



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO ACADÊMICO**



**MARIA TEREZA DANTAS BEZERRA TAVARES**

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS COM  
HIV ASSISTIDOS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE-PE**

**RECIFE**

**2017**

**MARIA TEREZA DANTAS BEZERRA TAVARES**

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS COM  
HIV ASSISTIDOS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE-PE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia.  
Linha de pesquisa: Modo de vida, morbimortalidade e atenção à saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Ana Paula de Oliveira Marques

Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Márcia Carréra Campos Leal

**RECIFE**

**2017**

Catálogo na fonte:  
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

T231f	<p>Tavares, Maria Tereza Dantas Bezerra. Funcionalidade familiar e fatores associados em idosos com HIV assistidos em serviços de referência da cidade do Recife-PE / Maria Tereza Dantas Bezerra Tavares. – Recife: o autor, 2017. 79 f.; 30 cm.</p> <p>Orientadora: Ana Paula de Oliveira Marques. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em saúde coletiva. Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Relações familiares. 2. Idoso. 3. HIV. I. Marques, Ana Paula de Oliveira (orientadora). II. Título.</p> <p>614 CDD (23.ed.) <span style="float: right;">UFPE (CCS 2018 - 086)</span></p>
-------	--

**MARIA TEREZA DANTAS BEZERRA TAVARES**

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS COM  
HIV ASSISTIDOS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE-PE**

Esta dissertação de mestrado julgada e aprovada para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Pernambuco.

Dissertação aprovada em: 19/12/2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ana Paula de Oliveira Marques (Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Márcia Carréra Campos Leal (Membro Titular Interno)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins (Membro Titular Externo)

**RECIFE**

**2017**

*Aos meus pais, Bezerra e Eliane.*

*Às minhas meninas, Lara e Marina.*

*Ao meu esposo, Gilberto.*

*À minha irmã, Maria Eliza.*

*A todos os idosos que participaram da pesquisa.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à Deus, que sempre me manteve firme para enfrentar todos os obstáculos e que tanto me ajudou durante todo o mestrado.

Aos meus pais, Bezerra e Eliane, toda minha gratidão por todo o amor que sempre me deram, por mostrar que a educação é o melhor presente que se pode dar a um filho, pelos exemplos que são em minha vida e por me mostrar sempre o melhor caminho a seguir. Amo vocês!

Ao meu esposo, meu amigo, meu companheiro e maior incentivador, Gilberto, agradeço pelo companheirismo, o amor e por sua paciência que sempre me trouxe paz. Amo compartilhar com você minhas vitórias!

Agradeço também a toda minha família, especialmente à minha irmã Maria Eliza, minhas Tias Lêda e Edna pelo carinho, aos meus primos Ana Beatriz e João Pedro, às amigas Lícia e Lysianne, aos meus sogros Gilberto e Fátima pela força que me deram nas idas à Recife, aos meus pequenos João, Flávia Ceci, Júlia e Pedro, vocês estiveram sempre presentes me fazendo levantar a cabeça e seguir em frente nos momentos difíceis.

Às queridas professoras Ana Paula de Oliveira Marques e Márcia Cárrera Campos Leal, por serem exemplos de profissionais, pelo incentivo ao estudo, pelo apoio demonstrado durante o mestrado. À todos os outros professores que mesmo sem nominar, me fizeram adquirir o conhecimento não apenas racional, mas que contribuíram para meu crescimento pessoal. Muito obrigada por tudo!

À todos os que fazem parte do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), em especial as grandes amigas Larissa e Taynan que ganhei aqui em Recife e todos que fazem parte da turma PPGSC 2016, muito obrigada pelo companheirismo!

Às minhas amigas Rosaline, Kydja, aos colaboradores do grupo de pesquisa e todas as outras pessoas que estiveram próximas a mim durante a realização do estudo e o mestrado, vocês se fizeram mais que amigas, foi com a ajuda de vocês que consegui chegar até aqui. Obrigada, meninas!

À todos os pacientes que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa.  
Obrigada pela colaboração!

Grata a banca examinadora, pela atenção com a pesquisa e pela contribuição na aquisição de novos conhecimentos.

Às equipes dos hospitais de referência onde o estudo foi realizado, pela contribuição a pesquisa e pela receptividade, especialmente às enfermeiras Sílvia (Coordenadora da Policlínica Lessa de Andrade), Adriana (Coordenadora do Ambulatório do Hospital Correia Picanço) e Núbia (Enfermeira do Ambulatório do Hospital Correia Picanço). Muito obrigada pela ajuda!

“Nunca pedi coisa alguma em oração sem um dia,  
afinal, recebê-la de alguma maneira, de alguma forma”.  
(Charles Muller)

## RESUMO

Avaliar o padrão de funcionalidade familiar de idosos com HIV e seus fatores associados. Estudo descritivo, quantitativo, transversal, com 241 idosos, assistidos em Serviços de Referência para pacientes com HIV no município de Recife/PE, realizado durante os meses de outubro de 2016 a maio de 2017. Os dados sociodemográficos, condições de saúde, avaliação funcional, apoio social e funcionalidade familiar foram coletados por meio de entrevistas individuais. Os testes Qui-quadrado e Fisher foram empregados para as análises bivariadas. Para compor o modelo multivariado levou-se em consideração as variáveis que obtiveram significância  $\leq 0,20$  na análise bivariada, sendo utilizado o modelo de regressão de Poisson e adotado o nível de significância 0,05. Entre os idosos entrevistados, prevaleceram os homens em torno de 63%, sem companheiro/a (69%), que tinham cursado até 4 anos de estudo (29%), com renda de até 2 salários mínimos (56%), contribuindo totalmente com as despesas da casa (57%), ex fumantes (44%), com comorbidades (97%) e tempo de diagnóstico para o HIV entre 10 a 20 anos. Quanto a avaliação funcional, 84% dos idosos são independentes e 58% tem boa rede de apoio social. Quanto à dinâmica familiar em torno de 60% apresentam boa funcionalidade, enquanto 40% tem disfunção moderada/elevada. Houve associação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e ter companheiro/a ( $p < 0,033$ ) e com o apoio social ( $p < 0,001$ ). Verificou-se que idosos com 80 anos ou mais apresentam 49% mais risco de ter disfunção familiar moderada/elevada. Entre os que não tinham companheiro/a esse risco foi 50% maior, em comparação aos que residiam com companheiro/a. Quando avaliado o apoio social, os idosos com rede de apoio insuficiente apresentam 151% mais risco de ter um sistema familiar disfuncional. Conhecer a funcionalidade familiar é importante para uma assistência qualificada ao idoso com HIV, pois uma família funcional é importante para o suporte oferecido ao idoso, sendo essencial para o cuidado adequado a pessoa idosa.

**DESCRITORES:** Relações familiares. Idoso. HIV.

## ABSTRACT

To evaluate the pattern of the familial functionality of the elderly people with HIV and their factors associated. Descriptive, quantitative, transversal study, with 241 elderly, taken care by a Reference Service for patients with HIV in Recife/PE city, executed during October of 2016 until May of 2017. The sociodemographic data, life condition, functional evaluation, social support and familial dynamic were collected in individual interviews. The chi-square and the Fisher tests were used for the bivariate analysis. To compose the multivariate model was taken into consideration the variable which obtained  $\leq 0,20$  significance on the bivariate analysis, using the Poisson regression model and getting 0,05 level of significance. Among the elderly interviewed, the men remained around 63%, without a partner (69%), who have only concluded 4 years of education (29%), with income of two minimum wage (56%), totally contributing with household expenses (57%), ex-smokers (44%), with comorbidities (97%) and diagnostic time for HIV between 10 to 20 years. About the functional evaluation, 84% of the elderly are independent and 58% have a good social support. When it comes to familial dynamic, around 60% show good functionality, while 40% have moderate/high dysfunction. There was a significant statistically association between familial functionality and have a partner ( $p < 0,033$ ) and the social support ( $p < 0,001$ ). It was verified that the elderly with 80 years or more show 49% more risks to have a moderate/high familial dysfunction. Among the ones without partner, this risk was greater than 50%, in comparison to those who reside with a partner. When the social supporter was evaluate, the elderly with an insufficient support network show 151% more risks of having a dysfunctional familial system. To know the familial functionality is important to have a qualified assistance to the elderly with HIV, because a functional family is important for the support offered to the elderly, being essential for the adequate care of the elderly person.

**DESCRIPTORS:** Familial relationships. Elderly. HIV.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Quantitativo de pessoas idosas com HIV cadastradas nos serviços de referência participantes da pesquisa na cidade do Recife-PE, 2016.....	34
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos entrevistados. Recife-PE, 2017.....	52
<b>Tabela 2</b> - Caracterização das condições de saúde, avaliação funcional, o apoio social e funcionalidade familiar dos idosos entrevistados. Recife-PE, 2017.....	53
<b>Tabela 3</b> – Distribuição e associação da funcionalidade familiar com as características socioeconômicas e demográficas dos idosos entrevistados. Recife-PE, 2017.....	54
<b>Tabela 4</b> - Distribuição e associação da funcionalidade familiar com as condições de saúde, avaliação funcional e o apoio social dos idosos entrevistados. Recife-PE, 2017.....	55
<b>Tabela 5</b> - Resultados do modelo de regressão de Poisson para a funcionalidade familiar em relação às variáveis estudadas. Recife-PE, 2017.....	56

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas  
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AIDS: Acquired Immunity Deficiency Syndrome  
AVD's: Atividades da Vida Diária  
CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética  
CD4: Grupamento de diferenciação 4  
CD8: Grupamento de diferenciação 8  
CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CNS: Conselho Nacional de Saúde  
CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DCV: Doença Cardiovascular  
DM: Diabetes Mellitus  
EUA: Estados Unidos da América  
FCPF: Fator de Correção para População Finita  
FF: Funcionalidade Familiar  
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica  
HIV: Human Immunodeficiency Vírus (Vírus da Imunodeficiência Humana)  
HIV-1: Human Immunodeficiency Vírus 1 (Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1)  
HIV-2: Human Immunodeficiency Vírus 1 (Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 2)  
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IMIP: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira  
IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis  
LSNS: Lubben Social Network Scale  
LSNS-6: Escala Breve das Redes Sociais de Lubben  
OMS: Organização Mundial da Saúde  
PE: Pernambuco  
PIBIC: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica  
SAE: Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS  
SES: Secretaria Estadual de Saúde  
SM: Salário Mínimo  
SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCLEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral

SICLOM: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE: Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
2.1 HIV/AIDS EM IDOSOS.....	20
2.2 A IMPORTÂNCIA DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NO CONTEXTO DO IDOSO.....	24
2.3 FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR.....	27
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
<b>4 DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS.....</b>	<b>32</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO.....	32
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	33
4.4 AMOSTRA.....	34
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	35
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	36
4.7 ELENCO DAS VARIÁVEIS.....	36
4.7.1 Variável dependente.....	36
4.7.2 Variáveis independentes.....	37
4.8 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	39
4.9 COLETA DE DADOS .....	39
4.10 ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.11 ASPECTOS ÉTICOS .....	41
<b>5 ARTIGO.....</b>	<b>42</b>
5.1 ARTIGO ORIGINAL: Funcionalidade familiar de idosos com HIV e fatores associados.....	42
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>65</b>
APÊNDICE A: IDENTIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA, DEMOGRÁFICA E CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO COM HIV.....	66

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
<b>ANEXOS.....</b>	<b>70</b>
ANEXO A: ESCALAS UTILIZADAS.....	71
ANEXO B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	76

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, evidenciado pelo aumento da expectativa de vida e pela diminuição da taxa de fecundidade, implicando em efeitos no ponto de vista social, econômico e na saúde (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Segundo projeções para o ano de 2050, o número de pessoas com idade equivalente ou superior a 60 anos, corresponderá a 21% da população mundial o que representará 2 bilhões de idosos. No Brasil para esse ano 30% da população será representada pelo segmento mais envelhecido (ILC-BRASIL, 2015).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011), um país com uma população envelhecida tem 7% do total da sua população de pessoas com 60 anos ou mais. O Censo Populacional realizado no Brasil no ano de 2010, mostrou que cerca de 11% da população brasileira possui 60 anos ou mais, sendo assim o Brasil não é mais considerado um país jovem (IBGE, 2010).

