítica com delineamento transversal e abordagem quantitativa, tendo uma amostra representativa de 235 idosos, com média de idade de 73,52 ( $\pm 9,41$ ) anos, cadastrados em quatro Unidades de Saúde do bairro do Jequezinho, no município de Jequié, Bahia. A coleta de dados foi realizada com a aplicação de quatro instrumentos: Caracterização sociodemográficos e de saúde; Índice de Barthel (Atividades básicas de vida diária) e Escala de Lawton (Atividades instrumentais de vida diária) utilizados para avaliar a capacidade funcional e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar. Para análise estatística foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão e mediana) e o cálculo da respectiva razão de chances mediante regressão logística binária, para análise de fatores hierarquicamente agrupados;  $p < 0,05$ . **Resultados:** Encontrou-se uma maior distribuição de 69,80% dos idosos classificados como dependentes nas atividades básicas de vida diária, sendo mais frequentes os idosos com dependência do tipo leve 41,70% (n=98). E nas atividades instrumentais de vida diária 61,30% (n=144) dos idosos foram denominados dependentes, verificando-se uma maior distribuição de dependência do tipo parcial, 31,90% (n=75). Quanto à percepção do suporte familiar, no domínio Afetividade-Consistência, a maioria dos idosos apresentou pontuação alta 71,10% (n=167), no domínio Adaptação-familiar, houve uma maior frequência de idosos com pontuação baixa 44,70% (n=105) e no domínio Autonomia houve uma maior distribuição de idosos com pontuação alta 48,90% (n=115). Na pontuação total do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, houve uma maior

freqüência de idosos com pontuação alta 40,90% (n=96) pontos. Verificou-se diferença estatística significativa entre comprometimento da capacidade funcional em relação às atividades básicas de vida diária e as variáveis, estado civil viúvo ( $p=0,004$ ) e casado ( $p=0,020$ ), presença de problemas de saúde ( $p= 0,010$ ) e seqüelas ( $p<0,001$ ), pontuação alta do domínio Afetividade-Consistência ( $p=0,030$ ) e pontuação Médio-Alta do domínio Adaptação-Familiar ( $p=0,010$ ). Enquanto que em relação ao comprometimento da capacidade funcional referente às atividades instrumentais de vida diária não foi encontrada diferença estatística significativa com as variáveis do estudo e com os domínios do Inventário de Percepção do Suporte Familiar. **Conclusões:** Diante dos resultados encontrados verificou-se que a maioria dos idosos estudados apresentou precárias condições socioeconômicas e de saúde, comprometimento de pelo menos dois domínios do Inventário de percepção do suporte familiar e elevado grau de limitação funcional. Constatou-se ainda que o ambiente familiar estar relacionado com as limitações funcionais de idosos residentes em domicílio.

**Descritores:** Saúde do idoso. Atividades cotidianas. Fatores socioeconômicos. Família. Condições de Saúde.



## 1 - INTRODUÇÃO

Diante do rápido envelhecimento populacional brasileiro, percebe-se que a organização do sistema público de saúde ainda, não conseguiu se desenvolver com a mesma rapidez. Apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam muito restritas na oferta de serviços e programas de saúde pública, como na amplitude da sua intervenção. Quando se trata de idosos residentes em domicílios de áreas periféricas, esta situação é ainda mais grave, pois estes idosos apresentam elevado grau de problemas de saúde e de incapacidades funcionais, e não se beneficiam da maioria dos programas relacionados à terceira idade que visam sua qualidade de vida e interação com a sociedade, dessa forma, a sobrecarga sobre a família tende a ser maior.

Dada à importância da família como órgão de apoio e saúde, a impossibilidade do idoso poder dispor destes recursos poderá levá-lo a situações de morbidade significativa, seja sob o prisma físico, psíquico ou social. Uma série de complicações derivadas de insuficiências materiais, psicológicas ou afetivas do grupo familiar em relação ao idoso poderá levá-lo a situações de agressão potencial ou afetivo, físico ou psíquico que acabam por interferir na capacidade funcional do idoso <sup>(1)</sup>.

A capacidade funcional é um determinante da condição de saúde e bem estar das pessoas idosas. Dessa forma, a identificação dos fatores que aceleram o processo natural de perda da capacidade funcional com a idade cronológica é fundamental na adoção de estratégias efetivas de saúde, bem como, na implementação de políticas públicas que favoreçam a preservação da capacidade funcional em idosos. Quando ocorre

comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o cuidado de si, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande, conduzindo o idoso à perda da independência e autonomia, comprometimento da qualidade de vida e conseqüentemente levando-o a incapacidade funcional <sup>(2)</sup>.

O conhecimento das condições de apoio familiar, do ambiente físico e estado psíquico do idoso, é para o profissional de saúde um elemento indispensável na suas atividades. O desenvolvimento de mecanismos de assistência domiciliária à saúde do idoso impõe-se como indispensável, em todos os níveis sociais, seja por suas características de respeito à individualidade e privacidade do idoso; seja pela possibilidade de minimizar o estresse inerente à atenção à saúde, aumentando a possibilidade de aceitação dos cuidados e conseqüente eficiência dos procedimentos, seja pela notável redução que supõe nos recursos materiais destinados a cada idoso <sup>(3)</sup>.

Mediante a escassez de estudos epidemiológicos sobre a interferência da dinâmica familiar na capacidade funcional de idosos, bem como das experiências vivenciadas na atuação docente por meio da Disciplina Fisioterapia Aplicada à Saúde do Idoso e Estágio Supervisionado em Fisioterapia I e II (Área de Concentração em Neuro-Geriatria). E do Desenvolvimento do Projeto de Extensão Saúde do Idoso na Família, Asilo e na Comunidade: vivenciando rede de suporte social no cuidado ao idoso cadastrado junto à Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB e com os resultados encontrados na dissertação de mestrado “A influência da dor crônica decorrente de doenças osteomusculares na capacidade funcional de idosos institucionalizados” temos por objeto de estudo a interferência da dinâmica familiar na capacidade funcional de idosos residentes em domicílio.

Nesta perspectiva, de envelhecimento populacional acelerado, a longevidade além de propiciar a ocorrência das alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, também tem feito com que os indivíduos ao viver mais anos de vida possibilidade aumentada de desenvolver doenças crônico-degenerativas, com provável instalação de incapacidades.

Mais do que uma simples mudança nos pesos relativos dos vários subgrupos no total populacional, esse processo traz mudanças expressivas no curso da vida das pessoas, redefinindo relações de gênero, arranjos e responsabilidades familiares e alterando o perfil e as demandas por políticas públicas. Partindo do pressuposto de que geralmente, o avanço da idade vem acompanhado por algum grau de perda da autonomia e independência dos indivíduos, fazendo com estes necessitem de cuidados da família, chegou-se ao seguinte questionamento: Qual a relação entre o ambiente familiar e a capacidade funcional de idosos residentes em domicílio?

A hipótese alternativa apresentada neste estudo é que o ambiente familiar estar relacionado com as limitações funcionais em idosos residentes em domicílio. Com base no exposto, surgiu a necessidade da realização de um estudo com temática focalizada na relação entre ambiente familiar e capacidade funcional de idosos residentes em domicílio.

Este estudo justifica-se à medida que propicia uma reflexão sobre as questões socioeconômicas e de saúde de idosos em domicílio, buscando sensibilizar a população em geral quanto à inserção deles no contexto social, econômico e de saúde. Com o aumento no número de idosos na sociedade brasileira tem ocorrido uma tendência ao aumento no número de institucionalizações de idosos, principalmente os idosos dependentes e as instituições asilares em geral não possuem condições estruturais e de recursos humanos para atender às reais necessidades de saúde/doença desta população.

Ademais, denota-se, ainda significativa relevância científica e social no campo da Fisioterapia e da equipe de saúde, uma vez que representa a possibilidade de contribuição ao trabalho com idosos, o avanço no campo da pesquisa, enfocando, da mesma forma, a importância da reorientação do ambiente familiar na prestação do cuidado ao idoso como meio primordial de promover ao idoso independência e autonomia, com conseqüente preservação da capacidade funcional.

Nesta perspectiva este estudo tem por objetivos:

#### **GERAL:**

- Analisar a relação entre ambiente familiar e a capacidade funcional de idosos residentes em domicílio.

#### **ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar as condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio;
- Descrever o ambiente familiar de idosos residentes em domicílio quanto à adaptação familiar, autonomia e afetividade;
- Avaliar a capacidade funcional de idosos residentes em domicílio;
- Verificar a relação entre ambiente familiar quanto à adaptação familiar, autonomia e afetividade na capacidade funcional de idosos residentes em domicílio.

## 2 - REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, a Organização Mundial de Saúde/ OMS prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muitos idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento. Ainda de acordo com a mesma fonte a maior parte dessas pessoas (aproximadamente 75%) vive nos países desenvolvidos <sup>(4)</sup>.

Esse acelerado processo de envelhecimento populacional, e os recentes aumentos na expectativa de vida, inclusive entre as pessoas de 60 anos ou mais, têm chamado atenção sobre as condições de saúde durante esses anos adicionais de vida e sobre a incidência futura de morbidade, morbidade múltipla, disfuncionalidade e mortalidade entre os idosos <sup>(5)</sup>.

O processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades tanto físicas, como cognitivas dos idosos, de acordo com as suas características de vida. Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressam satisfação na vida <sup>(6)</sup>.

Segundo a teoria do desenvolvimento humano <sup>(7)</sup> o indivíduo desenvolve suas capacidades até os 20 ou 31 anos, e após esta idade, o seu desempenho funcional vai declinando até atingir patamares indesejáveis, comprometendo a capacidade de realização de tarefas cotidianas. O processo de envelhecimento pode ser definido como a soma de todas as alterações biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem com o passar

dos anos, vários efeitos negativos podem prejudicar uma boa qualidade de vida e levar a limitações funcionais desta população <sup>(8)</sup>.

Percebe-se que nas alterações relacionadas com a idade estão a presença de fatores de risco e a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, que determinam para o idoso certo grau de dependência, relacionado diretamente com a perda de autonomia e dificuldade de realizar as atividades básicas de vida diária, interferindo na sua qualidade de vida <sup>(9)</sup>.

A capacidade do indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias à manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar certa distância são definidos como capacidade funcional <sup>(10-11)</sup>.

Em estudo realizado no interior do Nordeste constatou-se que idosos com dependência para realizar atividades instrumentais de vida diária tendem a aumentar mais sua dependência com o passar dos anos. A incapacidade para as atividades de vida diária está relacionada a fatores como: socioeconômicas, nível de escolaridade, idade, gênero, condições cognitivas e morbidades associadas <sup>(12-13)</sup>.

A incapacidade funcional é uma condição multifatorial que difere em relação a: causas, natureza, forma de aparecimento, ritmo e implicações sociais, consistindo mais em um processo do que em um estado estático <sup>(11)</sup>. Verbrugge e Jette <sup>(12)</sup> propõem um modelo teórico do processo de tornar-se incapaz, considerando três aspectos: (i) fatores *predisponentes* (características sócio-demográficas); (ii) fatores *intra-individuais* (estilo de vida, atributos psicossociais, mudanças de comportamento, maneiras de lidar com as dificuldades, com as doenças e com as modificações de atividades que podem afetar o

processo de incapacidade); e (iii) *extra-individuais* (intervenções dos serviços de saúde e de reabilitação, uso de medicamentos, suportes externos e ambiente físico e social).

A perda da capacidade funcional está associada à predisposição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, e gerando cuidados de longa permanência e alto custo <sup>(13)</sup>. É imprescindível que, na prestação de cuidados aos idosos, a família esteja devidamente orientada sobre a importância do estímulo do idoso para atividades de vida diária, uma vez que freqüentemente a imobilidade na terceira idade é incentivada pela família que considera a velhice como tempo de descanso <sup>(14)</sup>.

Alguns estudos têm apontado a existência da reciprocidade entre a saúde das pessoas idosas e estrutura e conformação das relações familiares, já que, por um lado, a deteriorização da saúde pode levar a redefinir os arranjos familiares, assim como certas estruturas familiares; e pelo outro, o tipo e características da rede familiar pode levar a diferentes riscos de doenças e morte <sup>(13-15)</sup>.

O suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é tido como benéfico, no membro da família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório <sup>(16)</sup>. Desta forma, compreende-se ser fundamental para o planejamento assistencial adequado ao idoso, a compreensão de seu contexto familiar o que implica na compreensão das questões que envolvem a formação e a dinâmica de funcionamento das famílias em geral.

A família é um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo <sup>(17)</sup>. Cada pessoa tem e terá ao longo de sua existência, várias famílias (a de seus

ancestrais, a de sua infância, a de sua adolescência, a de sua vida adulta e de sua velhice), assumindo em cada fase características peculiares, mas mantendo a função primordial, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando o seu desenvolvimento <sup>(18)</sup>. Nesse estudo foram adotadas como família as pessoas que residem no mesmo ambiente familiar do idoso, participando assim de seu dia-a-dia.

A Dinâmica familiar é descrita, segundo Mazza e Lafevre <sup>(19)</sup>, em termos da adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade de resolução da família junto aos seus membros e segundo Mioto e Stamm <sup>(20)</sup> é “o movimento das relações familiares que vão se estabelecendo no interior das famílias no decorrer de sua história”.

As relações com familiares são as que os idosos vivem com mais assiduidade e intensidade. A partir do momento que muitos deles perdem sua capacidade funcional, como um resultado próprio do envelhecimento passa a ficar mais tempo dentro de casa, e, conseqüentemente, convivem mais tempo com aqueles com quem moram e necessitam de cuidados familiares<sup>(21)</sup>.

A dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados. A evolução dessa dependência pode modificar-se ou até ser prevenida, se houver ambiente e assistência adequadas, constituindo uma das soluções do problema representado pelo envelhecimento dependente, o delineamento de uma política que envolva todos os setores da sociedade, e não apenas o governo, através do estabelecimento de programas que atendam ao idoso e sua família<sup>(22)</sup>.



Frente às transformações nas estruturas familiares, questiona-se quanto ao impacto causado pela presença de idosos com limitações funcionais importantes na dinâmica de funcionamento das famílias bem como das conseqüências disto no equilíbrio da estrutura familiar. Supõe-se que, em condições de disfuncionalidade, as famílias poderiam ter a sua capacidade assistencial prejudicada e assim não conseguiriam prover adequadamente o atendimento sistemático das necessidades de cuidados de seus parentes idosos, podendo desta forma interferir na independência, autonomia e qualidade de vida dos idosos <sup>(23)</sup>.

Observa-se a necessidade cada vez mais premente de serem estabelecidos esquemas assistenciais efetivos e dinâmicos capazes de assistir as demandas crescentes dos idosos e de suas famílias de forma a permitir que ambos encontrem conjuntamente uma solução terapêutica efetiva e adequada. Em que o equilíbrio familiar seja a meta melhorando assim a assistência ao idoso e diminuindo os custos emocionais da própria família, favorecendo a manutenção da capacidade funcional e melhora na qualidade de vida destes <sup>(24)</sup>.

### **3– ANEXAÇÃO DOS ARTIGOS**

**3.1 ARTIGO I: Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/northeast Brazil**

**Periódico: Revista Arquivos de Neuro-Psiquiatria (B2)**

**Situação: Publicado**

**3.2 ARTIGO II: Relationship between family environment and functional capacity in low-income elderly**

**Periódico: Revista Physiotherapy (B2)**

**Situação: Submetido**

**3.3 ARTIGO III: Percepción del soporte familiar en ancianos residentes en su domicilio**

**Periódico: Revista Latino-America de Psicologia (B2)**

**Situação: Submetido**

### **3.1 ASSESSMENT OF FUNCTIONAL CAPACITY IN ELDERLY RESIDENTS OF AN OUTLYING AREA IN THE HINTERLAND OF BAHIA/NORTHEAST BRAZIL**

**Gilson de Vasconcelos Torres<sup>1</sup>**

**Luciana Araújo dos Reis<sup>2</sup>**

**Luana Araújo dos Reis<sup>3</sup>**

**Study site:** Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Brazil.

**Conflict of interest:** The authors declare that there is no conflict of interest.

**Funding:** State University of Southwest of Bahia / UESB.

**Corresponding author:** Luciana Araújo dos Reis. Rua i, nº15, Urbis III, Jequiezinho.

45200-000. Jequié/BA, Brazil Tel: 55-73-35267189.

---

<sup>1</sup> Nurse, Doctorate in Nursing/EERP-USP, Professor of the Postgraduate Program in Health Sciences/CCS-UFRN, Research advisor. E-mail: [gvt@ufrnet.br](mailto:gvt@ufrnet.br).

<sup>2</sup> Physical therapist, doctoral student in Health Sciences/PPGCSA-UFRN, Professor at the State University of the Southwest of Bahia. E-mail: [cianareis@hotmail.com](mailto:cianareis@hotmail.com).

<sup>3</sup> Undergraduate in the Nursing course of the Faculty of Technology and Sciences (FTC).

## ABSTRACT

**(Objective)** Assess the functional capacity and determine the difference between the means of functional capacity (basic and instrumental activities of daily living) and the age groups of elderly residents in an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast of Brazil.

**(Methods)** Analytical study with cross-sectional design and a sample of 150 elderly individuals enrolled in four Health Units in the municipality of Jequié, Bahia, Brazil. The instrument consisted of sociodemographic and health data, the Barthel Index and the Lawton scale. **(Results)** In all, 78.00% of the elderly were classified as dependent in the basic activities and 65.33% in the instrumental activities of daily living. Using the Kruskal-Wallis test, we found a statistically significant difference between the means of instrumental activities and the age groups ( $p= 0.011$ ). **(Conclusion)** An elevated number of elderly were classified as dependent in terms of functional capacity and increased age is related to greater impairment in the execution of instrumental activities of daily living.

**Keywords:** elderly, daily activities, social and health conditions.

# AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS RESIDENTES EM ÁREA PERIFÉRICA NO INTERIOR DA BAHIA/NORDESTE DO BRASIL

## RESUMO

**(Objetivo)** Avaliar a capacidade funcional e averiguar a diferença entre as médias da capacidade funcional (atividades básicas e instrumentais de vida diária) e os grupos etários de idosos residentes em áreas periféricas no interior da Bahia/Nordeste do Brasil.

**(Métodos)** Pesquisa analítica com delineamento transversal e amostra de 150 idosos, cadastrados em quatro Unidades de Saúde no município de Jequié/BA. O instrumento foi constituído de: dados sociodemográficos e de saúde; Índice de Barthel e Escala de Lawton. **(Resultados)** 78,00% dos idosos foram classificados como dependentes nas atividades básicas e 65,33% nas atividades instrumentais de vida diária. Mediante aplicação do teste de Kruskal-Wallis encontrou-se diferença estatística significativa entre as médias das atividades instrumentais e os grupos etários ( $p= 0,011$ ). **(Conclusão)**

Constatou-se elevado número de idosos classificados como dependentes quanto à capacidade funcional e que o aumento da idade está relacionado com um maior comprometimento na realização das atividades instrumentais de vida diária.

**Descritores:** Idosos, atividades cotidianas, condições sociais e de saúde.

## INTRODUCTION

The aging population poses one of the greatest challenges to public health, mainly in countries where this phenomenon occurs in situations of poverty and great social inequality. The aging world population, which began in developed countries, has shown unprecedented growth levels in underdeveloped countries <sup>1-2</sup>.

There are several aging modes in Brazil, according to socioeconomic condition, sex, access to information and education, culture and region where the elderly inhabit. Analysis of each region's profile shows inequalities in the North and Northeast, which are marked by poverty and a life expectancy 10 years lower than that found in the Southeast of the country. Thus, in Brazil, according to the situation and location of the individual, aging and the aging state itself will be affected and will dictate how this person will experience this stage of life <sup>3</sup>.

The aging process also has repercussions on health. As individuals age, a higher percentage of chronic non-transmissible diseases emerge and at least one illness or chronic condition is reported by 69% of elderly Brazilians, with a higher proportion in women (75%) than in men (62%) <sup>4</sup>.

The aging population and the increased prevalence of chronic diseases have caused a growth in physical and/or mental incapacities among elderly Brazilians, a fact that poses a number of challenges for families and for society, in addition to being a risk to the quality of life of these older individuals. It is estimated that 10% of Brazilians older than 65 years need help with basic self-care activities and that 40% require assistance in the instrumental activities of daily living, accounting for more than 6 million individuals and families <sup>5</sup>.

Functional capacity represents the independence of persons in living and performing the physical and mental activities needed to maintain their basic and instrumental activities. These include bathing, dressing, grooming, toilet use, feeding, continence, preparing meals, handling finances, handling medication, housekeeping, shopping, using transportation, using the telephone and walking a certain distance <sup>6</sup>.

Impaired functional capacity, besides being the most serious consequence of chronic pathologies in the elderly, affects the psychological status and the use of long-term health care services. Incapacity refers to problems in social functioning and in the performance of normal activities of daily living and to socially defined roles within a particular sociocultural and physical environment <sup>7</sup>.

The inhabitants of outlying areas are the most affected by the lack of health policies and of public and social programs, given that investments in health and welfare areas are irregular and sporadic. Thus, studies of this nature are needed in outlying regions to obtain a clear picture of the health situation of this population. These studies should be aimed at providing the elderly with more integrated care, in addition to creating health programs to minimize dependence in instrumental and basic activities of daily living. As a result these individuals may be able to age with autonomy and independence.

Accordingly, the aim of this study is to assess the degree of functional capacity and determine the difference between the means of functional capacity (basic and instrumental activities of daily living) and the age groups of elderly residents in an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast of Brazil.

## METHODS

This is an analytical study with a cross-sectional design, conducted in the rural community of Jequié, Bahia, in the Northeast of Brazil, between September and November 2008. The sample was composed of 150 elderly individuals, randomly selected by draw with replacements from the health units in the district of Jequiezinho. A total of 10% of the residences containing elderly persons from each of the four health units were included.

This study adhered to the ethical principles contained in the Declaration of Helsinki and in Resolution no. 196/96 of the National Health Council. The research protocols were assessed and approved by the Ethics Committee for Research in Human Beings of the State University of the Southwest of Bahia (protocol no. 189/2008).

The inclusion criteria were: being mentally competent (score above 23 points on the Mini Mental State Examination/MMSE<sup>8</sup>) to respond to the research instrument and agreeing to take part in the study or having participation authorized by the caregiver and signing the informed consent form.

The data collection instrument consisted of two parts. The first part involved sociodemographic characterization (age range, sex, schooling, type of income, income level, marital state and free time activities) and health conditions (health problems and sequelae, type of sequelae). The second part consisted of Barthel's Index<sup>9</sup> and Lawton's Scale<sup>10</sup>, which are used to evaluate functional capacity.

Barthel's Index is composed of 10 items: feeding, bathing, grooming, dressing, bowels, bladder, toilet use, transfers to bed and chair and back, mobility and stairs. The score corresponds to the sum of all the points obtained. Individuals who attain the



maximum score of 100 are considered independent and those scoring below 50 points indicate dependence in activities of daily living.

Lawton's Scale encompasses the more complex activities needed for greater social independence, such as: using the telephone, shopping, preparing meals, housekeeping or working in the garden, household repairs, doing the laundry, using transportation, handling medication and managing personal and/or household finances. For each question the first response means independence, the second partial dependence or capacity with help and the third dependence. The maximum score is 27 points. In this study, we adopted the following classification: independence (27 points), partial dependence (26 to 18 points) and total dependence ( $\leq 18$  points).

The data collected were organized into an electronic database using SPSS 13.0 software. Descriptive statistics were used to calculate absolute and relative frequency (categorical variables). The mean and standard deviation (quantitative variables) were also calculated. Inferential statistical analysis was applied using the Kruskal-Wallis test, given that the Kolmogorov-Smirnov test for normality showed that the sample data were not normally distributed. In addition, quartile values were used as reference to define the age groups.

## RESULTS

Of the 150 elderly studied, 68.67% were women, with a mean age of 74.47 ( $\pm$  9.42) years, ranging from 60 to 106 years. With respect to schooling level, 61.33% of the elderly were illiterate, 46.67% were married and 33.33% widowed (Table 1).

In regard to profession, 48.70% were farmhands and 24.70% were domestics. Currently 73.33% are retired, 14.67% have no income and 83.33% earn only one minimum monthly wage (R\$415.00  $\approx$  US\$200.00 Dec 2008). In terms of free time, 78.67% of the elderly reported engaging in no activities during this period.

< Insert Table 01 >

As to health conditions, 94% reported having health problems, but only 76.70% were taking medication. The most frequent pathologies were hypertension (22.70%), diabetes mellitus (11.30%) and arthrosis (8%). The presence of sequelae was found in only 21.33% of the elderly, the most frequent being neurological (15.30%).

< Insert Table 02 >

With respect to the basic activities of daily living, 78% of the elderly were classified as dependent, slight dependence being the most frequent (40%) with a mean of 63.17 ( $\pm$  29.63) points. The instrumental activities of daily living (65.33%) were classified as dependent, with greater distribution of total dependence and a mean of 19.99 ( $\pm$  6.92) points.

< Insert Table 03 >

The Kruskal-Wallis test showed a statistical difference only between instrumental activities of daily living and age groups ( $p= 0.011$ ).

<Inserir Tabela 04>

## **DISCUSSION**

Functional limitations can be considered as the process that precedes the condition of incapacity. Identifying the factors related to functional limitations allow the elaboration of public policies aimed at preserving independence in the elderly.

Population studies show a strong association between socioeconomic status and functional limitation in the elderly <sup>5</sup>. In general, a decline in functional conditions is expected with advancing age. Furthermore, individuals with low schooling levels and low income have more functional limitations compared to persons with higher socioeconomic levels<sup>7</sup>. Interventions that may decrease functional capacity impairment in the elderly population must be explored to develop new prevention and treatment strategies that reduce functional consequences, specifically in low-income elderly, since they are more predisposed to functional capacity impairment than are the general population.

The sociodemographic characteristics of the subjects in this study corroborate those found in the literature in terms of prevalence in women (68.67%), married individuals (46.67%), low income (83.33%) and schooling level (61.33% illiterate). These data reveal that the elderly residents of outlying areas have a lower socioeconomic level, more compromised health, more physical and mental morbidity and serious social demands.

According to the demographic census of 2000, 55.1% of elderly Brazilians were women, 51.85% were married and 28.50% were widowed. The access to schooling for this group was less than that of the general population. The income of these individuals was lower than the national average, in which 27.4% earn one minimum monthly wage <sup>11</sup>.

With respect to health conditions, hypertension was the most frequently reported chronic disorder, confirming observations from earlier investigations on elderly populations. In a study conducted in Minas Gerais, hypertension prevalence of 37% was found for men and 50% for women <sup>12</sup>.

Maintaining and preserving the functional capacity of the elderly to perform the basic and instrumental activities of daily living are fundamental points for prolonging their independence for as long as possible and maintaining their functional capacity <sup>13</sup>.

The present study found a high degree of incapacity in the elderly assessed (78% in the ADLs and 65.33% in the BADLs). Population studies show that around 40% of the elderly aged 65 years or older need some type of help to perform their activities of daily living, such as handling finances, preparing meals and housekeeping and a lower significant portion of 10% require help to perform basic tasks, such as bathing, dressing, going to the bathroom, feeding and transferring to chairs and beds and back <sup>14</sup>.

Of the adults between 65 and 75 years of age, 5.3% need assistance to perform basic daily activities (bathing, dressing, walking, using the toilet and transferring from the bed to a chair). A little less than 6% need help in daily activities (cooking, shopping, using the telephone, domestic chores and handling personal finances). At 85 years of age, these indices increase dramatically to 35% and 40% respectively <sup>15</sup>.

In the present study it was found that most elderly (40%) exhibited slight dependence in the ADLs, that is, impairment in at least two of the Barthel Index activities.

This may be explained by the fact that because the mean age of the elderly was 74 years, impaired functional capacity was still in the early stages. These data are corroborated in the Brazilian literature and in other countries, which affirm that each year around 10% of adults over the age of 75 years lose their independence in one or more basic activities of daily living, such as: bathing, dressing, feeding and grooming <sup>16</sup>.

Results of a study conducted in São Paulo show that more than half of the population (53%) reported needing partial or total help to perform at least one of the activities of daily living. It was also found that 29% of the elderly needed partial or total help to perform up to three of these activities and 17% needed help to perform four or more activities of daily living <sup>17</sup>.

In regard to the capacity to perform the BADLs, it was detected that 33.33% of the elderly displayed total dependence. These data contradict the results found in a study carried out in Goiânia, Brazil, in which 68.4% of the elderly showed slight dependence and only 4.2% total dependence <sup>18</sup>.

The present study showed that increased aging is related to greater impairment in the capacity to execute instrumental activities of daily living. In general, a decline in the capacity to perform instrumental activities of daily living is expected with increased chronological age. Individuals in the older age groups exhibited higher prevalence of functional incapacity. Functional limitations are usually more frequent in older individuals because of their longevity<sup>7</sup>.

Given that the functional capacity of a human being declines with age, strategies that improve the lifestyle of the elderly of this region are needed, mainly with respect to programs that promote the following: improvement of muscle and joint strength; treatment and rehabilitation of the functional capacity of urinary and bowel sphincters; social

integration in and out of the family context; construction of an adequate elderly support system; permanent education over their entire lifetime and recognition of the individual and population aging process. These measures might minimize functional dependence and result in an aging process with autonomy and better quality of life for the elderly.

It should be emphasized that the results of the present study cannot be generalized for the entire population of the Bahia hinterland, given that the sample studied was homogeneous in terms of sociodemographic aspects. Moreover, this study describes the specific situation of elderly individuals living in the outlying area of a city in the hinterland of Northeast Brazil. Hence, new studies are fundamental for drawing the functional profile of elderly residents in other outlying areas to provide information that could help in developing programs and interventions in the field of elderly health.

## REFERENCES

1. Garcia RA, Carvalho JAM. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3): 725-733.
2. Giatti L, Barreto SM, Lima MFC. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3): 735-743.
3. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria* 2006; 28(1): 27-38.

4. Reis LA, Mascarenhas CHM, Costa AN, Lessa RS. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2007; 31(2): 324-32.
5. Guimarães LHCT, Galdino DCA, Martins FLMM, Abreu SR, Lima M, Vitoriano DFM. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista de Neurociências* 2004; 12(3):15-26.
6. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de saúde Pública* 2005; 39(4): 53-59.
7. Virtuoso Junior JS, Guerra RO. Fatores associados à limitações funcionais em idosos de baixa renda. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2008; 54(5): 00-00
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal Psychiatric Research* 1975;12:189-198.
9. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14: 61-5.
10. Lawton MP, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-86.
11. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index2.html>. Acesso em 20 de março de 2007.
12. Mendez-Chacon E, Santamaria-Ulloa C, Rosero-Bixby L. Factors associated with hypertension prevalence, unawareness and treatment among Costa Rican Elderly. *BMC Public Health* 2008;8:275.

13. Trelha CS, Nakaoski T, Franco SS et al. Capacidade Funcional de idosos restritos ao domicílio, do conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Londrina/PR. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* 2005; 26(1): 37-46.
14. Silva MJ, Lopes MVO, Araújo MFM, Moraes GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. *Acta Paulista de Enfermagem* 2006; 19(2): 201-6.
15. Costa CC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paulista de Enfermagem* 2006; 19(1): 196-200.
16. Gaspar JC, Oliveira MAC, Duayer FF. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem/USP* 2007; 41(4): 207-12.
17. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24(6): 360-8.
18. Santos KA et al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(11): 160-8.



## TABLES

Table 1. Distribution of the elderly according to sociodemographic characterization.

Jequié/Brazil, 2009.

<b>Sociodemographic characteristics</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sex</b>		
Female	103	68.67
Male	47	31.33
<b>Schooling</b>		
Illiterate	92	61.33
Literate	58	38.67
<b>Marital Status</b>		
Married/Common Law	70	46.67
Single	15	10.00
Widowed	50	33.33
Separated/estranged/divorced	15	10.00
<b>Free time activities</b>		
None	118	78.67
Takes care of the house	17	11.33
Watches TV + listens to radio	8	5.33
Works	5	3.33
Church + TV	2	1.33
<b>Type of income</b>		
Retirement pension	110	73.33
Other pension	15	10.00
Retirement and other pension	2	1.33
No income	22	14.67
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.00</b>

Source: Study data

**Table 2. Distribution of the elderly according to health conditions. Jequié/Brazil, 2009.**

<b>Health conditions</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Health problems</b>		
Yes	141	94.00
No	9	6.00
<b>Presence of sequelae</b>		
Yes	32	21.33
No	118	78.67
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.00</b>

Source: Study data

**Table 3. Distribution of the elderly according to degree of dependence in functional capacity. Jequié/BA, Brazil 2009.**

<b>Functional Capacity</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Basic activities of daily living</b>		
Independent	33	22.00
Dependent	117	78.00
Slight dependence ( $\geq 60$ Points)	60	40.00
Moderate dependence (55-20 Points)	34	22.67
Dependent (<20 Points)	23	15.33
<b>Instrumental activities of daily living</b>		
Independent	52	34.67
Dependent	98	65.33
Partial dependence (26-18 points)	48	32.00
Total dependence ( $\leq 18$ points)	50	33.33
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,00</b>

Source: Research data

**Table 4. Distribution of the means of functional capacity (basic and instrumental activities of daily living) according to the age groups. Jequié/BA, Brazil, 2009.**

			<b>Mean</b>	<b>p-</b>
	<b>Age Group</b>	<b>n</b>	<b>Rank</b>	<b>value</b>
<b>Activities of Daily Living</b>	≤ 70 years	52	73.44	0.872
	71 - 77 years	49	75.26	
	> 77 anos	49	77.93	
<b>Instrumental Activities of Daily Living</b>	≤ 70 years <sup>a</sup>	52	85.81	0.011*
	71 - 77 years <sup>a</sup>	49	78.98	
	> 77 years <sup>b</sup>	49	61.08	
<b>Total</b>		150		

Source: Research data \* Statistically significant difference.

Legend: Equal letters: assessment of instrumental activities of daily living are similar.

Different letters: assessment of instrumental activities of daily living are different.

### 3.2 RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY ENVIRONMENT AND FUNCTIONAL CAPACITY IN LOW-INCOME ELDERLY

Luciana Araújo dos Reis<sup>4</sup>

Gilson de Vasconcelos Torres<sup>5</sup>

#### ABSTRACT

**(Objective)** The aim of this study was to analyze the relationship between family environment and functional capacity in low-income elderly. **(Method)** This is a cross-sectional study with a sample of 235 elderly individuals living in the municipality of Jequié/Brazil. The instrument consisted of: sociodemographic and health data: Mini-Mental State Examination; Barthel's Index and Perception of Family Support Inventory (PFSI). Statistical analysis was carried out at a significance level of  $p < 0.05$ , using binary logistic regression for analysis of hierarchically clustered factors. **(Results)** A statistically significant difference was found between impaired functional capacity and the variables widowed ( $p = 0.004$ ) and married ( $p = 0.020$ ), presence of health problems ( $p = 0.010$ ) and sequelae ( $p < 0.001$ ), high score in the Affectivity-Consistency domain ( $p = 0.030$ ) and middle-high score in the Family Adaptation domain ( $p = 0.010$ ). **(Conclusion)** Adequate family support may be an important predictive factor of functional condition in low-income elderly, even when controlled by sociodemographic factors and health conditions.

**Keywords:** Elderly Health. Daily Activities. Sociodemographic Factors. Family. Health Conditions.

---

<sup>4</sup> Physical therapist, doctoral student in the Programa em Ciências da Saúde/CCS-UFRN, Professor at Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. E-mail: [cianareis@hotmail.com](mailto:cianareis@hotmail.com).

**Address for correspondence:** Prof Luciana Araújo dos Reis. Rua i, nº15, Urbis III, Jequiezinho. 45200-000. Jequié/BA, Brazil Tel: 55-73-35267189. E-mail: [cianareis@hotmail.com](mailto:cianareis@hotmail.com). <sup>4</sup> Nurse, Doctorate in Nursing/EERP-USP, Professor in the Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCS-UFRN and in the Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN, Research advisor. E-mail: [gvt@ufrnet.br](mailto:gvt@ufrnet.br).

## Introduction

Functional capacity is a determinant of health condition and well-being in elderly individuals<sup>1</sup>. Thus, identifying the factors that accelerate the natural loss of functional capacity with advancing chronological age is crucial for adopting effective health strategies and implementing public policies that favor the preservation of functional capacity in the elderly.

Functional capacity represents the independence of individuals to live and engage in the physical and mental activities necessary to maintain their basic and instrumental activities, that is: bathing, dressing, feeding, managing finances, taking medication, using mass transit and walking a certain distance<sup>1-2</sup>. When functional capacity impairment occurs to the point of impeding care itself, the burden on the family and on the health system can be very heavy, leading the elderly to lose independence and autonomy, resulting in functional incapacity<sup>3</sup>.

Family support contributes significantly to preserving the physical and psychological integrity of the individual<sup>4</sup>. A multicentric study conducted in Finland, Holland and Spain compared the prevalence, incidence and recovery from incapacity of elderly persons living in the community, demonstrating that, although there are cultural differences, social ties (family and non-family) are protectors against incapacity in old age<sup>5-6</sup>.

It is supposed that under conditions of dysfunctionality, the caregiving capacity of families could be compromised, making it very difficult for them to adequately provide systematic care to their elderly relatives, possibly interfering in the independence, autonomy and quality of life of the elderly<sup>7</sup>. Therefore, there is an increasing need to establish more effective and dynamic caregiving programs capable of meeting the demands of the elderly and their families<sup>8</sup>. Accordingly, the aim of this study was to

analyze the relationship between family environment and functional capacity in low-income elderly.

## **Methods**

This is an analytical study with a cross-sectional design conducted from September 2008 through January 2009 in the municipality of Jequié, Brazil, located in the hinterland of the state of Bahia, in the northeast of Brazil. The sample consisted of 235 elderly individuals, randomly selected by draw, with replacement from health units in the neighborhood of Jequiezinho. The sample value was based on mean (12.65) and standard deviation ( $\pm 3.61$ ) values with a margin of error of 5%, found in the family adaptation and autonomy domains of the Perception of Family Support Inventory (PFSI) in a pilot test conducted with individuals enrolled in a social group for the elderly.

The inclusion criteria of the study were: being mentally capable (Mini Mental State Examination/ MMSE score above 23 points)<sup>8</sup> of responding to the research instrument and agreeing to taking part in the study or having this participation authorized by the caregiver through the signing of an informed consent form.

The data collection instrument was composed of four parts. The first part consisted of sociodemographic data: age, sex, schooling, income, marital status and health conditions (presence or absence of health problems and sequelae). The second part refers to the Mini-Mental State Examination (MMSE), which assesses the cognitive status of the elderly (score above 23 points). The third part was composed of Barthel's Index, used to evaluate functional capacity. Finally, the fourth part consists of the Perception of Family Support Inventory, which assesses family environment in terms of adaptation, autonomy and affectivity.

Barthel's Index, used to assess functional capacity, is composed of 10 basic activities of daily living: feeding, bathing, grooming, dressing, bowels, bladder, toilet use, transfers (bed to chair and back), mobility (on level surfaces) and stairs. The score corresponds to the sum of the points obtained and individuals who achieve the maximum score of 100 points are considered independent. Scores below 50 indicate dependency in the activities of daily living<sup>9</sup>.

The Perception of Family Support Inventory (PFSI) was developed by Baptista (2005)<sup>10</sup>, and consists of constructing, validating and providing ways to measure the family support construct. It is composed of 42 items, divided into three dimensions, with factor 1 denominated Affective-Consistent. The second factor is called Family Adaptation, which is scored in an inverted manner. For purposes of correction and analysis, this factor has inverted scores, that is, 0 is worth 2, 1 remains the same and 2 is worth 0. The last dimension is autonomy. The questions are on a 3-point Likert scale, in which the respondent answers never (0), almost never (1) or almost always (2). Factor 1 – Family Adaptation is scored inversely to the other factors, that is, the higher the score, the greater the level of family support perceived by the respondent.

The data collected were organized in electronic databanks using SPSS 13.0 Statistical software. Descriptive analysis determined absolute frequency distribution, percentage distribution, mean and standard deviation ( $\pm$ ). Univariate logistic regression analysis<sup>11</sup> was conducted for each variable. To identify the factors related to the presence of functional limitations in the elderly we performed multiple logistic regression analysis<sup>12</sup>, using hierarchical analysis<sup>13</sup>. Given the strategy established of associations between the dimensions studied (sociodemographic, health conditions and perception of family support), three explicative models of binary logistic regression were created, introducing



the variables in block form, leaving in the subsequent model only the variables that were statistically significant ( $p < 0.05$ ) in the previous model..