Na Região Nordeste o número de pessoas idosas é de mais de 5 milhões, o que corresponde a aproximadamente 10,3% da população brasileira. No estado de Pernambuco a população total corresponde a 7.918.344, sendo 10,6% com idade igual ou maior de 60 anos. No município de Recife a parcela da população idosa corresponde a 11,9% da população total, sendo 7,5% do sexo feminino e 4,4% do sexo masculino (IBGE, 2011).

A partir do aumento do número de pessoas idosas, é importante trabalhar a questão da atividade sexual nessa faixa etária. É preciso entender o envelhecimento enquanto um processo individual e natural, que todos os seres vivos passam desde o seu nascimento até o momento de sua morte, sendo assim não deve ser entendido como uma fase de tristeza, doença ou de abandono de sua sexualidade, entretanto na sociedade em que vivemos foram criados tabus em relação a sexualidade da pessoa idosa, dificultando sua percepção enquanto direito de homens e mulheres maiores de 60 anos (CAETANO, 2008).

O aumento da qualidade de vida adicionado aos avanços na área da saúde, têm permitido que os idosos vivenciem sua sexualidade de forma segura. Entretanto, a ocorrência de práticas sexuais inseguras contribui para que essa população se torne mais vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), dentre elas, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (DORNELLAS NETO *et al*, 2015).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS) é uma doença caracterizada por disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo portador do HIV, sendo este um retrovírus que se multiplica através da alteração do DNA da célula humana, rompendo-as e

multiplicando-se, fazendo com que o organismo humano se torne sucessível a doenças oportunistas e são estas as responsáveis pela morte de um portador (SANTANA, 2014). O HIV é transmitido por contato direto e/ou troca de sangue, bem como fluidos corporais de uma pessoa já infectada (BRASIL, 2005).

Desde o início da epidemia de AIDS no Brasil, nos anos 80, até junho de 2015 foram registrados 798.366 casos desta patologia no país, sendo 615.022 (77%) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 45.306 (5,7%) no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e 138.038 (17,3%) no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (Sisclcl) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). A população mais representativa é a do sexo masculino com 519.183 notificações (65%), enquanto a população feminina apresenta 278.960 casos (35%). A maioria desses (53,8%) se concentram na Região Sudeste, seguida pela Região Sul (20%) e Nordeste (14,6%) (BRASIL, 2015).

A faixa etária que apresenta maior concentração de pessoas portadoras do HIV é a de 25 a 39 anos, mas tem sido percebido o crescimento no número de diagnóstico de HIV positivo em pessoas maiores de 60 anos (BRASIL, 2015). A idade é um fator de risco importante para doenças, além de que os idosos muitas vezes são portadores de mais de uma patologia, como por exemplo as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que somadas a um diagnóstico de HIV positivo podem afetar a capacidade funcional do idoso, fazendo com o que ele precise da ajuda de algum cuidador que muitas vezes é um componente da família (CHAIMOWICZ, 2013).

As políticas de atenção ao idoso defendem que o próprio domicílio é o melhor lugar para o idoso viver, tendo como objetivo manter sua autonomia, dignidade e identidade. Um contraponto importante nesse contexto é o fato de que não existe apoio dos serviços sociais e da saúde para o autocuidado da família como unidade, principalmente quando existe um membro dependente, como o idoso fragilizado ou portador de doenças crônicas, podendo assim ameaçar o bem-estar e a qualidade de vida da família (POLARO *et al*, 2013).

Com o passar dos anos a composição das famílias vem mudando e o modelo nuclear que antes era predominante hoje não é mais (ANDRADE; MARTINS, 2011). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2002) a define como “unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas”.

A família compõe um sistema social que desempenha diferentes e importantes papéis na sociedade, sejam elas de natureza afetiva, de socialização, reprodutiva e educativa. A função

que mais persiste com o passar dos anos e apesar das mudanças é a afetiva, e esta é determinante na atitude da família e na percepção que seus componentes tem de sua funcionalidade familiar (ANDRADE; MARTINS, 2011).

Ao se abordar a questão da dinâmica familiar é importante estudar a funcionalidade dessa família, explorando a relação entre seus membros, podendo assim observar se há harmonia ou não entre os integrantes, pois existem questões importantes a serem consideradas como a sobrecarga, falta de informação, o preparo do cuidado e a falta de instrumentalização (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

Na literatura especializada é possível encontrar poucos estudos abordando a temática funcionalidade familiar, sendo ainda mais restrito quando se trata dessa temática em idosos com HIV, justificando a realização do presente estudo, uma vez que os idosos com esta síndrome, em geral são mais susceptíveis a doenças que podem comprometer sua capacidade funcional e saúde mental, necessitando assim de todo o apoio oferecido por sua família e amigos.

Reconhecer a importância da família para o idoso portador de HIV/AIDS e identificar, por meio do instrumento APGAR da família, se esta é funcional ou não, é de extrema importância para o idoso e para os profissionais, pois permite a elaboração de um projeto terapêutico que possa agir de maneira a melhorar a dinâmica familiar, para que com o apoio de seus parentes o enfrentamento do HIV seja mais fácil para o idoso e para sua família.

Este estudo irá trazer contribuições para o âmbito acadêmico e de gestão, por incentivar pesquisas a respeito do tema a que se propõe e por disponibilizar dados que possibilitam discussões a respeito do apoio familiar que os idosos com HIV dispõem para que possa contribuir cada vez mais com a assistência prestada a esse público.

Diante do exposto, o estudo tem como pergunta norteadora: Qual o padrão de funcionalidade familiar em idosos infectados pelo HIV assistidos em serviços de referência e seus fatores associados?

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 HIV/AIDS EM IDOSOS

A transição demográfica vivenciada pela sociedade atual, faz com que mais pessoas cheguem à velhice, portanto, o envelhecimento populacional é um processo natural (LAROQUE *et al*, 2011). Dados da Organização Mundial da Saúde (2011) indicam que, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais e estima-se que em 2050 esse número será de uma para cinco pessoas. O crescimento do número de idosos é maior proporcionalmente do que em qualquer outra faixa etária.

Paralelo a essa transição demográfica é necessário considerar o fato de que os idosos têm vida sexual ativa e acabar com os mitos relacionados a um ser assexuado (COSTA; SILVA, 2013). Um estudo realizado no Nordeste Brasileiro mostrou que durante o processo de envelhecimento os desejos e prazeres das pessoas continuam existindo e que os mesmos possuem vida sexual ativa acontecendo de forma insegura (SALES *et al*, 2013).

A crença num envelhecimento assexuado, somado a falha do sistema de saúde em realizar ações educativas direcionadas à prevenção de IST nos idosos, faz com que muitos deles percam suas vidas por falta de orientações (COSTA; SILVA, 2013), embora se perceba que atualmente no Brasil, haja o emprego de políticas direcionadas à pessoa idosa, principalmente em relação à promoção da saúde, o que faz com que estes usuários continuem tendo relações sexuais já que há melhora na qualidade de vida e incentivo à socialização com a prática de atividades coletivas, como por exemplo, grupo de idosos entre outras atividades (ANDRADE *et al*, 2017), ainda é escassa a abordagem da temática sexualidade e HIV nas ações dirigidas aos idosos.

Ter uma vida sexual ativa e prazerosa tem seu reflexo na vida do idoso, no que diz respeito a sua autoestima e deve ser encarada como um processo natural na vida de qualquer indivíduo, se faz necessário que a sociedade deixe de encarar a prática da relação sexual no envelhecimento como mito ou visto como algo imoral (ALENCAR *et al*, 2014).

A prática da sexualidade durante toda a vida, faz com que as pessoas experimentem formas diferentes de vivê-la, devido as mudanças cronológicas e fisiológicas. As pesquisas desenvolvidas nos anos 50 e 60 comprovaram que a capacidade sexual muda com os anos, principalmente quantitativamente (ULTRAMARI *et al*, 2011). Novas formas de viver o envelhecimento, principalmente em relação a sua sexualidade, faz aumentar o número de casos de doenças relacionadas ao sexo, em especial a AIDS (LAROQUE *et al*, 2011).

As alterações sexuais que acometem o idoso variam conforme o sexo. O homem pode apresentar respostas sexuais mais lentas, as quais podem ser facilmente perdidas. As mulheres sofrem alterações hormonais decorrentes do climatério e menopausa, com interferência na lubrificação vaginal, favorecendo a ocorrência de microtraumatismos durante o ato sexual deixando-a mais susceptível a infecção, incluindo o vírus do HIV (ULTRAMARI *et al*, 2011).

O vírus do HIV é dividido em dois tipos, o HIV-1 e o HIV-2, possuindo tipos, subtipos e sub-subtipos. O HIV-1 é o responsável pela maioria dos casos de HIV (BRASIL, 2015), a disseminação desse vírus teve seu início na República Democrática do Congo e se espalhou por todo o mundo, atingindo assim uma patologia de caráter pandêmico (FARIA *et al*, 2014).

Desde o início da epidemia da AIDS no Brasil, informações foram veiculadas pela mídia, algumas relativas ao desenvolvimento científico da doença, outras desfavoráveis como a associação da doença a comportamentos “errados”, como o homossexualismo, isso fez com que o estigma contra a doença crescesse isolando cada vez mais a pessoa com HIV (VILARINHO; PADILHA, 2016).

No entanto até os dias de hoje, a ocorrência de casos da infecção pelo HIV ainda continua desafiando os meios políticos, sociais e a ciência, por ter característica multifacetada e de difícil controle. Os idosos que antes não faziam parte dos grupos de risco, atualmente representam uma incidência crescente nos casos de HIV, chamando a atenção dos diversos segmentos da sociedade para este agravo na saúde da pessoa idosa (BEZERRA *et al*, 2015).