The exclusion criterion for all the variables introduced into each model was  $p < 0.10$ . The final regression model contained only the most statistically significant variables. The backward stepwise method<sup>15</sup> was adopted to introduce the variables into the models.<sup>15</sup>. A significance level of  $p < 0.05$  and confidence interval (CI) of 95% was considered and adjusted odds ratio was calculated.

This study followed the ethical principles established by the Declaration of Helsinki and by Resolution 196/96 of the National Health Council. The research protocols were approved by the Human Research Ethics Committee of the Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Approval nº. 189/2008).

## **Results**

The study was composed of 235 elderly individuals, mean age of 73.52 ( $\pm 9.41$ ) years, 69.80% (n= 164) women, 45.50% (n=107) married and 79.10% (n=186) with family income of 1 minimum monthly wage ( $\approx$ USD 200.00).

In relation to health conditions, 93.20% (n=219) of the elderly had health problems, pathologies of the osteomuscular apparatus being the most predominant. The presence of sequelae was found in only 23.00% (n=54) of the elderly, neurological sequelae being the most frequent with 15.70% (n=37). The use of prescribed medication was reported by 76.60% (n= 180) of the sample, twice-daily use being the most common (37.00%, n = 87).

With respect to the basic activities of daily living, 69.80% (n=164) of the elderly were classified as dependent, the most prevalent dependency being slight (41.70%, n = 98). The

Barthel Index score ranged between 0 and 100 points, with a mean of 71.19% ( $\pm 28.46$ ) points.

As to perception of family support, in the Affectivity-Consistency domain most of the elderly (71.10%, n = 167) obtained high scores, with a mean of 33.54 ( $\pm 11.74$ ) points. In the Family Adaptation domain, there was a greater number of elderly (44.70%, n = 105) with low scores, with a mean of 16.26 ( $\pm 9.27$ ) points, whereas in the Autonomy domain there were more elderly (48.90%, n = 115) with high scores, with a mean of 13.91 ( $\pm 3.04$ ). With respect to total PFSI score, more elderly (40.90%, n = 96) obtained high scores.

<Inserir Tabela 1>

Table 2 shows the variables that are correlated with functional capacity impairment. Being widowed or married as opposed to being single was a risk factor for functional capacity impairment. The presence of sequelae and health problems showed predictive potential for the development of functional limitations.

The high score in the Affectivity-Consistency domain is related to impaired functional capacity. The same occurs with the medium-low score in the Family Adaptation domain and the medium-high score in the Autonomy domain.

<Inserir Tabela 2>

The results depicted in Table 2 were used to determine the arrangement of the blocks (models) and of the variables inserted into the hierarchical multivariate analysis shown in Table 3, in order to better explain the interactions between the study variables.

In Table 3, of the sociodemographic variables analyzed interactively in the first block, being widowed and married remained related with a decline in functional capacity.

In the second block analyzed (health conditions) the presence of health problems and sequelae remained related with functional capacity and in the third block, referring to

PFSI, only a high score in the Affectivity-Consistency domain and a middle-low score in the Autonomy domain maintained an association. Elderly with high scores on the Family Adaptation domain were approximately three times more likely to suffer from functional capacity impairment compared to those who obtained lower scores.

<Inserir Tabela 3>

## **Discussion**

The decline in functional capacity with the advance of chronological age is reported in several population studies<sup>1-2</sup>. Thus, identifying the factors related to functional limitations enables the elaboration of public policies directed at preserving autonomy in the elderly.

The prevalence of functional capacity impairment was high in the study sample. This situation may compromise the social life of the elderly, since they need more help from their families, and require more time, energy and resources to face the challenges that this condition poses.

The greater number of elderly with slight dependency found in this study might be explained by the fact that the mean age of the elderly studied was less than 75 years. The literature reports that after the age of 75, 10% of the elderly lose independence in one or more basic activities of daily living, such as: bathing, dressing, feeding and grooming<sup>14-15</sup>.

Population studies show a strong association between socioeconomic status and functional limitation in the elderly<sup>3,10</sup>. In general, it is expected that elderly individuals with low schooling levels and low income will be more functionally limited than those with higher socioeconomic status. In the present study only marital status (widowed and married) was related to functional capacity. It is known that the state of widowhood can negatively

influence functional capacity in the elderly. Furthermore, studies demonstrate that widowed elderly have more functional limitations compared to single persons<sup>12</sup>.

With respect to health conditions, it was found that elderly with health problems were 5.8 times more likely to develop functional limitations when compared to those that displayed no such health problems. In general, diseases are a risk factor for functional dependency, a fact reinforced by other studies<sup>13-14</sup>.

The presence of sequelae was related to functional capacity impairment. According to the literature, the occurrence of sequelae due to some pathology or accident is closely related to functional incapacity<sup>15</sup>.

The elderly who obtained high scores on the Affectivity-Consistency domain were 2.7 times more likely to exhibit functional capacity impairment than those who scored low. The Affectivity-Consistency domain involves questions related to the expression of affectivity, verbal or not, by family members, interest, friendliness, receptivity, behavior consistency and problem-solving skills<sup>16</sup>.

In the Family Adaptation domain the elderly who obtained middle-high scores showed an association with functional capacity impairment. This domain inquires about negative feelings towards the family, such as anger, isolation, exclusion, lack of understanding, among others, that point to the absence of adaptation in the group<sup>17</sup>.

There are some limitations to this study such as the research design itself, because the fact that it is cross-sectional precludes us from ensuring the existence of implicit causal relationships between the study variables. However, literature findings in terms of the degree of association and of causal relationships between variables allow us to infer that the results of the present study seem to support the evidence obtained by explicative

models of functional limitations in the elderly population. However, we suggest that new studies be conducted with elderly groups divided by sex.

## References

1. Trelha CS, Nakaoski T, Franco SS, Dellaroza MSG, Yamada KN, Cebera M, et al. Capacidade Funcional de idosos restritos ao domicílio, do conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Londrina/PR. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* 26(1): 37-46, 2005.
2. Silva MJ, Lopes MVO, Araújo MFM, Moraes GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. *Acta Paulista de Enfermagem* 19(2): 201-6, 2006.
3. Costa CC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paulista de Enfermagem* 19(1): 196-200, 2006.
4. Silva L, Galera AF, Moreno V. Encontrando-se em casa: Uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta Paulista de Enfermagem* 20(4): 30-39, 2007.
5. Souza RF, Skubs T, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 60(3): 64-68, 2007.
6. Silva MJ, Bessa MEP, Oliveira MC. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. *Ciência e Enfermagem* 10(1): 31-39, 2004.
7. Pavarini SCI, Luchesis BM, Fernandes HCL, Mendiódndo MSZ, Filizola CLA et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. *Revista eletrônica de Enfermagem* 10(1): 39-50, 2008.

8. Montezuma CA, Freitas MC, Monteiro ARM. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Revista eletrônica de Enfermagem* 10(2): 395-404, 2008.
9. Reis LA, Torres, GV, Reis LA. Pain characterization in institutionalized elderly patients. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 66 (2b): 331-335, 2008.
10. Baptista MN. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF* 10 (1): 11-19, 2005.
11. Hosmer DM, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons; 1989.
12. Virtuoso Junior JS, Guerra RO. Fatores associados à limitações funcionais em idosas de baixa renda. *Revista da Associação Médica Brasileira* 54(5): 00-00, 2008.
13. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 26:224-7, 1997.
14. Reis LA, Mascarenhas CHM, Torres GV. Evaluation of functional capacity on institutionalized elderly in the City of Jequié/BA. *Fiep Bulletin* 78(1): 89-92, 2008.
15. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 24(6): 360-8, 2008.
16. Moreira KCM, Guerra RO. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 66 (4): 809-13, 2008.
17. Herédia VBM, Casara MB, Cortelletti IA. Impactos da longevidade na família multigeracional. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia* 10(1): 53-9, 2007.

LA Reis and GV Torres both worked on the conception, design, data analysis and interpretation, as well as collaborating in the writing of the article and approving the version to be published. In addition GV Torres was the project advisor.

Financing: This study was financed by the Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil, through the awarding of a scholarship to the author: Luciana Araújo dos Reis.

## TABLES

**Table 1- Distribution of low-income elderly scores on the PFSI.**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Affectivity-Consistency</b>		
Low (0-21 points)	38	16.17
Medium-Low (22-28 points)	18	7.66
Medium-High (29-33 points)	12	5.11
High (34-42 points)	167	71.06
<b>Family Adaptation</b>		
Low (0-18 points)	105	44.68
Medium-Low (19-21 points)	13	5.53
Medium-High (22-23 points)	19	8.09
High (24-26 points)	98	41.70
<b>Autonomy</b>		
Low (0-9 points)	13	5.53
Medium-Low (10-12 points)	41	17.45
Medium-High (13-14 points)	66	28.09
High (15-16 points)	115	48.94
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100.00</b>



**Table 2- Non-adjusted analysis of the association between sociodemographic characteristics, health conditions, and PFSI and functional capacity impairment in low-income elderly.**

<b>Characteristics</b>	<b>Odds Ratio [CI 95%]</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Sociodemographic</b>		
<b>Marital Status</b>		
Single	1.00	
Married	0.33 [0.14-0.79]	0.013
Widowed	2.39 [1.16-4.91]	0.018
Divorced	1.18 [0.44-3.10]	0.737
<b>Health Conditions</b>		
<b>Health Problems</b>		
Absent	1.00	
Present	5.83 [1.94-17.48]	0.002
<b>Sequelae</b>		
Absent	1.00	
Present	10.23 [3.07-34.05]	0.00
<b>PFSI</b>		
<b>Affectivity-Consistency</b>		
Low	1.00	
Medium-Low	1.61 [0.50-5.21]	0.420
Medium-High	1.13 [0.30-4.21]	0.852
High	2.33 [1.12-4.83]	0.022
<b>Family Adaptation</b>		
Low	1.00	
Medium-Low	0.10 [0.02-0.42]	0.001
Medium-High	1.10 [0.33-3.08]	0.975
High	0.90 [0.49-1.68]	0.762
<b>Autonomy</b>		
Low	1.00	
Medium-Low	0.56 [0.17-1.86]	0.348
Medium-High	0.37 [0.17-0.77]	0.009
High	1.10 [0.54-2.22]	0.784

**Table 3 – Multivariate analysis results of factors associated to functional capacity impairment in low-income elderly**

Characteristics	Model 1		Model 2		Model 3	
	Odds Ratio [95%]	<i>p</i>	Odds Ratio [95%]	<i>p</i>	Odds Ratio [95%]	<i>p</i>
<b>Sociodemographic</b>						
<b>Marital State</b>						
Single	1.00		1.00		1.00	
Married	0.33[0.14-0.79]	0.013	0.35 [0.13-0.92]	0.030	0.31 [0.11-0.87]	0.020
Widowed	2.39 [1.16-4.91]	0.018	3.2 [1.49-6.85]	0.003	3.42 [1.48-7.90]	0.004
Divorced	1.18 [0.44-3.10]	0.737	0.87 [0.29-2.57]	0.800	0.64 [0.20-2.01]	0.450
<b>Health Conditions*</b>						
<b>Health problems</b>						
Absent			1.00		1.00	
Present			4.17 [1.30-13.33]	0.016	4.90 [1.41-17.03]	0.010
<b>Sequelae</b>						
Absent			1.00		1.00	
Present			11.63 [3.38-339.90]	0.000	17.33 [4.43-67.81]	0.000
<b>PFSI**</b>						
<b>Affectivity-Consistency</b>						
Low					1.00	
Medium-Low					1.47 [0.32-6.66]	0.610
Medium-High					0.55 [0.10-3.01]	0.490
High					2.69 [1.09-6.62]	0.030
<b>Family Adaptation</b>						
Low					1.00	
Medium-Low					0.92 [0.44-1.90]	0.820
Medium-High					0.11 [0.02-0.60]	0.010
High					1.12 [0.30-4.08]	0.860

### 3.3 PERCEPCIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR EN ANCIANOS RESIDENTES EN SU DOMICILIO

#### PERCEPTION OF FAMILY SUPPORT IN ELDERLY LIVING AT HOME

Luciana Araújo dos Reis<sup>6,7</sup>; Gilson de Vasconcelos Torres<sup>7</sup>, Thaiza Teixeira Xavier<sup>7</sup>

#### **Abstract**

The aim of the present study was to assess the perception of family support in elderly individuals living at home. This is an analytical study with a cross-sectional design involving a sample of 150 elderly subjects with mean age of 74.47 ( $\pm$  9.42) years, enrolled in four health units in the city of Jequié, Brazil. The instruments consisted of sociodemographic data and health conditions; the Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Perception of Family Support Inventory (PFSI). According to the median values of the domains of the Inventory of Perceived Family Support, most of the elderly presented a lower score in the two domains, affective-consistent (58,67%) and Autonomy (52,00%). Degrees and high family adaptation domain (67.33%). In light of the foregoing it is clear that much of the elderly respondents presented no difficulties in domains Inventory perception of family support, demonstrating in part the preparation of families in providing care for the elderly. The implementation of public policies that aim at capacitating the families of the elderly are called for so that quality care can be given and real health/disease needs be met.

**Keywords:** elderly, family, perception and care.

---

<sup>6</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil.

<sup>7</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

## **Resumen**

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la percepción del soporte familiar en ancianos residentes en su propio domicilio. Se trata de una investigación de tipo analítico con delineación transversal, con una muestra de 150 ancianos, promedio de edad de 74,47 ( $\pm$  9,42) años, registrados en cuatro Unidades de Salud en el municipio de Jequié/BA. El trabajo está basado en: datos sociodemográficos y condiciones de salud; Mini-examen del Estado Mental/MEEM y en el Inventario de Percepción del Soporte Familiar (IPSF). De acuerdo a la mediana de los valores de los dominios del Inventario del Soporte de Percepción Familiar, la mayoría de los ancianos presentó una puntuación bajo en los dos dominios, Afectividad-Consistencia (58,67%) y Autonomía (52,00%) y puntuación elevada en dominio Adaptación Familiar (67,33%). A la luz de lo expuesto es evidente que buena parte de los ancianos entrevistados no presentó dificultades en dominios del Inventario de Percepción del Soporte Familiar, lo que demuestra en parte la preparación de las familias en la prestación de cuidados a los ancianos. Los datos expuestos nos muestran que es necesaria la implantación de políticas públicas que tengan como objetivo la capacitación de las familias de los ancianos, de forma que los cuidados prestados sean de calidad y atiendan a las necesidades reales de la salud/enfermedades de los ancianos.