Na década de 80, os casos de AIDS em pessoas idosas notificados pelo Ministério da Saúde correspondiam a 240 homens e 47 mulheres, já na década de 90, verifica-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres. Do primeiro registro em 1980 até junho de 2015 foram registrados no segmento dos maiores de 60 anos um total de 25.794 casos, sendo 16.366 do sexo masculino e 9.418 do sexo feminino (BRASIL, 2015).

No Brasil o primeiro caso confirmado de AIDS, ocorreu em um paciente com Sarcoma de Kaposi, ainda no início da década de 80, porém a identificação do vírus aconteceu apenas nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo chegando às outras regiões apenas no final da mesma década. Nos últimos 10 anos houve um aumento significativo no número de casos de HIV no segmento etário com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos (BRASIL, 2015), o que demonstra a vulnerabilidade da pessoa idosa à ocorrência da infecção pelo HIV (ANDRADE *et al*, 2017).

Entre os motivos da não adoção das práticas preventivas do HIV na pessoa idosa estão fatores tais como: negociar o uso de preservativo com o parceiro, principalmente quando o casamento já dura muitos anos e serem vistos como relacionamentos estáveis; confiança na

fidelidade do parceiro (a), não havendo relações extraconjugais; e práticas de sexo não seguro por toda a vida (BEZERRA *et al*, 2015).

No estudo desenvolvido por Serra (2013) entre as causas atribuídas ao aumento dos índices de contaminação e de idosos com HIV estão: mudanças socioculturais, sobretudo na sexualidade; inovações na área da saúde e medicamentosa; acesso à terapia antirretroviral; resistência por parte dos idosos em utilizar a camisinha, principalmente no caso das mulheres pelo medo de gerar desconfiança na relação entre o casal.

O não uso do preservativo pelo idoso se deve a crença de que o vírus do HIV atinge pessoas jovens, em especial em idade reprodutiva, pois o idoso não se reconhece como pessoa vulnerável à infecção pelo vírus do HIV (BEZERRA *et al*, 2015), contribui para que o diagnóstico venha a acontecer tardiamente, de forma diferente do observado para as demais faixas etárias desde o ano de 2011 (BRASIL, 2015).

A importância de conhecer os fatores associados aos comportamentos sexuais de risco nos idosos é crucial para que sejam elaboradas ações direcionadas, de modo a tornar esta pessoa menos vulnerável. Porém o que se percebe é que o profissional da saúde ainda resiste em abordar a sexualidade entre os mais velhos (ANDRADE *et al*, 2017)

Sendo assim, o profissional deve despir-se de preconceitos e considerar o fato de que os idosos têm vida sexual ativa, não são seres assexuados, trabalhando a questão da prevenção, tornando isso rotina do seu atendimento, para que o idoso perceba o risco de contaminação em situação de práticas não seguras (ANDRADE *et al*, 2017).

O pensamento hegemônico que a sociedade possui a respeito da sexualidade das pessoas maiores de 60 anos tem reflexo no modo como o profissional da saúde atende a esta população, pois a crença de que o idoso possui um único parceiro, no geral sempre afasta a investigação e o diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis e faz com que não se dê atenção ou não se questione sobre práticas sexuais, relações extraconjugais e em especial o uso do preservativo (MELO *et al*, 2012).

Além das questões que permeiam o trabalho do profissional de saúde frente à sexualidade do idoso e tudo o que está envolvido neste processo, também há por parte do idoso o receio em realizar a investigação do HIV, pois de acordo com o estudo realizado por Lazzaroto *et al* (2008), o medo do choque, o trauma emocional, social e físico causado pelo diagnóstico do vírus no organismo afasta o indivíduo de um possível diagnóstico.

O diagnóstico de HIV positivo na pessoa idosa é feito na sua maioria dos casos no estágio avançado da doença, favorecendo a ocorrência de muitos óbitos nessa população (BRASIL, 2015). O atendimento na atenção básica não garante a investigação do HIV, o que se percebe é

que a maioria dos diagnósticos são feitos na atenção secundária e terciária (ALENCAR; CIOSAK, 2015).

A descoberta do HIV só acontece após a apresentação de sintomatologia, a dificuldade de diagnóstico nos idosos se deve ao fato da maioria deles possuírem outras doenças oportunistas, fazendo com que os profissionais ignorem os sintomas da AIDS (VIEIRA; ALVES; SOUZA, 2014). Os idosos que participaram de uma pesquisa relataram que a investigação do HIV só ocorre quando o indivíduo foi exposto a alguma situação de vulnerabilidade, sendo assim, o diagnóstico do HIV na pessoa idosa acontece após extensa investigação e exclusão de demais patologias, atrasando assim o tratamento (ARALDI *et al*, 2016).

A notícia sobre diagnóstico de HIV positivo altera o modo como o indivíduo vive, sendo assim é preciso que os profissionais que trabalham com esse público, entendam a relação que existe entre a doença e o tratamento, pois mudanças vão ocorrer na vida do indivíduo, já que esta doença é crônica e apenas receber o diagnóstico não garante a adesão ao tratamento (NASSER; NEMES, 2016).

É preciso que os profissionais estejam capacitados a respeito da temática HIV/AIDS, que existam políticas públicas adequadas e direcionadas para esse problema de saúde, pesquisas científicas acerca do tema, consultas com profissionais de saúde especializados, educação em saúde divulgada nos meios de comunicação, entre outros meios que possibilitem ao idoso viver mais e ter melhor qualidade de vida (LAROQUE *et al*, 2011).

É preciso que os profissionais encarem o envelhecimento além das patologias que ocorrem nesta fase da vida, para que assim possam conseguir melhorar sua assistência, já que muitos não se consideram capacitados para tratar a sexualidade do idoso, usar atividades lúdicas de forma didática e dar espaço ao diálogo para que assim, os questionamentos sejam esclarecidos, são estratégias importantes que assim seja criado o vínculo entre o usuário e o profissional (CASTRO *et al*, 2014).

O estudo desenvolvido por Alencar & Ciosak (2015) abordou a questão das relações multiprofissionais e o não julgamento por parte dos mesmos em relação à sexualidade. Esse mesmo estudo propõe a implantação de um instrumento que aborde as questões da vulnerabilidade do idoso ao HIV, este instrumento deverá ser aplicado pelos profissionais durante a consulta na atenção básica, para que assim possa atender as necessidades de cada indivíduo idoso, em especial o risco da transmissão deste vírus.

A realização de campanhas educativas em relação a AIDS direcionadas ao público idoso é uma estratégia que deve ser adotada pelos profissionais de saúde em todos os níveis de

atenção. O estudo de Lazzaroto *et al* (2013) mostrou que oficinas educativas tem efeito positivo em relação ao conhecimento sobre HIV em idosos e ainda reforça a importância do acolhimento e do diálogo para a criação de um ambiente propício para a realização dessas campanhas.

## 2.2 A IMPORTÂNCIA DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NO CONTEXTO DO IDOSO COM HIV

O envelhecimento traz consigo modificações no organismo humano que por muitas vezes resulta em um processo de adoecimento, tornando o indivíduo mais vulnerável às patologias. Atualmente estima-se que no Brasil 85% das pessoas idosas possuam alguma doença crônica e que pelo menos 10% apresenta alguma comorbidade. Esse fato leva o idoso muitas vezes a depender de cuidado contínuo realizado por terceiros, na maioria das vezes componentes de sua família (CAMARANO, 2010).

A instituição família vem sofrendo modificações importantes com o passar dos anos, relacionadas aos grupos e classes sociais nos quais a família está inserida e pelo aumento no número de pessoas idosas na população, o que resulta em uma alteração na composição familiar (VERA *et al*, 2014).

Com o passar dos anos ocorreu a substituição do modelo de família tradicional pelo nuclear com a presença frequente de relações multigeracionais, ou seja, cada vez mais existe o convívio de crianças e adolescentes com o idoso, gerando uma diversidade na estrutura interna da família (MOTA *et al*, 2010), conforme mostra o estudo realizado em São Paulo por Duarte, Lebrão e Lima (2005) onde foram encontrados sessenta e seis tipos de arranjos domiciliares.

Na família em que há um idoso dependente, geralmente um familiar fica responsável pelos maiores cuidados ao idoso, que é denominado de cuidador principal, esta condição pode ser muitas vezes determinada pela obrigação moral que o cuidador tem para com o idoso, ou a condição de conjugalidade, (CAMARANO, 2010), assim como o amor e a redenção (GONÇALVES 2 *et al*, 2011b). O lar é tido como o espaço em que as pessoas vivem com boa qualidade de vida e para os casos dos idosos com algum tipo de doença, as mesmas se mantenham estáveis (CAMARANO, 2010).

É necessário que a família se adapte as necessidades do idoso, em especial ao que precisa de cuidados, pois quando a família tem um histórico de brigas e conflitos não havendo uma boa relação entre seus integrantes, essa relação pode ser penosa e o cuidado prestado inadequado, mas quando há uma boa relação entre o idoso e seu cuidador o grau de confiança e respeito entre ambos é maior (PAVARINI *et al*, 2006).

Sendo em geral a família o principal núcleo de cuidados do idoso, se percebe sua contribuição positiva na promoção da saúde do mesmo. Quando esse cuidado é prestado por algum membro da família, a adesão ao tratamento é maior e mais eficaz, principalmente quando a mesma é vista enquanto participante ativo no processo saúde-doença (SQUARCINI *et al*, 2011).

O diagnóstico positivo para HIV implica em reações para o idoso e também para sua família, que também assim como ele experimenta estágios de adaptação, que se aproximam dos quais o portador também passa (SERRA, 2013). O fato de ter uma doença vem acompanhada por diversos fatores, entre eles estão os de ordem emocional, deixando o indivíduo mais frágil, dependente e inseguro, além de questões de ordem psíquica como preocupação, angústia e alteração na autoimagem (GONÇALVES *et al*, 2011b).

É frequente a omissão do diagnóstico do HIV por parte do idoso para sua família e sociedade, em parte justificada pelos seguintes motivos: medo, vergonha, receio de serem estigmatizados e vítimas dos preconceitos atribuídos à doença. Isso também acontece quando a família já sabe do diagnóstico e não revela a sociedade como forma de proteger seu familiar, para que o mesmo não seja tratado com indiferença pelos demais (VILARINHO; PADILHA, 2016).

Uma pesquisa realizada no Nordeste Brasileiro (SALES; TEIXEIRA; REBELO, 2013) sobre a percepção dos idosos a respeito do HIV e AIDS mostrou que há uma estreita relação entre esta patologia e os sentimentos de medo, rejeição, sofrimento entre outros. A família pode representar o alicerce na vida do idoso, em especial aos que recebem o diagnóstico do HIV, quando recebe, o apoio dos seus familiares no enfrentamento da patologia, até hoje tão estigmatizada pela sociedade, sendo assim, ela deve ser acolhida pelos profissionais como uma unidade de cuidados (GONÇALVES *et al*, 2011a).