**Descriptor:** ancianos, familia, percepción y cuidado.

## Introducción

El proceso de envejecimiento de la población es objeto de atención en todos los países, dado el aumento significativo del número de ancianos en la población por regla general. Se estima que entre los años de 1980 y 2020 la población mundial total habrá crecido un 80% mientras que el número de ancianos deberá crecer en un 160% (Sampaio et al., 2007). En Brasil, el envejecimiento de la población asume características peculiares, a la vista de la rapidez con la que está ocurriendo. De acuerdo con los patrones establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el país ya puede ser considerado estructuralmente envejecido, dado que más de un 7% de su población tiene 60 o más años de edad (Reyes et al., 2008).

El envejecimiento se puede entender como un proceso común a todos los seres que depende de las características propias de cada ser y será influido por factores múltiples (biológicos, económicos, psicológicos, sociales, culturales, entre otros) confiriendo a cada cual características particulares. Es un proceso dinámico y progresivo en el cual las modificaciones morfológicas, funcionales y bioquímicas pueden interferir en la capacidad de adaptación del individuo al medio social en el que vive, volviéndolo más vulnerable a las agresiones y enfermedades, comprometiendo así su calidad de salud (Trelha et al., 2005).

Una mayor vulnerabilidad y la mayor incidencia de procesos patológicos pueden ocasionar la disminución de la capacidad funcional del anciano, lo que en la mayoría de las veces trae como consecuencia una necesidad de cuidado diferenciado para consigo mismo (Silva et al, 2006).

En este sentido, es imprescindible destacar el papel de la familia del anciano, ya que está presente en el día a día del mismo, soportando el proceso de envejecimiento y los problemas que el anciano puede desarrollar. Esta dinámica ocasiona cambios en la propia estructura familiar, en la cual la intergeracionalidad surge como una de las características del proceso de envejecimiento no sólo individual, sino colectivo, en la que las familias envejecen junto con sus miembros, reorganizándose para hacer frente a las demandas del envejecimiento de alguno de sus miembros.

Se puede destacar que en el año 2000, el 24,1% de las familias brasileñas tenía al menos una persona de 60 años o más cohabitando en la misma casa, con lo que se refuerza su papel importante en la estructura social de apoyo informal dentro de la familia (Silva et al., 2007; Souza et al., 2007).

La familia es un sistema dinámico en diálogo constante que pretende (o debe pretender) ayudar a las personas a desarrollar una presencia afectiva, responsable y libre en el mundo (Silva et al. 2004). Cada persona tiene y tendrá, a lo largo de su existencia, varias familias (la de sus ancestros, la de su infancia, la de su adolescencia, la de su vida adulta y la de su ancianidad), asumiendo cada fase características peculiares, pero manteniendo la función primordial: la de preservar la integridad física y emocional de sus miembros y del propio grupo, propiciando su desarrollo (Pavarini et al., 2008; Montzuma et al., 2008).

Si observamos el rápido envejecimiento poblacional verificado en las últimas décadas, se percibe que la organización del sistema público de salud todavía no ha conseguido desarrollarse con la misma rapidez. A pesar de los cambios ocurridos en el escenario nacional en relación a las políticas de protección social al anciano, estas se

presentan muy escasas tanto en la oferta de servicios y programas de salud pública como en la amplitud de su intervención.

Cuando se trata de ancianos residentes en domicilios de áreas periféricas, esta situación es todavía más grave, ya que estos ancianos presentan un alto grado de problemas de salud y de discapacidad funcional, y no se benefician de la mayoría de los programas dedicados a la tercera edad que persiguen el incremento de su calidad de vida e interacción con la sociedad.

Por lo tanto, la problemática del anciano se acaba convirtiendo en un estorbo para familias, que no poseen conocimientos básicos sobre el debido cuidado al anciano. Esa falta de capacitación trae como consecuencia desgaste familiar, falta de compromiso en la calidad del cuidado prestado al anciano y perjuicio en la salud del anciano y de la cuidadora. En esta perspectiva este estudio tiene por objetivo evaluar la percepción del soporte familiar en ancianos residentes en su propio domicilio.

Mediante lo expuesto se destaca la necesidad de una mayor comprensión de como se ha dado el proceso de envejecimiento según la visión del propio anciano. Este mayor entendimiento servirá para ayudar a los profesionales de salud a realizar un abordaje asistencial ampliado del proceso de envejecimiento, incluyendo el contexto familiar y con el objetivo de dar una mayor calidad del cuidado prestado al anciano.

## **Métodos**

Se trata de una investigación del tipo analítica con delineación transversal realizada en el municipio de Jequié, interior de Bahía, Región Nordeste de Brasil, en el periodo de septiembre a noviembre de 2008. La muestra fue constituida por 150 ancianos,

seleccionada de forma aleatoria simple, a través de sorteo con reposición en Unidades de Salud del Barrio del Jequezinho.

El valor de la muestra fue calculado con base en el promedio (12,65), desvío-patrón ( $\pm 3,61$ ) y margen de error de 5%, encontrados en los dominios adaptación familiar y autonomía del Inventario de Percepción del Soporte Familiar en el Test Piloto.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron: estar en uso de facultades mentales (puntuación superior a de 23 puntos en el MEEM) (Sampaio et al., 2007) para responder al instrumento de la investigación y aceptar participar en la investigación o ser autorizado a participar por su cuidador, firmando el Término de Consentimiento Libre y Consciente.

El instrumento de toma de datos se constituye en tres partes. La primera parte representada por la caracterización sociodemográficas (franja de edad, sexo, escolaridad, tipo de renta, valor de la renta, estado civil y ocupación del tiempo libre) y condiciones de salud (presencia de problemas de salud y secuelas, tipos de secuelas). La segunda parte referida al Mini-examen del Estado Mental/MEEM para evaluar el estado cognitivo del anciano, Y la tercera parte compuesta por el Inventario de Percepción de Soporte Familiar, para evaluar el ambiente familiar en cuanto a la adaptación, autonomía y afectividades.

El Inventario de Percepción de Soporte Familiar – IPSF fue desarrollado por Baptista (2005), y consiste en construir, validar y suministrar maneras de medir la infraestructura de soporte familiar.

Se compone de 42 ítems, y se divide en tres dimensiones, con el factor 1 denominado Afectivo-Consistente. El segundo factor se denomina de Adaptación Familiar, y es puntuado de manera inversa. A efectos de corrección y análisis, este factor tiene puntuación inversa, con lo que cuando se puntúa 0 vale 2, 1 permanece igual y 2 vale 0.



La última dimensión es la Autonomía. Las cuestiones son del tipo *likert* de tres puntos, en las cuales el entrevistado señala nunca (0), casi nunca (1) o casi siempre (2). El factor 1 – Adaptación Familiar es puntuado de manera inversa a los otros factores, con lo que al final de la evaluación cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el nivel de soporte familiar percibido por el entrevistado (Baptista, 2005).

Esta investigación siguió los principios éticos emanados de la declaración de Helsinki y en la Resolución n ° 196/96 del Consejo Nacional de Salud. Los protocolos de investigación han sido evaluados y aprobados por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Provincial del Suroeste de Bahía (Parecer n ° 189/2008).

Los datos colectados han sido organizados en base de datos mediante digitación en plantilla del Programa Estadístico SPSS versión 13.0. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, y se calculó para las variables categóricas: frecuencia absoluta y relativa y para las variables cuantitativas: promedio y desvío patrón. Las categorías de los dominios del IPSF fueron creadas a partir del valor encontrado en la mediana. Las categorías se clasificaron de acuerdo a su puntuación superior al valor de la mediana y puntuación por debajo del valor de la mediana.

## **Resultados**

De los 150 ancianos estudiados, 68, (el 67%) son del sexo femenino, con un promedio de edad de 74,47 ( $\pm$  9,42) años, y edad mínima de 60 años y máxima de 106 años. En relación al nivel de escolaridad el 61,33% de los ancianos eran analfabetos, con el 46,67% casados y 33,33% viudos. Tabla 01.

En relación a su profesión el 48,70% de los ancianos eran labradores y el 24,70% amas de casa. Actualmente el 73,33% son jubilados y sólo el 14,67% no posee renta propia, con un 83,33% que recibe solamente un salario mínimo (R\$ 415,00 DIC/2008). En la tocante al uso del tiempo libre el 78,67% de los ancianos refirieron no realizar actividades de pasatiempo. Tabla 01.

<Insertar Tabla 1>

En cuanto a las condiciones de salud, el 94,00% de los ancianos declararon tener problemas de salud. Sin embargo sólo el 76,70 está en tratamiento. Las patologías más frecuentes fueron Hipertensión Arterial (HAS) 22,70%, Diabetes asociada a la HAS 11,30% y Artrosis con HAS 8,00%. La presencia de secuelas fue verificada sólo en el 21,33% de los ancianos, las más frecuentes las secuelas neurológicas (15,30%).

<Insertar Tabla 2>

Sobre la composición familiar, el 23,30% de los ancianos reside con el cónyuge, seguido del 18,00% con algún hijo, el 15,30% con cónyuge e hijo y el 10,70% con hijo y nieto. El número de personas que residen con los ancianos varía entre 1 y 10 personas, con promedio de 2,43 ( $\pm 2,68$ ) personas, siendo variable el número de personas que contribuyen a la renta familiar entre ninguna a 5 personas, con un promedio de 1,27 ( $\pm 0,93$ ) personas.

En relación al Inventario de Percepción del Soporte Familiar, el dominio Afectividad-Consistencia obtuvo puntuación entre 7 y 42 puntos, con un promedio de 36,83 ( $\pm 7,39$ ), el dominio Adaptación Familiar osciló entre 6 y 26 puntos, siendo la mediana de 18,75 ( $\pm 8,38$ ) y el dominio Autonomía varió entre 10 a 16 puntos con promedio de 14,56 ( $\pm 1,69$ ). Según las medianas de los valores del IPSF, la mayoría de los ancianos presentó una

puntuación bajo en los dos dominios, Afectividad-Consistencia (58,67%) y Autonomía (52,00%) y puntuación elevada en dominio Adaptación Familiar (67,33%).

<Insertar Tabla 3>

## **Discusión**

Los ancianos analizados presentaron un promedio de edad alta (74 años) y con predominio del sexo femenino. Los responsables por la mayor expectativa de vida de las mujeres serían factores biológicos, sociales y culturales. En Brasil, ellas viven aproximadamente siete años más que los hombres (Zunzunegui et al., 2006).

La baja escolaridad de la mayoría de los participantes en el presente estudio, en el que 61,33% de los ancianos son analfabetos, nos revela la necesidad de una adecuación de las acciones de educación en salud, de forma que haya una mayor comprensión y motivación por parte de esas personas, ya que algunas características como el analfabetismo, jubilación y las alteraciones del estado nutricional pueden llevar a una mayor dependencia del anciano en relación a otras personas (Collins et al., 2004).

En el presente estudio el 83,33% de los ancianos relataron recibir un salario mínimo. Eso enfatiza la necesidad de la existencia de programas enfocados hacia la prevención y al subsidio del tratamiento de las enfermedades de forma que el individuo se pueda auto-cuidar, ya que la renta recibida por estos ancianos tiene por finalidad cubrir todos sus gastos mensuales (Doimo et al., 2008; Reyes et al., 2007).

La hipertensión arterial, enfermedad más frecuente en el grupo de ancianos estudiado, es considerada unas de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad prematura. Además de su alta prevalencia, constituye un factor de riesgo en

complicaciones cardiovasculares estando directamente asociada a la discapacidad y dependencia, y repercutiendo negativamente en la calidad de vida del anciano (Reyes et al., 2007).

La predominancia de residentes ancianos en las familias de los entrevistados se confirma en la literatura, que destaca que actualmente es muy común un anciano cuidando de otro anciano, con los dos siendo demandantes de cuidados. La falta de una política social que ampare a los ancianos dependientes hace que la familia asuma gran parte de los cuidados con sus elementos dependientes, este cuidado reflejado, en parte, por la co-residencias que en ciertas situaciones beneficia a las nuevas generaciones y, en otras, a las más viejas (Silveira et al., 2006).

El envejecimiento es un proceso complejo, pluridimensional, revestido no sólo por pérdidas, pero también por adquisiciones individuales y colectivas, fenómenos inseparables y simultáneos. Por más que el acto de envejecer sea individual, el ser humano vive en la esfera colectiva y como tal, sufre las influencias de la sociedad de una manera general, de la familia en particular, interfiriendo en la manera de comprender su proceso de envejecimiento/ ancianidad y/o el de sus familiares (Heredia et al., 2007).

En el Inventario de Percepción del Soporte Familiar, la mayoría de los ancianos presentó puntuación bajo en los dos dominios, con los dominios Afectividad-Consistencia y Autonomía, en riesgo. E puntuación elevada en lo dominio Adaptación Familiar.

El dominio Afectividad-Consistencia se refiere a las cuestiones de expresión de afectividad entre los miembros, sea verbal o no, interés, simpatía, acogida, consistencia de los comportamientos y habilidades en la resolución de problemas. La bajo puntuación relatada por la mayoría de los ancianos en este dominio demuestra que las familias son

capaces de vivir emociones adecuadas frente a una variedad de estímulos tanto de bienestar como de emergencia, acompañando el proceso de añejamiento en la familia.

El dominio Adaptación Familiar cuestiona sobre los sentimientos negativos en relación al grupo familiar, como rabia, aislamiento, exclusión, falta de comprensión entre otros, que apuntan la falta de adaptación al grupo. Los datos encontrados en este estudio revelan que la mayoría de las familias posee la habilidad de transformar la estructura de poder y las reglas de relación en respuesta a las situaciones de estrés.

Estos datos referentes al apoyo social de la familia al anciano son relevantes como consecuencia de la fragilidad de las políticas públicas y sociales focalizadas hacia la atención de este segmento de edad. Este apoyo informal puede tener diferentes funciones que se inter-relacionan: 1. emocional: caracterizada por expresiones de afecto y amor; 2. instrumental: destinada al suministro de necesidades materiales por regla general, ayuda en trabajos prácticos (limpieza de casa, preparación de comidas, suministro de transporte) y/o ayuda financiera; 3. de información: encaminada a los consejos, sugerencias, orientaciones que pueden ser usadas para resolver problemas; 4. de interacción social positiva: marcada por la disponibilidad de personas para promover diversión, compañía, relajación (Heredia et al., 2007, Luzardo et al., 2004).

El apoyo social se presta por las familias a sus ancianos anclado en las características socio-afectivas y en la dinámica relacional definida a lo largo de la historia por los miembros familiares que co-habitan el mismo espacio y que, por lo tanto, promueven apoyos diversos unos a los otros (Caldas, 2003).

En el dominio Autonomía se evalúan las relaciones de confianza, libertad y privacidad entre los miembros. Los datos encontrados en ese estudio evidencian que los ancianos entrevistados poseen incentivos y libertad para expresarse y tener autonomía en

el ambiente familiar. La pérdida de la autonomía para el anciano representa un deceso social que anuncia la muerte física del individuo y con la cual la sociedad moderna, secularizada y racional, tiene enormes dificultades.(Pavarini t al., 2006).

## **Conclusiones**

De acuerdo a lo expuesto queda en evidencia que buena parte de los ancianos entrevistados no presentan dificultades en dominios del Inventario de Percepción del Soporte Familiar, lo que demuestra en parte la cualificación de las familias en la prestación de cuidados a los ancianos. Por lo tanto, es importante el ofrecimiento de opciones asistenciales a las familias con el objetivo de adecuar la asistencia a las necesidades emanadas por los ancianos, contribuyendo a la mejora de la calidad de las prácticas de salud a ellos dirigidas, en especial en este momento histórico en el que el porcentual de esa población crece a ritmo acelerado en nuestro país.

## Referências

Baptista, M.N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, 10, 1, 11-19.

Caldas, C.P. (2003). Envelhecimento com dependencia: responsabilidades e demandas da familia. *Cadernos de Saúde Pública* 2003, 19, 3, 773-81.

Collins, K., Rooney, B.L., Smalley, K.J., Havens, S. (2004). Functional fitness, disease and independence in community-Dwelling older adults in Western Wisconsin. *Wisconsin Med J.*, 103, 42-3.

Doimo, L.A., Derntl, A.M., Lago, O.C. (2008). O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciência e Saúde coletiva*, 13, 4, 1133-1142.

Herédia, V.B.M., Casara, M.B., Cortelletti, I.A. (2007). Impactos da longevidade na família multigeracional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10, 1, 53-9.

Luzardo, A., Walkman, B.F. (2004). Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Acta sci. Health sci*, 26, 1, 135-145.

Montezuma, C.A., Freitas, M.C., Monteiro, A.R.M. (2008). A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 10, 2, 395-404.

Pavarini, S.C.I. et al. (2008). Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 10, 1, 39-50.

Pavarini, S.C.I., Tonon, F.L., Silva, J.M.C, Mendiondo, M., Barham, E.J., Filizola, C.L.A. (2006). Quem irá empurra minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 8, 3, 326-335.

Reis, L.A., Mascarenhas, C.H.M., Torres, G.V. (2008). Evaluation of functional capacity on institutionalized elderly in the City of Jequié/BA. *Fiep Bulletin*, 78,1,89-92.

Reis, L.A., Mascarenhas, C.H.M., Costa, A.N., Lessa, R.S. (2007). Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31, 2, 324-32.

Silveira, T.M., Caldas, C.P., Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 8, 213-20.

Sampaio, L.S., Lessa, R.S., Reis, L.A., Torres, G.V. (2007). Prevalência de Patologias Ortopédicas em Idosos atendidos em Hospital Público no Município de Lajedo do Tabocal-BA. *Revista Enfermagem Atual*, 1,41, 30-2.



Silva, M.J., Lopes, M.V.O., Araujo, M.F.M., Moras, GLA., et al. (2006). Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19, 2, 201-6.

Silva, L., Galera, A.F., Moreno, V. (2007). Encontrando-se em casa: Uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20, 4, 30-39.

Souza, R.F., Skubs, T., Bretãs, A.C.P. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60, 3, 64-68.

Silva, M.J., Bessa, M.E.P., Oliveira, M.C. (2004). Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. *Ciência e Enfermagem*, 10, 1, 31-39.

Trelha, C.S., Nakaoski, T., Franco, S.S. et al. (2005). Capacidade Funcional de idosos restritos ao domicílio, do conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Londrina/PR. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 26,1, 37-46.

Zunzunegui, M.V., Nunez, O., Durban, M., Garcia de Yébones, M.J., Otero, A. (2006). Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6 year follow-up study in Spain. *Age Clin Exp Res*, 18,349-51.

## Tablas

**Tabla 01. Distribución de los ancianos según su caracterización sociodemográfica.**

**Jequié/BA, 2009.**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	103	68,67
Masculino	47	31,33
<b>Escolaridad</b>		
Analfabetos	92	61,33
Alfabetizados	58	38,67
<b>Estado Civil</b>		
Casado/con pareja	70	46,67
Soltero	15	10,00
Viudo	50	33,33
Separado/divorciado	15	10,00
<b>Ocupación del Tiempo Libre</b>		
No hace nada	118	78,67
Cuida de la Casa	17	11,33
Asiste TV+Radio	8	5,33
Trabaja	5	3,33
Iglesia+TV	2	1,33
<b>Tipo de Renta</b>		
Jubilación	110	73,33
Pensión	15	10,00
Jubilación y Pensión	2	1,33
No tiene rentas	22	14,67
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Datos de la investigación

**Tabla 02. Distribución de los ancianos según su estado de Salud. Jequié/BA, 2009.**

<b>Estado de Salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Problemas de Salud</b>		
Si	141	94,00
No	9	6,00
<b>Presencia de Secuelas</b>		
Si	32	21,33
No	118	78,67
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Datos de la investigación

**Tabla 03. Distribución de los ancianos tomando como referencia la mediana de los dominios del Inventario de Percepción del Apoyo Familiar. Jequié/BA, 2009.**

<b>Percepción del Soporte Familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Afectividad-Consistente</b>		
≥ 40 puntos	62	41,33
< 40 puntos	88	58,67
<b>Adaptación Familiar</b>		
≥ 24 puntos	101	67,33
< 24 puntos	49	32,67
<b>Autonomía</b>		
≥ 15 puntos	72	48,00
<15 puntos	78	52,00
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Datos de la investigación

#### 4. COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES

O projeto de pesquisa denominado “Ambiente Familiar e Capacidade Funcional de Idosos residentes em domicílio no município de Jequié/BA” desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, possibilitou identificar aspectos relacionados ao comprometimento da capacidade funcional em idosos residentes em domicílio. E ainda, apresentar a relação existente entre a dinâmica familiar quanto à adaptação familiar, autonomia e afetividade e o comprometimento da capacidade funcional nos idosos estudados (conforme os dados apresentados no segundo artigo). Ressalta-se a escassez de estudos no país, que evidenciem a dinâmica familiar, como um balizador do comprometimento da capacidade funcional em idosos residentes em domicílio.

O modelo metodológico previsto atendeu às expectativas, e o desenho do estudo permaneceu inalterado, quanto ao que se refere a seleção da amostra, variáveis avaliadas e os procedimentos de análise estatística. Assim, houve a correspondência das expectativas iniciais, o que possibilitou o cumprimento do cronograma estabelecido no projeto de pesquisa, sendo elaborados a partir dos dados coletados seis artigos científicos submetidos a periódicos com indexação internacional sendo um deles publicado em Revista com Qualis B2.

Segundo os dados encontrados no primeiro artigo submetido e aprovado aos Arquivos de Neuro-Psiquiatria (B2), a amostra estudada apresentou elevado grau de comprometimento da capacidade funcional e houve relação entre as atividades instrumentais de vida diária e o grupo etário acima de 77 anos.. A conservação da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos

idosos, por estar relacionada com a capacidade de ocuparem-se em desenvolver atividades cotidianas e/ou atividades agradáveis <sup>(25)</sup>.

Portanto é importante planejar programas específicos de intervenção para a manutenção e recuperação da funcionalidade. No planejamento de novas formas de prevenção e tratamento, dentro de uma abordagem multidisciplinar, a Fisioterapia desempenharia um relevante papel, por meio da implantação/implementação de programas de intervenção fisioterapêuticas, quanto de cunho preventivo como reabilitativo, objetivando uma maior independência e autonomia, fatores determinantes de uma boa saúde e qualidade de vida para esta população.

A população residente em áreas periféricas é a mais afetada pela deteriorização das políticas de saúde e programas públicos e sociais, uma vez que os investimentos para as áreas de saúde e bem estar social são feitos de forma irregular e descontínuo. Dessa forma, estudos dessa natureza são necessários nas regiões periféricas para que se possa obter um panorama mais próximo das realidades de saúde dessa população, objetivando assim, bases mais seguras e concretas para o atendimento integral à saúde. Bem como a criação de programas de saúde que possibilitem minimizar a dependência nas atividades de vida diárias instrumentais e básicas, proporcionando um envelhecimento com autonomia e dependência às pessoas idosas.

O segundo artigo submetido à Revista *Physiotherapy* (B2) demonstrou que na amostra estudada houve associação entre comprometimento da capacidade funcional e as variáveis, estado civil viúvo casado, presença de problemas de saúde e seqüelas, pontuação alta do domínio Afetividade-Consistência e pontuação Médio-Alta do domínio Adaptação-Familiar. Com o processo de envelhecimento ocorrem alterações funcionais que, embora variem de um indivíduo para outro, são encontradas em todos os idosos e

são próprias do processo de envelhecimento natural, acarretando, portanto, em maior predisposição do indivíduo ao surgimento de condições crônicas de saúde e suas possíveis seqüelas debilitantes.

Assim, também é de se esperar que aumente o número de idosos dependentes inseridos nos meios social e familiar. Nesta perspectiva, para atender a população idosa é necessário que os profissionais de saúde conheçam o perfil sócio-demográfico, bem como a capacidade funcional da população idosa e sua dinâmica familiar, para que possam planejar e implementar ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos e reabilitação.

Estas ações de saúde devem ter por objetivo a manutenção/prevenção da capacidade funcional dos idosos contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade de vida destes. Além disso, devem favorecer à capacitação da família quanto ao cuidado adequado às reais necessidades de saúde/doença do idoso levando em consideração também a promoção da saúde de toda a família.

No Terceiro artigo enviado à Revista Latino-Americana de Psicologia (B2), ficou evidenciado que boa parte dos idosos entrevistados não apresentou comprometimento dos domínios do Inventário de Percepção do Suporte Familiar. O que demonstra sendo a percepção dos idosos avaliados que as famílias estão bem preparadas frente ao cuidado do idoso.

Além, dos três artigos anexados a esta tese foram escritos mais três artigos descritos a seguir e intitulados quarto, quinta e sexto artigo:

Os resultados do quarto artigo, submetido à análise do Conselho Editorial da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (B5), evidenciam que os idosos estudados possuem precárias condições socioeconômicas e elevado comprometimento da saúde.

Com o envelhecimento populacional, o maior desafio do século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com nível sócio-econômico baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

Esses fatores irão influenciar de forma significativa na qualidade de vida dos indivíduos na terceira idade <sup>(26)</sup>. Assim, destaca-se a relevância científica e social de se avaliar as características sócio-demográficas e de saúde dos idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece. Visto que os idosos com melhores condições de saúde apresentam menor necessidade de cuidados familiares e representam ainda menores custos para o sistema de saúde.

Constatou-se no quinto submetido à Revista Médica do Chile (B2) um elevado número de idosos com comprometimento da capacidade funcional (atividades instrumentais e básicas de vida diária). Ficando evidenciado que as variáveis sociodemográficas (renda, estado civil, ocupação do tempo livre e faixa etária) e das condições de saúde (problemas de saúde e seqüelas) influenciam nas atividades instrumentais de vida diária; e que presença de problemas de saúde influencia nas atividades básicas de vida diária.

A manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as atividades básicas e instrumentais de vida diária são pontos básicos para prolongar o maior tempo possível a independência e autonomia do idoso <sup>(27)</sup>. Desta forma se faz necessário a elaboração de políticas públicas viáveis e acessíveis à população idosa carente para a manutenção e reabilitação da capacidade funcional dessa população.

Nesta perspectiva a atuação do profissional fisioterapeuta na equipe de saúde da família, promoveria grandes contribuições no sentido de elaborar e executar programas



fisioterapêuticos para manutenção, prevenção e reabilitação da capacidade funcional dos idosos contribuindo ainda na capacitação da família quanto aos cuidados adequados ao idoso, bem como na promoção da saúde da família.

Os dados do sexto artigo submetido à Revista Latinoamericana de Psicologia (B2), demonstraram que boa parte dos idosos entrevistados não apresentou comprometimento na percepção do suporte familiar, sendo verificado que dentre as variáveis sociodemográficas apenas a não ocupação do tempo livre influencia na percepção do suporte familiar, através do domínio autonomia. Enquanto que dentre as condições de saúde apenas a presença de problemas de saúde influencia na percepção do suporte familiar por meio do domínio adaptação familiar.