A presença e o apoio da família no processo de envelhecimento é muito importante, conviver harmoniosamente com o idoso e auxiliá-lo quando se faz necessário, principalmente quando existe algum tipo de doença são elementos essenciais para que haja uma boa dinâmica familiar (SILVA; RABELO; QUEROZ, 2010).

Em um sistema familiar funcional há a definição de regras, papéis e funções de seus membros, para que assim os problemas possam ser resolvidos de maneira a buscar sempre a estabilidade emocional de seus integrantes. Opondo-se a isso, em uma família disfuncional há conflitos de gerações, hierarquia invertida e/ou confundida com autoritarismo (BRASIL, 2006).

Quando em uma família as relações expressam disfuncionalidade familiar, outras condições podem surgir na vida do idoso decorrentes do estresse causado pela dinâmica

familiar, por isso se faz necessário trabalhar a funcionalidade familiar, pois através dela que pode ser explorada os tipos de relações que há entre seus componentes (GONÇALVES *et al*, 2011b).

Um instrumento utilizado para avaliar a funcionalidade familiar é o “*Family APGAR*”, um questionário desenvolvido por Gabriel Smilkstein em 1978. No Brasil, o APGAR da família foi traduzido e adaptado com utilização de metodologia de adaptação transcultural (DUARTE, 2001).

Este instrumento tem como objetivo investigar a questão da disfunção familiar, verificando a percepção dos indivíduos sobre sua família como um recurso psicossocial (escore elevado) ou como um suporte social deficitário e provável fator estressor (escore baixo). Por meio do APGAR da família o paciente revela a sua satisfação com a dinâmica familiar, possibilitando também aos profissionais a oportunidade de elaborar um projeto terapêutico (BRASIL, 2006; DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2001).

Conforme Silva M. J. *et al* (2014) em relação aos idosos do Nordeste brasileiro, este instrumento é adequado para avaliar a funcionalidade de família, pois possui consistência interna e validade de critério, o que demonstra ser um objeto de triagem apropriado.

O APGAR também mostrou-se eficaz na avaliação da dinâmica da família de idosos pobres com alterações cognitivas, podendo ser usado no cotidiano dos profissionais de saúde que lidam com essa população, para que assim possa atender as demandas dos idosos e sua família, buscando o equilíbrio familiar e dessa forma poder contribuir para a integridade física e psicológica do idoso (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011).

No estudo de Pavarini *et al* (2006) o APGAR de família demonstrou-se adequado para avaliar o funcionamento da família de idosos independentes que no momento participavam de um programa de alfabetização para adultos, o instrumento também permitiu aos idosos um momento de reflexão para pensar sobre as relações que existem em suas famílias.

No trabalho de Silva *et al* (2013) o instrumento foi utilizado na Atenção Básica e destacou que as famílias em sua maioria (51,6%) são funcionais e as dimensões que apresentação maior grau de satisfação foram: desenvolvimento e capacidade resolutiva, enquanto que a afetividade e o companheirismo obtiveram um menor nível de satisfação. Este estudo concluiu que o APGAR de família é bastante útil na prática dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, em especial para o enfermeiro.

Em relação a visão dos idosos e seus cuidadores no estudo de Polaro (2013) e Gonçalves *et al* (2011a), sobre sua funcionalidade familiar o resultado foi de boa funcionalidade, mas nos dois trabalhos um percentual importante dos idosos e cuidadores avaliados referem elevada e

moderada disfunção familiar. Corroborando com isso, as respostas de nível mediano dos cuidadores em questões referentes ao estilo e qualidade de vida refletem possíveis dificuldades no convívio com os idosos (POLARO, 2013).

O estudo de Santos e Pavarini (2012), mostra que quanto mais pessoas coresidem com o idoso, melhor será a funcionalidade familiar. O trabalho também traz que conhecer a funcionalidade familiar a partir da óptica dos cuidadores faz com que os profissionais da saúde possam planejar e implementar políticas e programas de suporte social à família.

A pesquisa desenvolvida por Andrade e Martins (2011) concluiu que a qualidade de vida é mais elevada nos idosos que possuem melhor dinâmica familiar, sendo assim as políticas de saúde do idoso que tratem sobre promoção da saúde com melhoria da qualidade de vida deve considerar a funcionalidade familiar já que estes dois aspectos estão diretamente relacionados.

### 2.3 FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR EM IDOSOS COM HIV

O idoso diagnosticado com o vírus do HIV positivo, no aspecto social convive com o estigma de “estar com AIDS”, há o medo de rejeição por parte da família e sociedade, face ao exposto, Serra (2013) em seu estudo sobre a percepção de vida dos idosos portadores de HIV, diz que a AIDS tem ‘duas dores’: a dor da própria enfermidade e a dor dos olhos dos outros.

A AIDS é uma síndrome que atinge diversos e diferentes aspectos da vida de uma pessoa, causando consequências psicossociais, profissionais, familiares e orgânicas, afetando o ser humano em sua integralidade, interferindo em sua atividade profissional, capacitação social e qualidade de vida (CASTANHA *et al*, 2006b).

Entre as classes econômicas dos idosos com HIV, as classes C, D e E são as que apresentam maior número de indivíduos infectados pelo HIV, pois existe uma estreita relação entre indicadores socioeconômicos desfavoráveis e o aumento da incidência do HIV (Okuno *et al*, 2012).

Em relação à escolaridade, Batista *et al* (2011) destacam em trabalho realizado, a insuficiência de conhecimentos sobre a doença por parte dos idosos, respaldada por muitas omissões às perguntas e respostas incompletas durante as entrevistas. Os autores ainda verificaram uma forte associação entre escolaridade e conhecimento sobre a AIDS, justificando em parte a tendência atual da epidemia, acometendo prioritariamente segmentos populacionais menos escolarizados.

O nível de conhecimento dos idosos sobre a AIDS é um ponto a ser trabalhado, pois em seu estudo Serra (2013), observou que havia uma distinção entre ‘ouvir falar’ e ter informações corretas sobre a doença. Muitos não haviam percebido estar sob risco, caracterizando, assim, vulnerabilidade.

Com o envelhecimento há um aumento na incidência das doenças crônico-degenerativas, as quais podem causar algum tipo de sequelas limitantes, requerendo assim algum tipo de demanda assistencial para o idoso (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005). A alta prevalência das DCNT nos idosos demonstram que o Brasil ainda apresenta fragilidades no combate a esse tipo de patologia, sendo assim, em 2011 foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011).

A ocorrência das DCNT é muito comum nas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e muitas vezes a existência de uma dessas patologias é acompanhada por um certo grau de incapacidade, sendo assim, aceitar e entender o envelhecimento é uma tarefa difícil, principalmente se na família existe a presença de um idoso com algum tipo de limitação, que pode gerar gastos pelos cuidados que as limitações apresentadas exigem (VERA *et al*, 2014), pois a família é a principal responsável pelo cuidado ao idoso (BATISTA; CRISPIM, 2012).

O adoecimento por questões de ordem psíquica também é um agravo que acontece à saúde da pessoa idosa, como por exemplo, a depressão. Os idosos que não recebem o apoio e o cuidado da família, ou seja, onde as relações são desarmoniosas, os sintomas depressivos podem ser agravados, ao contrário do que ocorre nos casos em que há a presença de uma dinâmica familiar satisfatória (SOUZA *et al*, 2014).

É necessário que os profissionais da saúde trabalhem a questão da capacidade funcional e autonomia dos idosos, com o objetivo de manter sua independência, para assim poder contribuir na melhoria das relações familiares e sociais (VERA *et al*, 2014). Pensar em seu envelhecimento e a possibilidade de dependência possibilita uma reflexão a respeito de suas relações familiares (PAVARINI *et al*, 2006).

A escolha do cuidador do idoso quando o mesmo pode fazê-lo é guiada por questões sociais, culturais e pela história de vida (PAVARINI *et al*, 2006). Conforme o estudo de Duarte (2005), as pessoas maiores de 60 anos não estão sendo assistidas de uma forma adequada e os arranjos familiares existentes não estão sendo capazes de atender suas necessidades.

O fato de estar envelhecendo associado a ocorrência das DCNT pode afetar diretamente a capacidade funcional do idoso, atingindo assim grande parcela desta população, deixando o indivíduo mais frágil e dependente dos cuidados prestados por outras pessoas (TORRES *et al*, 2010).

Para avaliar a capacidade funcional dos idosos é necessário utilizar instrumentos adequados, nos quais suas habilidades psicométricas sejam investigadas. Os objetivos e o ambiente em que o estudo será realizado repercutem na escolha do instrumento, sendo importante observar critérios de validação e confiabilidade (LITVOC; BRITO, 2004).

O Índice de Barthel é um instrumento utilizado para avaliar a independência funcional e mobilidade, validado no Brasil para o uso com idosos atendidos em ambulatórios em 2004, por meio de análises de validade e confiabilidade (MINOSSO *et al*, 2010).

O estudo desenvolvido por Silva, Rabelo e Queroz (2010), mostra que conviver de forma saudável e dar o suporte necessário ao idoso, especialmente quando existe algo que afete sua capacidade funcional é importante para que a relação entre o idoso e sua família seja positiva, satisfatória, contribuindo assim para uma boa dinâmica familiar.

Na assistência à saúde do idoso também é importante considerar o suporte social, para que desta forma os profissionais possam avaliar suas relações sociais. Com a diminuição do apoio familiar é preciso fornecer aos idosos um suporte social comunitário para que recursos de apoio social sejam identificados (DOMINGUES *et al*, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (2002) reconheceu a prevenção do isolamento social como uma medida necessária para a promoção da saúde e o envelhecimento ativo. Sendo assim, o apoio social constitui um conceito que envolve diferentes dimensões da vida de uma pessoa, onde estão incluídos os recursos materiais e psicológicos que as pessoas têm contato em suas redes sociais.

Em relação ao apoio social à pessoa idosa focado na família, a lei brasileira o protege como um ser social respeitando suas individualidades. No Art. 3º do Estatuto do Idoso, discorre como sendo responsabilidade da família, da comunidade, do Poder Público e da sociedade, garantir ao indivíduo maior de 60 anos, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2006).

A Escala Breve das Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) é indicada para avaliação do risco de isolamento social dos idosos, trata-se de um instrumento simples e de rápida aplicação, apresentando um resultado adequado quando avaliado suas habilidades psicométricas (RIBEIRO *et al*, 2012).

O estudo de Sousa, Gomes e Pinto (2016) utilizou a LSNS-6 para verificar se as trajetórias de vida do idoso influenciam na escolha pelo suporte social e os resultados mostraram que existe uma forte relação entre a opção de cuidado e as pessoas que coabitam, sendo assim quem vive acompanhado opta pelo cuidado familiar. O resultado deste trabalho mostra um desafio

para a família, pois terá que se organizar para atender as necessidades do idoso e também para a rede de suporte formal procurando ser opção de cuidado em caso de necessidade.

No estudo desenvolvido por Batista e Crispim (2012), a totalidade dos cuidadores são membros da família, e estes são os responsáveis pelo provimento de recursos emocionais e sociais dos idosos dependentes. Um fato relevante desta pesquisa foi a dificuldade que os cuidadores expressaram em relação a como lidar com as comorbidades que o idoso possui do que o enfrentamento do processo de envelhecimento propriamente dito, já em relação aos idosos entrevistados os mesmos relataram se sentirem constrangidos por necessitarem de ajuda para as Atividades de Vida Diária (AVDs), mas referem ser gratos aos familiares pela assistência prestada.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL:**

- Avaliar o padrão de funcionalidade familiar de idosos com HIV assistidos em serviços de referência e seus fatores associados.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar a amostra segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, condições de saúde (morbidades referidas em prontuários, tempo de diagnóstico e tabagismo), capacidade funcional e apoio social;
- Identificar o padrão de funcionalidade familiar dos idosos;
- Verificar associação entre a funcionalidade familiar e as demais variáveis investigadas.

## 4 DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é do tipo descritivo, quantitativo, de corte transversal. Produzindo assim, instantâneos da situação de saúde da população investigada, sendo produzidos com base na avaliação individual da condição de saúde de cada membro da comunidade ou população estudada. Sendo assim, os mesmos podem ser classificados como individuados e observacionais (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2003).

### 4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO

Foi realizado nos Serviços de Referência de assistência ao paciente infectado com HIV no município de Recife/PE.

- **Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM – UPE:** Serviço público estadual, inaugurado no ano de 1946, a implantação do SAE (Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS) ocorreu no ano de 2003, atualmente é referência em saúde à gestação de alto risco e também faz atendimento as pessoas com HIV. É localizado na Rua Visconde de Mamanguape, S/N - Encruzilhada, Recife - PE, 52030-000.
- **Hospital Barão de Lucena – SES – PE:** Serviço público estadual, inaugurado no ano de 1958, é um hospital que atende diversas especialidades, mas é referência a saúde materno-infantil e também conta com o SAE. Está localizado na Avenida Caxangá, 3860 - Iputinga, Recife - PE, 50731-000.
- **Hospital Correia Picanço – SES – PE:** Serviço público estadual, com a ocorrência dos casos de AIDS este hospital começou a atender os pacientes com este vírus, é a referência estadual para os casos de doenças infecto-contagiosas, especialmente meningite e AIDS. Se localiza na Rua Padre Roma, 149 - Tamarineira, Recife - PE, 52060-060.
- **Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC) – UFPE:** Serviço público federal, inaugurado no ano de 1979, é um hospital universitário que além da parte assistencial

também contribui para a formação de profissionais, atende diferentes especialidades e também é referência para tratamento de pessoas que vivem com o HIV. Está localizado na Avenida Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife – PE, 50670-901.

- **Hospital Otávio de Freitas – SES – PE;** Serviço público estadual, inaugurado em 1956, atualmente é referência para doenças do aparelho respiratório e outras especialidades, incluindo a infectologia, onde está localizado o SAE deste serviço. Se localiza na Rua Aprígio Guimarães, s/n - Tejipió, Recife – PE.
- **Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP):** Serviço Filantrópico que possui convênio com o SUS (Sistema único de Saúde), é um hospital que tem reconhecimento nacional em diferentes áreas da saúde, também em seu setor de infectologia possui um SAE. Está localizado na Rua dos Coelhos, 300 - Boa Vista, Recife - PE, 50070-550.
- **Policlínica Lessa de Andrade:** Serviço público municipal que atende a diferentes especialidades médicas, o SAE desta unidade de saúde é a referência municipal para o tratamento ambulatorial dos casos de HIV. Localizada na Estrada dos Remédios, 2416 - Madalena, Recife - PE, 50770-120.

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população elegível para o estudo (Quadro 1) foi constituída pelos idosos infectados pelo vírus HIV, de ambos os sexos, cadastrados nos serviços de referência. De acordo com os dados obtidos junto a Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE – Programa Estadual de DST/AIDS, nos serviços de referência participantes da pesquisa, os idosos infectados pelo HIV correspondiam a 1.032 pessoas.

**Quadro 1** – Quantitativo de pessoas idosas com HIV cadastradas nos serviços de referência participantes da pesquisa na cidade do Recife-PE, 2016.

Serviços de Referência	Masculino	Feminino	Total
Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM – UPE	02	04	06
Hospital Barão de Lucena – SES – PE	09	02	11
Hospital Correia Picanço – SES – PE	472	248	720
Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC) –UFPE	84	48	132
Hospital Otávio de Freitas – SES – PE	19	09	28
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)	35	19	54
Policlínica Lessa de Andrade	53	28	81
<b>Total</b>	<b>674</b>	<b>358</b>	<b>1032</b>

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE – Programa Estadual de DST/AIDS. Recife – PE, 2016.

#### 4.4 AMOSTRA

Para determinação do tamanho da amostra, adotou-se o valor de 50% como a prevalência esperada para o evento - HIV, tal valor foi adotado, apesar de maximizar o tamanho amostral, porque na literatura especializada não apresenta um consenso sobre a magnitude dessa prevalência no segmento idoso.

Desse modo, ficou estabelecido um nível de confiança de 95% e um erro máximo de 5%. Para o cálculo amostral, utilizou-se a fórmula:

$$n = \frac{z^2 pe (1-pe)}{e^2}$$

Onde:

n = Tamanho amostral;

z = Escore da curva normal padrão correspondente ao nível de confiança escolhido. Para o nível de 95%,  $z=1,96$ ;

pe = Proporção esperada igual a 50%;

e = Margem de erro igual a 0,05 (5%);

N = Tamanho populacional dos idosos cadastrados, que de acordo com os dados fornecidos pela SES/PE corresponde a 1032 idosos.

Como a população do estudo tem tamanho finito, foi utilizado o Fator de Correção para populações Finitas (FCPF). Sendo assim, o tamanho amostral foi calculado por  $n^* = n \cdot \text{FCPF}$ , onde:

$$\text{FCPF} = \frac{N - n}{N - 1}$$

Sendo assim:

$$n = 384,16$$

$$\text{FCPF} = 0,63$$

$$n^* = 241$$

Conforme descrito acima, o tamanho da amostra final correspondeu a 241 idosos. A seleção se deu por conveniência, pois os elegíveis à pesquisa em termos de corte etário, eram minoria nos serviços de atendimento diante do predomínio do agravo em pessoas mais jovens, e de forma aleatória, de acordo com o agendamento ambulatorial onde o paciente comparecia a Unidade de Referência para receber a medicação antirretroviral ou para realizar exames laboratoriais.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pessoa idosa de ambos os sexos, cadastrado em um dos serviços de referência para HIV;
- Ter idade mínima igual ou acima de 60 anos – condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso;
- Participar do estudo de forma voluntária, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

#### 4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Idosos com comprometimento cognitivo que pudesse interferir na coleta dos dados, que será detectado a partir da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A).

#### 4.7 ELENCO DAS VARIÁVEIS

##### 4.7.1 Variável dependente

##### **A - Funcionalidade Familiar**

Foi utilizada a escala de APGAR de família, que é constituída por cinco questões que quantificam a percepção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família (ANDRADE; MARTINS, 2011), permitindo assim a avaliação da satisfação subjetiva com o cuidado recebido do membro familiar por meio de cinco itens, Adaptation (Adaptação), Partnership (Companheirismo), Growth (Desenvolvimento), Affection (Afetividade) e Resolve (Capacidade resolutiva), que juntos formam o acrônimo APGAR.

Cada dimensão contemplada na escala de APGAR representa os componentes fundamentais da relação familiar. De acordo com BRASIL (2006) essas dimensões devem ser entendidas da seguinte forma:

- Adaptation (Adaptação) - Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.
- Partnership (Companheirismo) – Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.
- Growth (Desenvolvimento) - Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.

- Affection (Afetividade) - Satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.
- Resolve (Capacidade resolutiva) - Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço).

A funcionalidade familiar (FF) é resultante do somatório dos valores obtidos nos domínios acima citado, apresentando um escore que é resultado de cinco questões, cada uma do seu respectivo domínio e em cada uma delas são apresentadas três possibilidades de respostas, são elas: sempre (escore = 2), algumas vezes (escore = 1) e nunca (escore = 0). Assim, a pontuação final possibilita a classificação dos níveis de funcionamento (disfuncionalidade e funcionalidade) familiar da seguinte maneira:

- 0 a 4 = elevada disfunção familiar
- 5 e 6 = moderada disfunção familiar
- 7 a 10 = boa funcionalidade familiar

Quanto maior o resultado obtido na escala do APGAR familiar, maior foi a capacidade de adaptação da família à novas situações e possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes (BRASIL, 2006).

Neste estudo optou-se por agrupar os resultados apresentados em duas categorias: boa funcionalidade (escore total de sete a dez) e disfunção moderada/elevada (escore total de seis a zero).

#### 4.7.2 Variáveis independentes

##### **B - Dados Socioeconômicos e demográficos**

- Idade – Considerada em anos completos a partir da data de nascimento e coleta de dados, categorizada por faixa etária: 60 a 70 anos 70 a 80 anos e 80 anos ou mais;
- Sexo – Feminino e Masculino;

- Tem companheiro/a – Com companheiro (casado ou em tem companheiro) e sem companheiro (viúvo, separado ou divorciado);
- Escolaridade – Categorizada em anos de estudo com aprovação atendendo aos seguintes intervalos: analfabeto, 01 a 04 anos, 05 a 08 anos, 09 a 11 anos, acima de 11 anos;
- Rendimento mensal individual - Baseado no valor de R\$ 937,00, salário mínimo vigente durante o período de coleta de dados, distribuídos nos seguintes intervalos: Inferior a um salário mínimo (< R\$ 937,00), de um a dois salários mínimos (R\$ 937,00 a R\$ 1.874,00), superior a dois salários mínimos (> R\$ 1.874,00);
- Contribuição na renda familiar – Foi questionado se o idoso (a) contribui com o sustento da casa, categorizados da seguinte maneira: totalmente, parcialmente ou não contribui.

### **C - Condições de Saúde**

- Comorbidade com registro em prontuário médico: ausente ou presente, sendo no último caso, quantificada em uma enfermidade ou mais de duas.
- Tempo de diagnóstico: Descrito em anos, considerado a partir da data de realização do teste confirmatório, referido no prontuário e categorizados em: 0 a 10 anos, 10 a 20 anos e  $\geq 20$  anos;
- Tabagismo: Categorizado em: nunca fumou, ex-fumante e fumante.

### **D - Avaliação Funcional do Idoso**

Foi realizada através no índice de Barthel que permite a avaliação da independência funcional do idoso por meio da capacidade de realização das AVDs. A versão utilizada neste estudo avaliou a independência funcional em dez tarefas: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, eliminações intestinais, eliminações urinárias, uso do vaso sanitário, transferência (passagem cadeira-cama), mobilidade e escadas.

A pontuação variou de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicaram maior independência (MINOSSO; *et al*, 2010). De modo a classificou os idosos em relação ao comprometimento funcional, a dependência total foi considerada quanto a pontuação obtida esteve entre 0-20, dependência grave 21-60, dependência moderada 61-90, dependência muito leve 91-99 e independência 100 pontos.