A falta de ocupação do tempo livre apresentado pelos idosos avaliados é um dado preocupante uma vez que a não ocupação do tempo livre pode levar a inatividade física e isolamento social com conseqüente comprometimento da capacidade funcional e sobrecarga familiar. Desta forma, se torna imprescindível o oferecimento de atividades recreacionais no sentido de ocupar o tempo livre do idoso, promovendo a interação social e realização de atividade física.

Estas atividades recreacionais podem ser oferecidas através de grupos de convivência para a terceira e devem abranger o maior número de idosos de ambos os sexos residentes na comunidade. Logo se faz necessário à atuação dos profissionais de saúde junto a estes grupos no sentido de promover orientações sobre as melhores atividades a serem realizadas.

As principais dificuldades encontradas na realização deste estudo foram relacionadas ao acesso às casas dos idosos, uma vez que estes mudam muito de endereço e, além disso, não há uma seqüência numérica lógica das casas. Desta forma

visando minimizar estas dificuldades e agilizar o tempo de coleta de dados, as visitas à residência dos idosos passaram a ser realizadas com a ajuda dos agentes comunitários de saúde.

Entre as limitações deste estudo, pode-se apontar o próprio delineamento da pesquisa, na qual o fato de ser um estudo transversal impede assegurar relações implícitas de causalidade entre as variáveis estudadas. No entanto, através de fundamentação encontrada na literatura, no que diz respeito ao grau de associação e das relações causais entre variáveis, permite inferir que os resultados do presente estudo parecem suportar as evidências dos modelos explicativos de geração das limitações funcionais na população idosa.

Outra falha deste estudo foi a não divisão da amostra por sexo. Uma vez que, a literatura afirma que o sexo feminino apresenta maior comprometimento da capacidade funcional. Nesta perspectiva sugere-se que novos estudos sejam realizados levando-se em consideração a divisão dos idosos em grupo por sexo.

A possibilidade de viés de seleção no estudo está minimizada, uma vez que se trata de uma amostra selecionada a partir de uma população homogênea no que diz respeito aos parâmetros socioeconômicos encontrados no Nordeste Brasileiro, ou seja, os indicadores sociais demonstram baixos extratos de classes economicamente desprovidas.

Ressalta-se que os resultados do presente estudo não podem ser generalizados para toda a população do interior da Bahia, pois a amostra estudada era homogênea quanto aos aspectos sociodemográficos, conforme dados apresentados. Além disso, este estudo descreve especificamente a realidade de idosos da área periférica de uma cidade do interior do Nordeste, de modo que novas investigações são fundamentais para ajudar também a traçar o perfil funcional de idosos residentes em outras áreas periféricas,

visando oferecer informações que possam subsidiar o desenvolvimento de programas e intervenções no campo da saúde na terceira idade, tanto dos idosos quanto de seus familiares.

As expectativas do estudo foram atendidas, ou seja, os objetivos propostos foram atendidos, evidenciando que o projeto inicial era viável. E, além disso, a hipótese alternativa do estudo foi confirmada, ficando evidenciado que a dinâmica familiar influencia no comprometimento da capacidade funcional de idosos residentes em domicílio (resultados apresentados no segundo artigo). Desta forma os profissionais de saúde precisam estar atentos e capacitar a família no cuidado ao idoso, considerando os hábitos, crenças e conhecimento prévio do idoso e sua família.

Destaca-se que os resultados apresentados pelos artigos descritos nessa tese apresentam conteúdos que servem como referencia na elaboração de políticas públicas relacionados à promoção de saúde na terceira idade. Assim, como de referencial para os profissionais da área de saúde que atuam na assistência ao idoso e sua família, tendo como originalidade a realização de um levantamento em uma amostra com características similares a maior parte dos municípios nordestinos.

Foi notório o enriquecimento intelectual e científico do pesquisador, na área de proposição da investigação, tanto no que se referem às descobertas apontadas nos resultados do estudo, quanto leitura aprofundada da literatura que aborda a temática de investigação.

O levantamento das condições de saúde das pessoas idosas residentes no município de Jequié/BA, permitiu explorar as relações entre as variáveis estudadas. Ou seja, favoreceu conhecer os aspectos que estão associados a condição funcional de pessoas idosas. Com base nesses resultados, espera-se contribuir para a formulação de

novos projetos de pesquisa e extensão junto à Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, mobilizando a participação de bolsistas de iniciação científica e extensão.

#### **4.1 Perspectivas**

A pesquisadora tem experiência na área da saúde do idoso, tendo iniciado o interesse ao estudo da gerontologia durante a graduação em Fisioterapia na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com a participação em projetos de pesquisa, extensão e elaboração da monografia de conclusão de curso intitulada: “Riscos de Quedas em Idosos no Ambiente Físico Domiciliar”. A partir, desse momento, com a efetivação como docente, foi possível a realização de atividades direcionadas a gerontologia tanto no ensino, na pesquisa e na extensão.

Em seguida, teve a oportunidade de complementar essa formação de forma aprofundada no curso de Mestrado em Ciências da Saúde no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com dissertação: Influência da Dor Crônica resultante de Doenças Osteomusculares na Capacidade Funcional de Idosos Institucionalizados no município de Jequié/BA. Após, com a conclusão do doutorado, realizado junto a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, serão ampliadas as possibilidades de interação com outros grupos de pesquisa no país e no exterior, com o propósito de se inserir na pós-graduação *stricto-sensu* como orientador, de realizar o curso de Pós-Doutoramento e no prosseguimento das atividades acadêmicas como docente do ensino superior.

## **4.2 Conclusão**

Diante dos resultados encontrados verificou-se que a maioria dos idosos estudados apresentou precárias condições socioeconômicas e de saúde, comprometimento de pelo menos dois domínios do Inventário de percepção do suporte familiar e elevado grau de limitação funcional. Constatou-se ainda que o ambiente familiar estar relacionado com as limitações funcionais de idosos residentes em domicílio.

## 5. APÊNDICES

Estão listadas abaixo todas as publicações geradas a partir do projeto inicial de pesquisa (periódicos e anais).

### RESUMOS EM REVISTAS/ANAIS:

1. I ENCONTRO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE: AVANÇOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. NATAL, 2009:

- Percepção do Suporte Familiar, condições sociodemográficas e de Saúde em Idosos de baixa renda.

2. I CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. NATAL/RN, 2009:

- Diabetes Mellitus e atividades instrumentais de vida diária em idosos.

### ARTIGOS PUBLICADOS

1. Avaliação da capacidade de realização das atividades cotidianas em idosos residentes em domicílio.

Reis LA, Torres GV, Fernandes MH, Reis LA.

Revista Baiana de Saúde Pública (B5) 2009; 33(3).

2. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio.

Reis LA, Torres GV, Fernandes MH, Reis LA.

Revista Espaço para a Saúde (B5) 2009; 10(2): 12-17.

3. Funcionalidade Familiar de Idosos Dependentes residentes em Domicílios.

Reis LA, Torres GV, Fernandes MH, Reis LA, Mascarenhas CHM, Sampaio LS, Alves GS.

Revista Avaliação Psicológica (B5) 2009; 8(3): 415-423.

4. Assessment of functional capacity in elderly residents of outlying area.

Reis LA, Torres GV, Fernandes MH, Reis LA, Reis LA.

Arquivos de Neuro-psiquiatria (B2) 2010; 68 (1): 39-43.

#### ARTIGOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO

1. Avaliação da capacidade de realização das atividades cotidianas em idosos residentes em domicílio.

Reis LA, Torres LA, Fernandes MH, Reis LA, Alves GS.

Revista Baiana de Saúde Pública (B5).

2. Perfil de idosos residentes em domicílio no município de Jequié/BA.

Reis LA, Torres GV, Mascarenhas CHM, Oliveira TS, Lessa RS, Sampaio LS.

Revista Enfermagem Atual (B5).

## ARTIGOS SUBMETIDOS

1. The impact of sociodemographic and health variables on the functional capacity of low-income elderly.

Reis LA, Torres GV, Reis LA.

Revista Médica do Chile (B2).

2. Saúde e condições sociodemográficas de idosos residentes no interior da Bahia.

Reis LA, Torres GV, Reis LA, Fernandes MH.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (B5).

3. Características sociodemográficas y de salud y su relación con la percepción del soporte familiar a ancianos residentes en áreas periféricas

Reis LA, Torres GV, Xavier TT.

Revista Latino-americana de Psicología (B2).

4. Percepción del soporte familiar en ancianos residentes en su domicilio

Reis LA, Torres GV, Xavier TT.

Revista Latino-americana de Psicología (B2).

5. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes.

Reis LA, Torres GV, Fernández MH, Reis LA.

Revista Baiana de Saúde Pública (B5).





**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFRN**

**TÍTULO DO PROJETO: AMBIENTE FAMILIAR E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ/BA.**

**OBJETIVO:** Analisar a relação entre ambiente familiar quanto à adaptação, autonomia e afetividade na capacidade funcional de idosos residentes em domicílio;

**RISCOS:** Como se trata da aplicação de instrumentos na forma de pesquisa não há riscos aos participantes do estudo. Todos os dados que obtivermos serão guardados e manipulados em sigilo. Nós assumimos o compromisso de não disponibilizarmos esses dados para terceiros (outras pessoas).

**BENEFÍCIOS:** Os benefícios em participar deste estudo são decorrentes de identificarmos a relação entre ambiente familiar e capacidade funcional idosos residentes em domicílio, e instituir uma melhor forma de prestação de cuidados ao idoso.

**CONFIABILIDADE DO ESTUDO:** Registros da sua participação neste estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente a pesquisadora responsável e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do paciente não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

**DANO ADVINDO DA PESQUISA:** Como não há risco de participação neste estudo aos idosos e cuidadores estudados, não haverá danos também.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:** Toda participação é voluntária. Não há penalidade para alguém que decide não participar neste estudo. Ninguém será penalizado se decidir desistir de participar do estudo, em qualquer época. Como a coleta das informações deste estudo consistirá em responder a questionários, caso o entrevistado considere alguma pergunta constrangedora, o mesmo tem o direito de se recusar a responder tal questionamento.

### **CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO**

Eu estou de acordo com a participação no estudo acima, me submetendo. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecido adicional que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou minha

família. A minha participação na pesquisa é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Nome do indivíduo: \_\_\_\_\_

Nome da pessoa ou responsável legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_



### **COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante no estudo ou com o seu representante legalmente autorizado. É minha opinião que cada indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

\_\_\_\_\_ Natal, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

Luciana Araújo dos Reis

Tel. 73-88438172

[cianareis@hotmail.com](mailto:cianareis@hotmail.com)

End. Rua i, nº 15, Urbis III, Jequiezinho. Jequié/BA. Tel: 7335267189

Gilson de Vasconcelos Torres

Tel. 84 – 99841367

[gvt@ufrnet.br](mailto:gvt@ufrnet.br)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROTOCOLO DA PESQUISA**

**I-DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE REFERENTES AO IDOSO**

Data \_\_/\_\_/\_\_

NOME DO ENTREVISTADO \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

**A. DADOS SOCIOECONÔMICOS**

1. **SEXO:** M ( ) F ( )

2. **NASCIMENTO** \_\_/\_\_/\_\_

3. **ESTADO CIVIL:** ( ) Casado/amaziado ( ) Solteiro ( ) Viúvo

( ) Separado/desquitado/divorciado ( ) Não sabe/não respondeu

4. **ESCOLARIDADE:** Anos de estudo: \_\_\_\_\_

5. **TIPO DE RENDA:** Valor: \_\_\_\_\_

Fonte: ( ) Aposentadoria ( ) Pensão ( ) Aposentadoria e pensão ( ) Outros especifique

6. **TIPO DE MORADIA:** \_\_\_\_\_

7. PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

8. RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

9. Como usa o seu tempo livre? \_\_\_\_\_

## B. CONDIÇÕES DE SAÚDE

1. Possui alguma doença, problema de saúde?

( ) Não ( ) Sim, Qual (tempo)? \_\_\_\_\_

2. Presença de seqüelas? ( ) Não Sim ( ), Qual: \_\_\_\_\_

3. Faz tratamento? ( ) Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_

4. Faz uso de medição controlada? ( ) Não ( ) Sim , Qual (Quantidade)? \_\_\_\_\_

Com prescrição médica? ( ) Sim ( ) Não

## C. DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE REFERENTES AOS FAMILIARES QUE RESIDEM JUNTO AO IDOSO

### 1. Composição familiar

Nome	Idade	Sexo	Grau de parentesco	Estado Civil	Escolaridade	Renda	Profissão	Religião

## 2. Condições de saúde/doença da família

<b>Nome</b>	<b>Problema de Saúde</b>	<b>Tempo da Doença</b>	<b>Presença de Seqüelas</b>	<b>Tratamento/tipo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Ordem Médica</b>

**D. AVALIAÇÃO COGNITIVA (MINI EXAME-ESTADO MENTAL – MEEM)**

**QUESTIONÁRIO RESUMIDO DO ESTADO MENTAL (PFEIFFER, 1974)**

	Certo	Errado
1. Que dia é hoje? (dia/mês/ano)	(    )	(    )
2. Qual é o dia da semana?	(    )	(    )
3. Qual é o nome deste lugar?	(    )	(    )
4. Qual é o número do seu telefone? (ou endereço)	(    )	(    )
5. Quantos anos você tem?	(    )	(    )
6. Qual é a sua data de nascimento?	(    )	(    )
7. Quem é o atual presidente do seu país?	(    )	(    )
8. Quem foi o presidente antes dele?	(    )	(    )
9. Como é o nome de solteira de sua mãe?	(    )	(    )
10. Subtraia 3 de 20 e continue subtraindo até o nº final.	(    )	(    )