## **E - Apoio Social**

Para a avaliação do apoio social foi utilizada a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS – *Lubben Social Network Scale*). Constituída por 10 itens que avaliou o nível de apoio percebido e recebido por pessoas idosas em relação a seus familiares amigos e vizinhos (LUBBEN, 1988). Foi validada para uso no Brasil por Ribeiro (2012), em seis itens.

Neste instrumento estão contempladas dois conjuntos de perguntas, um que se refere a família, onde foram consideradas as pessoas de quem o idoso é familiar por nascimento, casamento e adoção, e outra onde foram considerados os amigos, onde estão considerados todos os amigos do idoso, incluindo os que vivem na sua vizinhança. Onde estão presentes as seguintes questões: (1) “Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês, (2) “De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” e (3) “Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”. As mesmas perguntas são aplicadas no conjunto que diz respeito a família.

Ao final da escala a pontuação resulta do somatório dos três itens, apresentando de 0 a 30 pontos e as respostas a cada um dos itens variam numa escala de 0 a 5 (RIBEIRO *et al*, 2012). Para classificar o idoso em relação às suas redes sociais, no presente estudo a rede de apoio social insuficiente correspondeu a pontuação abaixo de 12.

## **4.8 INSTRUMENTOS DE PESQUISA**

Foi aplicado o roteiro de pesquisa a cada participante do estudo (APÊNDICE A) além das escalas já enumeradas (ANEXOS A).

## **4.9 COLETA DOS DADOS**

Os dados foram coletados por meio dos prontuários e por entrevistas individuais face a face com os pacientes que procuravam os ambulatórios, laboratórios e farmácias dos Serviços. Cada entrevista durava em média 40 minutos, podendo chegar em alguns momentos à 2 horas, já que não era determinado tempo para o entrevistado responder as perguntas.

O registro das informações foi efetuado utilizando-se um roteiro de entrevista semi-estruturado, composto por questões fechadas e semi-abertas e organizados em blocos por

conjuntos temáticos. Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, previamente preparado para tal atividade, garantindo assim ao participante sigilo, conforto e tranquilidade.

A coleta dos dados ocorreu de outubro de 2016 a maio de 2017, e foi realizada com o apoio de 2 acadêmicos de medicina bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), 2 nutricionistas voluntárias, 2 alunas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (mestrado acadêmico) e 2 alunas do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (mestrado acadêmico), ambos da Universidade Federal de Pernambuco.

No primeiro momento era analisada a agenda do dia com a intenção de identificar quais dos pacientes atendidos naquele dia tinham idade igual ou superior a 60 anos. Após identificação, aguardava-se a sua chegada. Enquanto isso, se algum que não estava marcado para consulta aparecesse na fila da farmácia para pegar alguma medicação o mesmo era convidado a participar da pesquisa. Quanto aos laboratórios, era verificada no dia anterior a agenda com as marcações do dia seguinte.

Quando tratava-se de um estabelecimento com demanda espontânea para o laboratório, ou seja, não era necessária a marcação para a realização dos exames, era construída uma escala na qual cada integrante do grupo de pesquisa ficaria responsável por um dia da semana para ir nos laboratórios às 6h da manhã.

No horário combinado, o entrevistador responsável por determinado dia da semana chegava no ponto de coleta, apresentava-se aos trabalhadores (que já estavam cientes da pesquisa e dos seus critérios de inclusão e exclusão) e aguardava a chegada dos pacientes. Quando o trabalhador identificava um paciente com o perfil da pesquisa, coletava as amostras necessárias e nos apresentava o paciente.

A partir disso, o paciente era convidado a participar da pesquisa e no mesmo momento eram explicados os objetivos. Após a aceitação, o paciente e o entrevistador seguiam para uma sala anteriormente reservada para que a entrevista ocorresse de maneira tranquila e o entrevistado se sentisse confortável.

No primeiro momento da entrevista era lido e assinado o TCLE (APÊNDICE B). No segundo momento era realizado o Mini-exame do Estado Mental, já que o critério de exclusão era o comprometimento cognitivo. Sendo alcançado o escore ideal para a quantidade de anos de estudo referida pelo entrevistado, dava-se seguimento à entrevista.

#### 4.10 ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização dos dados, o banco de dados foi elaborado com o auxílio do software *Excel*. Após a digitação em dupla entrada, os dados foram checados com o objetivo de excluir possíveis inconsistências. Para a análise estatística foi usado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 13.0 e o STATA/SE 12.0.

Na análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e de estatística inferencial. As técnicas de estatística descritiva envolveram a obtenção de distribuições absolutas bivariadas. Para estatística inferencial bivariada utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para o teste Qui-quadrado não forem verificadas.

Para análise multivariada foi empregada o modelo de regressão de Poisson, com seleção das variáveis com até 20,0% ( $p < 0,20$ ) de significância obtida na análise bivariada, as quais foram examinadas conjuntamente e mantidas as variáveis com significância até 5% ( $p < 0,05$ ).

A apresentação dos resultados atenderá às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

#### 4.11 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa está vinculada ao projeto “IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS INFECTADOS PELO HIV/AIDS ASSISTIDOS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA” que foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº: 57919716.0.0000.5208) (ANEXO B). Este respeita as normas para pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Declaração de Helsinque. Com o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o trabalho cumpre as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado às exigências da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – do Ministério da Saúde (CONEP - MS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Desta, maneira o estudo atendeu aos requisitos estabelecidos na resolução 466/12 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

## 5 ARTIGO

O artigo será submetido a periódico indexado para área de saúde coletiva e está formatado de acordo com as normas estabelecidas para o referido período.

5.1 ARTIGO ORIGINAL: Funcionalidade familiar de idosos com HIV e fatores associados

**Autoras:** Maria Tereza Dantas Bezerra Tavares<sup>I</sup>, Ana Paula Oliveira Marques<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil.

<sup>II</sup> Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil.

**Endereço para correspondência do autor responsável:**

Maria Tereza Dantas Bezerra Tavares. Hospital das Clínicas. Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n Bloco E 4º andar. Cidade Universitária. 50670-901 Recife, PE, Brasil. E-mail: m.tereza.bezerra@hotmail.com

**Fontes de financiamento:** O projeto não possuiu financiamento.

Esse manuscrito é parte da dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da mestrandia Maria Tereza Dantas Bezerra Tavares que tem o título: Funcionalidade familiar e fatores associados em idosos com HIV assistidos em serviços de referência da cidade do Recife-PE. Recife-PE. Brasil. Universidade Federal de Pernambuco

## RESUMO

Avaliar o padrão de funcionalidade familiar de idosos com HIV e seus fatores associados. Estudo descritivo, quantitativo, transversal, com 241 idosos, assistidos em Serviços de Referência para pacientes com HIV no município de Recife/PE, durante os meses de outubro de 2016 a maio de 2017. Os dados sociodemográficos, condições de saúde, avaliação funcional, apoio social e funcionalidade familiar foram coletados por meio de entrevistas. Os testes Qui-quadrado e Fisher foram empregados para as análises bivariadas. Para compor o modelo multivariado levou-se em consideração as variáveis que obtiveram significância  $\leq 0,20$  na análise bivariada, sendo utilizado o modelo de regressão de Poisson e adotado o nível de significância  $p < 0,05$ . Entre os idosos entrevistados, prevaleceram os homens em torno de 63%, sem companheiro (69%), com até 4 anos de estudo (29%), renda de até 2 salários mínimos (56%), contribuindo totalmente com as despesas da casa (57%), apresentando comorbidades (97%), ex fumantes (44%) e com tempo de diagnóstico para o HIV entre 10 a 20 anos. Quanto a avaliação funcional, 84% dos idosos são independentes e 58% tem boa rede de apoio social. Quanto à dinâmica familiar em torno de 60% apresentam boa funcionalidade, enquanto 40% disfunção moderada/elevada. Houve associação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e ter companheiro/a ( $p < 0,033$ ) e com o apoio social ( $p < 0,001$ ). Verificou-se que idosos com 80 anos ou mais apresentam 49% mais risco de ter disfunção familiar moderada/elevada. Entre os idosos que não residiam com companheiro/a, o risco foi 50% maior. Quando avaliado o apoio social, os entrevistados com rede de apoio insuficiente apresentavam 151% mais risco de ter um sistema familiar disfuncional. Conhecer a funcionalidade familiar é importante para uma assistência qualificada ao idoso com HIV, pois uma família funcional é importante para o suporte oferecido ao idoso, sendo essencial para o cuidado adequado a pessoa idosa.

**DESCRITORES:** Relações familiares. Idoso. HIV.

## ABSTRACT

To evaluate the pattern of the familial functionality of the elderly people with HIV and their factors associated. Descriptive, quantitative, transversal study, with 241 elderly, taken care by a Reference Service for patients with HIV in Recife/PE city, executed during October of 2016 until May of 2017. The sociodemographic data, life condition, functional evaluation, social support and familial dynamic were collected in individual interviews. The chi-square and the Fisher tests were used for the bivariate analysis. To compose the multivariate model was taken into consideration the variable which obtained  $\leq 0,20$  significance on the bivariate analysis, using the Poisson regression model and getting 0,05 level of significance. Among the elderly interviewed, the men remained around 63%, without a partner (69%), who have only concluded 4 years of education (29%), with income of two minimum wage (56%), totally contributing with household expenses (57%), ex-smokers (44%), with comorbidities (97%) and diagnostic time for HIV between 10 to 20 years. About the functional evaluation, 84% of the elderly are independent and 58% have a good social support. When it comes to familial dynamic, around 60% show good functionality, while 40% have moderate/high dysfunction. There was a significant statistically association between familial functionality and have a partner ( $p < 0,033$ ) and the social support ( $p < 0,001$ ). It was verified that the elderly with 80 years or more show 49% more risks to have a moderate/high familial dysfunction. Among the ones without partner, this risk was greater than 50%, in comparison to those who reside with a partner. When the social supporter was evaluate, the elderly with an insufficient support network show 151% more risks of having a dysfunctional familial system. To know the familial functionality is important to have a qualified assistance to the elderly with HIV, because a functional family is important for the support offered to the elderly, being essential for the adequate care of the elderly person.

**DESCRIPTORS:** Familial relationships. Elderly. HIV.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil vem vivenciando modificações na estrutura da pirâmide demográfica com o estreitamento de sua base, resultado do aumento no número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo projeções para o ano de 2050, o número de pessoas idosas, corresponderá a 21% da população mundial, já a população brasileira terá 30% de sua população representada pelo segmento mais envelhecido<sup>1</sup>.

No município de Recife o número de idosos corresponde a 11,9% da população total, sendo 7,5% do sexo feminino e 4,4% do sexo masculino<sup>2</sup>. Deste modo, a capital pernambucana é considerada uma capital envelhecida, quando mais de 7% de sua população tem idade igual ou superior a 60 anos<sup>3</sup>.

O crescimento do número de pessoas idosas aponta para a necessidade da orientação sobre a atividade sexual nesse público, pois a melhoria da qualidade de vida adicionado aos avanços na área da saúde, têm permitido que os idosos vivenciem sua sexualidade de forma segura. Entretanto, a ocorrência de práticas sexuais desprotegidas contribui para que essa população se torne mais vulnerável ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)<sup>4</sup>.

Na faixa etária maior de 60 anos tem sido percebido o crescimento no número de diagnóstico de HIV positivo<sup>5</sup>. Sendo a AIDS uma doença crônica, a pessoa que possui o vírus pode apresentar dependência precisando de cuidados ofertados geralmente por um membro da família<sup>6</sup>.

A composição das famílias vem mudando e o modelo nuclear que antes era predominante hoje não é mais. A família compõe um sistema social que desempenha diferentes e importantes papéis na sociedade, sejam elas de natureza afetiva, de socialização, reprodutiva e educativa<sup>7</sup>.

Ao se abordar a questão da dinâmica familiar é importante estudar a sua funcionalidade, explorando a relação entre seus membros, podendo assim observar se há harmonia ou não entre os integrantes, pois existem questões importantes a serem consideradas como a sobrecarga, falta de informação, o preparo do cuidado e a falta de instrumentalização<sup>8</sup>.

Reconhecer a importância do apoio familiar para o idoso portador do HIV e identificar, por meio do instrumento APGAR da família, se esta é funcional ou não, é importante para elaboração de um projeto terapêutico que possa agir de modo a favorecer uma melhora na funcionalidade familiar, para que com o apoio de seus parentes o enfrentamento do HIV seja mais fácil para o idoso e para sua família.

Diante do exposto, o presente estudo objetiva avaliar o padrão de funcionalidade familiar de idosos com HIV assistidos em serviços de referência e seus fatores associados.

## MÉTODOS

Estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal, com idosos assistidos nos Serviços de Referência ao paciente infectado com HIV no município de Recife/PE, os quais correspondiam 1.032 indivíduos, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde /Programa Estadual de DST/AIDS. Para determinação do tamanho amostral, adotou-se o valor de 50% como prevalência esperada para o evento, por não haver consenso na literatura para o segmento idoso, correspondendo a uma amostra de 241 idosos infectados com HIV, selecionados por conveniência.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais e ocorreu entre os meses de outubro de 2016 a maio de 2017, sendo adotados como critérios de inclusão: ter idade mínima de 60 anos e está cadastrado em um dos serviços de referência ao paciente com HIV no município. Os idosos com rastreio positivo para comprometimento cognitivo, a partir da aplicação do Mini Exame do Estado Mental<sup>9</sup> foram excluídos da pesquisa.

O registro das informações foi efetuado utilizando-se um roteiro de entrevista semi-estruturado, organizados em blocos por conjuntos temáticos que avaliaram as características socioeconômicas e demográficas (idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, rendimento mensal individual, contribuição na renda familiar e raça).

Quanto às condições de saúde (os dados de comorbidade foram obtidos pelo registro em prontuário médico, tempo de diagnóstico e tabagismo); a Avaliação Funcional do Idoso foi realizada através do índice de Barthel<sup>10</sup> e para a avaliação do apoio social foi utilizada a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben<sup>11</sup> (LSNS – 6).

Para avaliação da funcionalidade familiar foi utilizado o APGAR de família<sup>12</sup> que é constituído por 05 questões, distribuídas em 05 domínios: Adaptação, Companheirismo, Desenvolvimento, Afetividade e Capacidade Resolutiva.

Para responder as questões, os idosos tinham três opções de respostas: sempre (score = 2), algumas vezes (score = 1) e nunca (score = 0). O instrumento possui um score que vai de 0 a 10, com e sua pontuação final possibilita a classificação dos níveis de funcionamento familiar em elevada disfunção familiar (0 a 4), moderada disfunção familiar (5 a 6) e boa funcionalidade familiar (7 a 10).

Nesse estudo optou-se por agrupar os resultados em duas categorias: boa funcionalidade (score total de sete a dez) e disfunção moderada/elevada (score total de seis a zero).

Para análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 13.0 e o *STATA/SE* 12.0. No modelo bivariado foram empregados o teste Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. As variáveis que obtiveram significância  $\leq 0,20$  na análise bivariada foram inclusas no modelo multivariado, empregando-se a regressão de Poisson e sendo adotado como nível de significância  $p < 0,05$ .

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº: 57919716.0.0000.5208). Todos os aspectos éticos foram respeitados, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 241 idosos, dos quais 62,7% eram do sexo masculino, a idade variou entre 60 e 82 anos, com média de 65 anos, sendo a mínima de 60 e a máxima de 82 anos. Prevaleram os idosos na faixa etária entre 60 a 70 anos (88%), que viviam sem companheiro/a (69,3%), com escolaridade máxima até 4 anos de estudo (28,6%), com renda declarada até 2 salários mínimos (55,6%) e com 56,8% dos participantes contribuindo totalmente para com as despesas familiares (Tabela 1).

Em relação às condições de saúde dos participantes, a Tabela 2 mostra que 97,1% possuíam algum tipo de comorbidade, destes 62% apresentavam duas ou mais, o tempo médio de diagnóstico do HIV correspondeu a 12 anos, sendo que 53,9% dos entrevistados tinham entre 10 a 20 anos de diagnóstico da doença. Quanto ao tabagismo 43,6% informaram ser ex-fumantes.

No que diz respeito a avaliação funcional, 84,2% foram classificados como independentes e após a avaliação do apoio social pela LSNS-6, verificou-se que 57,7% dos entrevistados relataram ter uma boa rede de apoio social. A análise da funcionalidade familiar dos 241 idosos que participaram da pesquisa identificou que 60,2% das famílias tem uma boa funcionalidade familiar, enquanto 39,8% apresentam disfunção moderada/elevada (Tabela 2).

Em relação à associação entre as características socioeconômicas e demográficas e a funcionalidade familiar, foi constatado que houve associação estatisticamente significativa com a condição ter companheiro/a ( $p < 0,033$ ) (Tabela 3).

Quando avaliada as condições de saúde, avaliação funcional e apoio social foi observada associação muito significante da variável apoio social com a funcionalidade familiar ( $p < 0,001$ ). As demais variáveis investigadas não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável dependente deste estudo (Tabela 4).

Na Tabela 5 estão dispostos os resultados da análise multivariada, onde após a aplicação do modelo de regressão de Poisson, permaneceram as variáveis: idade, ter companheiro/a, apoio social, tempo de diagnóstico e comorbidades. Verifica-se que os idosos com 80 anos ou mais apresentam 49% (IC 95% = [1,25 – 1,77]) mais risco de ter disfunção familiar moderada/elevada. Entre os que não tinham companheiro, esse risco foi 50% maior (IC 95% = [1,03 – 2,16]), em comparação aos que residiam com companheiro. Quando avaliado o apoio social, os idosos com rede de apoio insuficiente têm 151% (IC 95% = [1,80 – 3,48]) mais risco, de ter um sistema familiar disfuncional em relação aos indivíduos com boa rede de apoio.

## DISCUSSÃO

A distribuição dos casos de HIV no presente estudo segue a estatística nacional, onde a maioria dos casos de infecção por este vírus são de pessoas do sexo masculino. Desde o início da epidemia da AIDS os homens são maior número em todas as faixas etárias<sup>13</sup>.

Assim como outros em outros estudos sobre funcionalidade familiar e idosos com HIV<sup>14,15,16,17</sup> a maior prevalência dos casos investigados encontram-se na faixa etária de 60 a 70 anos, em indivíduos de baixa renda e escolaridade insuficiente.

A renda do idoso geralmente é proveniente de sua aposentadoria e a total contribuição na renda familiar é o que pode gerar o status de provedor, fazendo com que ele tenha um importante papel na renda de sua família. A baixa escolaridade é resultado da importância que era dada a cultura e a educação no passado, onde o trabalho era mais importante que a escolaridade<sup>16</sup>.

O diagnóstico do HIV gera diferentes consequências na vida da pessoa que o recebe, por isso a associação significativa entre a funcionalidade familiar e o fato de ter ou não um companheiro/a é importante para o estudo, já que o fato de ter essa patologia pode causar dificuldades em relacionar-se com outra pessoa pelo estigma que há em torno dela<sup>18</sup>.

Em relação à avaliação funcional, uma pesquisa realizada em idosos com alterações cognitivas sobre sua dinâmica familiar, os autores constataram que os idosos independentes apresentavam boa funcionalidade familiar, diferentemente dos que tinham algum grau de dependência<sup>19</sup>.

A revisão da literatura sobre a funcionalidade familiar e o apoio social demonstrou que a família é a principal rede de suporte social para o idoso, sendo esta a maior provedora do suporte social ao idoso quando o mesmo necessita<sup>20,21</sup>.

De acordo com um estudo transversal realizado nas unidades de saúde da família do município de Fortaleza-CE mostrou que o percentual de idosos que avaliaram com boa funcionalidade sua família foi bastante elevado, com 83,7% de famílias funcionais<sup>22</sup>.

Conforme trabalho realizado no interior de São Paulo com cuidadores de idosos que vivem em diferentes situações de vulnerabilidade demonstrou que 82% deles relataram boa funcionalidade familiar, embora a maioria deles afirmem não receber ajuda nem de familiares, nem de profissionais da saúde<sup>19</sup>.

No presente estudo, foi verificado que ter em casa um idoso com HIV requer a participação da família no processo de cuidado para que seja oferecido o suporte necessário. Idosos com HIV que vivem em um sistema familiar disfuncional podem negligenciar o autocuidado, podendo comprometer seu estado de saúde<sup>15</sup>.

As falhas nos serviços de saúde na garantia de suporte social ao idoso faz com que a família seja a principal fonte de suporte, o apoio oferecido pela família não ocorre de modo inesperado, como ao receber o diagnóstico do HIV, mas é um processo que acontece durante toda a vida já que isso é fruto de todos os tipos de relações que há entre os membros da família, sejam elas de natureza emocional, instrumental ou outras<sup>16,23</sup>.

Uma pesquisa realizada com idosos residentes em Patos de Minas-MG, identificou que idosos que demonstram satisfação com sua dinâmica familiar e com o suporte social possuem melhor qualidade de vida, comprovando assim a importância do papel da família durante o processo de envelhecimento<sup>20</sup>.

Um estudo realizado em um hospital no interior de São Paulo sobre a interferência das relações familiares no envelhecimento mostrou que os idosos estão satisfeitos com sua dinâmica familiar e que a família tem sido o maior suporte no processo de envelhecimento, pois a mesma enfrenta bem as dificuldades em relação às demandas de saúde e social<sup>16</sup>.

Embora diversas investigações sobre funcionalidade familiar revelem que os sistemas familiares são funcionais se faz necessário a realização de mais pesquisas a respeito desse tema, já que as mesmas ainda são escassas principalmente sobre a funcionalidade familiar de idosos com HIV, pois o aumento da prevalência deste vírus nesta população aponta para a necessidade da investigação desse tema neste grupo etário.