**E. AVALIAÇÃO FUNCIONAL (ÍNDICE DE BARTHEL)**

ATIVIDADES	PONTUAÇÃO
<p><b>ALIMENTAÇÃO</b></p> <p>10 = Independente. Capaz de usar qualquer dispositivo necessário. Alimenta-se em tempo razoável.</p> <p>5 = Precisa de ajuda (por ex., para cortar a unha)</p>	
<p><b>BANHO</b></p> <p>5 = Independente</p>	
<p><b>HIGIENE PESSOAL</b></p> <p>5 = Lava o rosto independentemente, penteia o cabelo, escova os dentes, barbeia-se (lida com a tomada no caso de usar aparelhos eletrônicos)</p>	
<p><b>VESTIR-SE</b></p> <p>10 = Independente. Amarra o calçado, fecha zíperes, coloca cintos.</p> <p>5 = Precisa de ajuda, mas faz pelo menos metade do trabalho em tempo razoável.</p>	
<p><b>INTESTINOS</b></p> <p>10 = Sem acidentes. Capaz de usar enemas ou supositórios, se necessário.</p> <p>5 = Acidentes ocasionais ou precisa de ajuda com os dispositivos.</p>	
<p><b>BEXIGA</b></p> <p>10 = Sem acidentes. Capaz de carregar a bolsa coletora, se necessário.</p> <p>5 = Acidentes ocasionais ou precisa de ajuda com os dispositivos.</p>	



<p><b>TRANSFERÊNCIA PARA HIGIENE INTIMA</b></p> <p>10 = Independente no vaso sanitário ou no uso de comadres. Manuseia as roupas, limpa-se, dá descarga ou limpa a comadre.</p> <p>5 = Precisa de ajuda para equilibrar-se, lidar com as roupas ou papel higiênico.</p>	
<p><b>TRANSFERÊNCIA-CADEIRA E CAMA</b></p> <p>15 = Independente, incluindo travamento da cadeira de rodas, levantamento dos apoios dos pés.</p> <p>10 = Mínima assistência ou supervisão.</p> <p>5 = Capaz de sentar-se, mas necessita de máxima assistência para as transferências. Precisa de ajuda para equilibrar-se, lidar com as roupas ou papel higiênico.</p>	
<p><b>DEAMBULAÇÃO</b></p> <p>15 = Independente por 45 m. Pode usar dispositivos de assistência.</p> <p>10 = Com ajuda, 45 m.</p> <p>5 = Independente com cadeira de rodas por 45 m se for incapaz de andar.</p>	
<p><b>SUBIR ESCADAS</b></p> <p><b>10 = Independente. Pode usar dispositivos de assistência.</b></p> <p>5 = Precisa de ajuda ou supervisão.</p>	
<p><b>TOTAL:</b></p>	

**F. AVALIAÇÃO FUNCIONAL (ESCALA DE LAWTON)**

1. O (a) Sr. (a) Consegue usar o telefone?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
2. O (a) Sr. (a) Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
3. O (a) Sr. (a) Consegue fazer compras?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
4. O (a) Sr. (a) Consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
5. O (a) Sr. (a) Consegue arrumar a casa?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
6. O (a) Sr. (a) Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1
7. O (a) Sr. (a) Consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda 3 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 1

<p>8. O (a) Sr. (a) Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?</p>	<p>Sem ajuda            3  Com ajuda Parcial   2  Não consegue        1</p>
<p>9. O (a) Sr. (a) Consegue cuidar de suas finanças?</p>	<p>Sem ajuda            3  Com ajuda Parcial   2  Não consegue        1</p>

**G. INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR – IPSF**

Neste questionário é apresentada uma série de 42 afirmações sobre a sua compreensão a respeito da percepção sobre o suporte ou assistência familiar recebido por você. É necessário por gentileza, que você responda a todas as questões assinalando com um **X** a alternativa que melhor se aplica a você e, se por acaso, nenhuma das opções estiverem de acordo com a sua resposta, por favor, escolha aquela que mais se aproxime do que você percebe.

Nº	AFIRMATIVAS	“QUASE NUNCA”  OU “NUNCA”	“ÀS VEZES”	“QUASE SEMPRE”  OU “SEMPRE”
01	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias			
02	As pessoas na minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.			

03	Há regras sobre diversas situações na minha família.			
04	Meus familiares me elogiam.			
05	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.			
06	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens.			
07	Eu sinto raiva da minha família.			
08	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.			
09	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.			
10	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.			
11	Minha família discute seus			

	medos e preocupações.			
12	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho (a).			
13	Eu me sinto como um estranho na minha família.			
14	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero.			
15	As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.			
16	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.			
17	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante.			

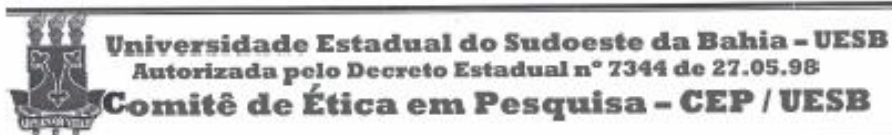
18	Em minha família tem privacidade.			
19	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.			
20	Há ódio em minha família			
21	Eu sinto que minha família não me compreende.			
22	Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levado em consideração.			
23	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando.			
24	Os membros de minha família se tocam e se abraçam.			
25	Minha família me proporciona muito conforto emocional.			

26	Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido(a).			
27	Viver com minha família é desagradável.			
28	Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem estar de cada um.			
29	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.			
30	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos			
31	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.			
32	Em minha família há competitividade entre os membros.			



33	Eu sinto vergonha da minha família.			
34	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer.			
35	Em minha família demonstramos carinho através das palavras.			
36	Minha família me irrita.			
37	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros.			
38	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.			
39	Eu me sinto excluído da família.			
40	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.			
41	Meus familiares servem como			

	bons modelos em minha vida.			
42	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.			



Jequié, 21 de outubro de 2008

Of. CEP 388/2008

Ilma. Sra.

Profa. Luciana Araújo dos Reis

Departamento de Saúde - UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S<sup>a</sup> que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.


Protocolo nº: **189/2008**

Projeto: **AMBIENTE FAMILIAR E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA**

Pesquisadores: **Profa. Luciana Araújo dos Reis (doutoranda)**  
**Prof. Gilson Vasconcelos Torres (orientador)**

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

  
**Prof.ª Ana Angélica Leal Barbosa**  
Presidente do CEP/UESB

---


Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Jequiezinho - Jequié-BA - Telefone: (73)3528-9727

ASSOCIAÇÃO ARQUIVOS DE NEURO-PSIQUIATRIA DR. OSWALDO LANGE

Praça Amadeu Amaral 47 conj 33 01327-010 São Paulo SP - Brasil  
FAX 55 11 3289 8879 E-mail anprev@terra.com.br www.scielo.br/anp

DECLARAÇÃO

Declaro que o artigo "ASSESSMENT OF FUNCTIONAL CAPACITY IN ELDERLY RESIDENTS OF AN OUTLYING AREA" de Luciana Araújo Reis, foi submetido, avaliado por pares e aceito para publicação na revista Arquivos de Neuro-Psiquiatria.

  
Dr Luís dos Ramos Machado  
*Professor Assistente Doutor em Neurologia*  
*Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*  
Editor Associado de Arquivos de Neuro-Psiquiatria

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza RF, Skubs T, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2007; 60(3): 64-68.
2. Santos JLF, Lebrao ML, Duarte YAO. Desempenho funcional de idosos nas atividades instrumentais da vida diária: uma análise no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24(4):879-886.
3. Pavarini SCI, Tonon FL, Silva JMC, Mendiondo M, Barham EJ, Filizola CLA. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista eletrônica de Enfermagem* 2006; 8(3): 326-335.
4. Reis LA, Torres GV, Silva JPA, Sampaio LS, Reis LA. Perfil Epidemiológico de idosos institucionalizados no Município de Jequié/BA. *Revista Enfermagem Atual* 2008; 46:19-23.
5. Sampaio LS, Lessa RS, Reis LA, Torres GV. Prevalência de Patologias Ortopédicas em Idosos atendidos em Hospital Público no Município de Lajedo do Tabocal-BA. *Revista Enfermagem Atual* 2007; 1(41): 30-2.
6. Reis LA, Mascarenhas CHM, Costa AN, Lessa RS. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2007; 31 (2): 324-32.
7. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2007; 10: 179-189.

8. Costa CC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paulista de Enfermagem* 2006; 19(1): 196-200.
9. Alquézar AI, Aranda ER, Sánchez AS, Herreno JCG. Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital em 2005. *Revista de Salud Pública* 2007; 81: 625-636.
10. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24(6): 360-8.
11. Zunzunegui MV, Nunez O, Durban M, Garcia de Yébenes MJ, Otero A. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6 year follow-up study in Spain. *Age Clin Exp Res.* 2006; 18:349-51.
12. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38:1-14.
13. Virtuoso Junior JS, Guerra RO. Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2008; 54(5): 00-00
14. Reis LA, Mascarenhas CHM, Torres GV. Evaluation of functional capacity on institutionalized elderly in the City of Jequié/BA. *Fiep Bulletin.* 2008; 78(1): 89-92.
15. Sulander T, Martelin T, Sainio P, Rahkonen O, Nissinen A, Uutela A. Trends and educational disparities in functional capacity among people aged 65-84 years. *Int J Epidemiol* 2006; 35(5):1261-1263.
16. Trelha CS, Revaldaves EJ, Yassef SM, Dellarroza MSG, Cabrera MAS, Yamada KN, Domiciano SCP. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. *Revista Espaço para a Saúde* 2006; 8(1): 20-7.

17. Caldas CP. Envelhecimento com dependencia: responsabilidades e demandas da familia. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3): 773-81.
18. Vilela ABA, Meira EC, Souza AS, Cardoso IS, Silva EL, Takase LH. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié/BA. *Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2006; 9(1):55-69.
19. Mazza MPR, Lefevre F. Cuidar em familia: análise da representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* 2005; 15(1): 1-10.
20. Mito RCT, Stamm M. Família e cuidado: uma leitura para além do obvio. *Ciência, cuidado e saúde* 2003; 2(2), 161-168.
21. Montezuma CA, Freitas MC, Monteiro ARM. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Revista eletrônica de Enfermagem* 2008; 10(2): 395-404.
22. Herédia VBM, Casara MB, Cortelletti IA. Impactos da longevidade na família multigeracional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2007; 10(1): 53-9.
23. Moreira KCM, Guerra RO. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2008; 66 (4): 809-13.
24. Gaspar JC, Oliveira MAC, Duayer FF. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2007; 41(4): 207-12.
25. Reis LA, Torres GV. Influência da dor crônica resultante de doenças osteomusculares na capacidade funcional de idosos institucionalizados no município de Jequié/BA – Natal 2008. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

26. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(11): 160-8.
27. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional/ Functional status and associated factors among the elderly in a southern Brazilian city: a population-based study. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24(2): 409-415.
28. Reis LA, Mascarenhas CHM, Marinho Filho LE, Borges OS. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2008; 11(1): 93-103.
29. Maciel ACC, Guerra RO. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade/ Functional limitation and survival of community dwelling elderly. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2008; 54(4): 347-352.



## 8. ABSTRACT

**Objective:** The aim of this investigation was to analyze the relationship between family environment and the functional capacity of elderly individuals residing at home.

**Methods:** This is an analytical cross-sectional study using a quantitative approach, with a sample of 235 elderly, mean age 73.52 ( $\pm 9.41$ ) years, enrolled in four health units in the district of Jequezinho, in the municipality of Jequié, Bahia. Data collection was performed with the application of four instruments: Sociodemographic and health characterization; Barthel Index (Basic activities of daily living) and the Lawton Scale (Instrumental activities of daily living) used to assess functional capacity and Perception of Family Support Inventory. For statistical analysis we used descriptive statistics (frequency, mean, standard deviation and median) and the calculation of the respective odds ratio using binary logistical regression, for the analysis of hierarchically clustered factors;  $p < 0.05$ .

**Results:** A prevalence of 69.80% ( $n=164$ ) was found in the elderly classified as dependent in the basic activities of daily living; the most prevalent were those with slight dependency (41.70%,  $n=98$ ). In the instrumental activities of daily living, 61.30% ( $n=144$ ) of the elderly were classified as dependent, the most frequent being partial dependency (31.90%,  $n=75$ ). As to perception of family support, in the Affectivity-Consistency domain, most of the elderly achieved a high score (71.10%  $n=167$ ); in the Adaptation-Family domain, there was greater frequency of elderly individuals with low scores (44.70%,  $n=105$ ) and in the Autonomy domain there was greater distribution of elderly with high scores (48.90%,  $n=115$ ). The total score on the Perception of Family Support Inventory showed a higher frequency of elderly with high scores (40.90%  $n=96$ ). A statistically significant difference was found between impaired functional capacity in relation to the basic activities of daily living and the variables

widowed ( $p=0.004$ ), married ( $p=0.020$ ), presence of health problems ( $p= 0.010$ ) and sequelae ( $p<0.001$ ), high score in the Affectivity-Consistency domain ( $p=0.030$ ) and medium-high score in the Adaptation-Family domain ( $p=0.010$ ). With respect to impaired functional capacity in the instrumental activities of daily living, no statistically significant difference was found with the study variables or with the domains of the Perception of Family Support Inventory. **Conclusions:** Considering the results it was found that the majority of the elderly had poor socioeconomic conditions and health services, involvement of at least two areas of the survey of perceptions of family support and high degree of functional limitation. It is also found that family environment is related with the functional limitations of elderly people living at home.

**Descriptors:** Elderly health. Daily activities. Socioeconomic factors. Family. Health conditions.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)