## REFERÊNCIAS

1. ILC-BRASIL – Centro Internacional de Longevidade Brasil. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: ILC; 2015.
2. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE 2011. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?codmun=261160>.
3. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento e ciclo de vida. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>.
4. Dornelas Neto JI, Nakamura AS, Cortez LER, Yamaguchi UM. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(12): 3853-3864.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. 2ª ed, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/K%20Y%20A%20R%20A/Downloads/Manual\\_Tecnico\\_para\\_o\\_Diagnostico\\_da\\_Infeccao\\_pelo\\_HIV%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/K%20Y%20A%20R%20A/Downloads/Manual_Tecnico_para_o_Diagnostico_da_Infeccao_pelo_HIV%20(2).pdf)
6. Medeiros RC da SC de, Medeiros JA; Silva TAL; Andrade RD; Medeiros DC; Araujo JS, et al. Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids. *Rev Saude Publica*, 2017; p. 51-66. DOI:10.1590/S1518-8787.2017051006266
7. Andrade A, Martins R. Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*. 2011; 40: 185-199. Disponível em: [http://www.ipv.pt/millenium/Millenium\\_40/13.pdf](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium_40/13.pdf).
8. Oliveira DC.; D'elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev. bras. enferm.* 2012; 65(5): 829-838. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000500017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500017).
9. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2003, 61(3B):777-781.
10. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm.* 2010, 23(2):218-223.
11. Ribeiro O, Teixeira L, Duarte N, Azevedo MJ, Araújo L, Barbosa S, et al. Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*. 2012; 15(1): 217-234.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abc\\_ad19.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abc_ad19.pdf).

13. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria geral de controle de doenças e agravos. Programa estadual de IST/AIDS/HIV. Boletim Epidemiológico Vigilância HIV/AIDS – Pernambuco, 2016.
14. Torres GV, Reis LA dos, Reis LA dos, Fernandes MH. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Rev. Baiana Saúde Pública*. 2010; 34(1).
15. Quadros KAN, Campos CR, Soares TE, Silva FM de R. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2016; 6(2):2140-2146.
16. Batista NC, Crispim, N de F. A interferência das relações familiares no processo de envelhecimento: Um enfoque no idoso hospitalizado. *Revista Kairós Gerontologia*. 2012; 15(5):169-89.
17. Oliveira FBM. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paul. Enferm.* 2015; 28(6):510-516. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600510&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600510&script=sci_abstract&tlng=pt).
18. Araldi L, Pelzer MT, Gautério-Abreu DP, Saioron I, Santos SSC, Silomar S. Pessoas idosas com o vírus da imunodeficiência humana: infecção, diagnóstico e convivência. *REME – Rev Min Enferm.* 2016; 20(948)). DOI: 10.5935/1415-2762.20160017
19. Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5):1141-1147.
20. Silva H, Rabelo DF, Queros NC. Qualidade de vida, percepção da dinâmica familiar e do suporte social em idosos. *Pensando fam.* 2010; 14(2):139-150.
21. Mota FRN, Oliveira ET, Marques MB, Bessa MEP, Leite BMB, Silva MJ de. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4):833-838. DOI: 10.1590/S1414-81452012000 400025
22. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare enfermagem*. 2011; 16(1):22-28.
23. Souza RA, Costa GD da, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, et al. C. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3):469-476. DOI: 10.1590/S0080-623420140000300012.

**Tabela 1** - Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos entrevistados. Recife-PE, 2017.

Variáveis	Total	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	151	62,7
Feminino	90	37,3
<b>Idade</b>		
60  - 70	212	88,0
70  - 80	27	11,2
80 ou mais	2	0,8
<b>Tem companheiro/a</b>		
Sim	74	30,7
Não	167	69,3
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
0	25	10,4
1-4	69	28,6
5-8	59	24,5
9-11	56	23,2
>11 anos	32	13,3
<b>Rendimento mensal individual (salário mínimo)</b>		
< 1	42	17,4
1 – 2	134	55,6
> 2	65	27
<b>Contribuição na renda familiar</b>		
Totalmente	137	56,8
Parcialmente	86	35,7
Não contribui	18	7,5

Fonte: DADOS DA PESQUISA, 2017.

**Tabela 2** - Caracterização das condições de saúde, avaliação funcional, apoio social e funcionalidade familiar dos idosos entrevistados. Recife-PE, 2017.

Variáveis	Total	
	n	%
<b>Tempo de diagnóstico</b>		
0  - 10 anos	81	33,6
10  - 20 anos	130	53,9
≥ 20 anos	30	12,5
<b>Comorbidades</b>		
Presente	234	97,1
Ausente	7	2,9
<b>Número de Comorbidades</b>		
Uma	89	38
Duas ou mais	145	62
<b>Tabagismo</b>		
Nunca fumou	96	39,8
Ex-fumante	105	43,6
Fumante	40	16,6
<b>Avaliação funcional do idoso</b>		
Dependência grave	1	0,4
Dependência moderada	15	6,2
Dependência muito leve	22	9,1
Independência	203	84,2
<b>Apoio social</b>		
Rede de apoio insuficiente	102	42,3
Boa rede de apoio social	139	57,7
<b>Funcionalidade familiar</b>		
Boa funcionalidade	145	60,2
Disfunção moderada/elevada	96	39,8

Fonte: DADOS DA PESQUISA, 2017.

**Tabela 3** – Distribuição e associação da funcionalidade familiar com as características socioeconômicas e demográficas dos idosos entrevistados. Recife-PE, 2017.

Variáveis	Funcionalidade familiar		RP	IC95% RP	p-valor
	Disfunção moderada/elevada n (%)	Boa Funcionalidade n (%)			
<b>Sexo</b>					
Masculino	61 (40,4)	90 (59,6)	1,00	---	0,817 *
Feminino	35 (38,9)	55 (61,1)	0,96	0,70 – 0,133	
<b>Idade</b>					
60  - 70	85 (40,1)	127 (59,9)	1,00	---	0,183 **
70  - 80	9 (33,3)	18 (66,7)	0,83	0,48 – 1,45	
80 ou mais	2 (100,0)	0 (0,0)	2,49	2,12 – 2,94	
<b>Tem companheiro</b>					
Sim	22 (29,7)	52 (70,3)	1,00	---	<b>0,033 *</b>
Não	74 (44,3)	93 (55,7)	1,49	1,01 – 2,20	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>					
0	12 (48,0)	13 (52,0)	1,02	0,59 – 1,77	0,691 *
1-4	27 (39,1)	42 (60,9)	0,83	0,52 – 1,34	
5-8	20 (33,9)	39 (66,1)	0,72	0,43 – 1,21	
9-11	22 (39,3)	34 (60,7)	0,84	0,51 – 1,37	
>11 anos	15 (15,6)	17 (53,1)	1,00	---	
<b>Rendimento mensal individual (salário mínimo)</b>					
< 1	13 (31,0)	29 (69,0)	0,75	0,44 – 1,27	0,433 *
1 – 2	56 (41,8)	78 (58,2)	1,01	0,71 – 1,43	
> 2	27 (41,5)	38 (58,5)	1,00	---	
<b>Contribuição na renda familiar</b>					
Totalmente	60 (43,8)	77 (56,2)	1,58	0,73 – 3,40	0,286 *
Parcialmente	31 (36,0)	55 (64,0)	1,30	0,59 – 2,88	
Não contribui	5 (27,8)	13 (72,2)	1,00	---	

Fonte: DADOS DA PESQUISA, 2017.

(\*) Teste Qui-Quadrado (\*\*) Teste Exato de Fisher

**Tabela 4** - Distribuição e associação da funcionalidade familiar com as condições de saúde, avaliação funcional e o apoio social dos idosos entrevistados. Recife-PE, 2017.

Variáveis	Funcionalidade familiar		RP	IC95% RP	p-valor
	Disfunção moderada/elevada n (%)	Boa Funcionalidade n (%)			
<b>Tempo de Diagnóstico</b>					
0  - 10 anos	28 (34,6)	53 (65,4)	1,00	---	0,148 *
10  - 20 anos	59 (45,4)	71 (54,6)	1,31	0,92 – 1,87	
≥20 anos	9 (30,0)	21 (70,0)	0,87	0,47 – 1,62	
<b>Comorbidades</b>					
Presente	91 (38,9)	143 (61,1)	0,54	0,33 – 1,33	0,118 **
Ausente	5 (71,4)	2 (28,6)	1,00	---	
<b>Número de Comorbidades</b>					
Uma	34 (38,2)	55 (61,8)	1,00	---	0,866 *
Duas ou mais	57 (39,3)	88 (60,7)	1,03	0,74 – 1,44	
<b>Tabagismo</b>					
Nunca fumou	40 (41,7)	56 (58,3)	1,00	---	0,875 *
Ex-fumante	40 (38,1)	65 (61,9)	0,91	0,65 – 1,28	
Fumante	16 (40,0)	24 (60,0)	0,96	0,61 – 1,50	
<b>Avaliação funcional do idoso</b>					
Dependência grave	1 (100,0)	0 (0,0)	2,51	2,12 – 2,97	0,775 **
Dependência moderada	7 (40,0)	9 (60,0)	1,00	0,53 – 1,91	
Dependência muito leve	8 (36,4)	14 (63,6)	0,91	0,51 – 1,62	
Independência	81 (39,9)	122 (60,1)	1,00	---	
<b>Apoio social</b>					
Rede de apoio insuficiente	62 (60,8)	40 (39,2)	2,49	1,78 – 3,46	< 0,001 *
Boa rede de apoio social	34 (24,5)	105 (75,5)	1,00	---	

Fonte: DADOS DA PESQUISA, 2017.

(\*) Teste Qui-Quadrado (\*\*) Teste Exato de Fisher

**Tabela 5** - Resultados do modelo de regressão de Poisson para a funcionalidade familiar em relação às variáveis estudadas. Recife-PE, 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>RP</b>	<b>IC95% RP</b>	<b>p-valor</b>
<b>Idade</b>			
60  - 70	1,00	---	
70  - 80	0,78	0,46 – 1,32	0,353
80 ou mais	1,49	1,25 – 1,77	<0,001
<b>Tem companheiro/a</b>			
Sim	1,00	---	0,033
Não	1,50	1,03 – 2,16	
<b>Comorbidades</b>			
Presente	0,46	0,28 – 0,77	0,003
Ausente	1,00	---	
<b>Apoio social</b>			
Rede de apoio insuficiente	2,51	1,80 – 3,48	0,002
Boa rede de apoio social	1,00	---	

Fonte: DADOS DA PESQUISA, 2017.

## 6 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo contribuem para o direcionamento das ações dos profissionais da saúde que lidam com os idosos que convivem com o HIV, seja na atenção básica, nos serviços de referência ou nos hospitais, pois o conhecimento da funcionalidade familiar pode diminuir as consequências adversas do HIV na vida da pessoa infectada. A família funcional apresenta-se com apoio na vida do idoso acometido, já que ela assegura um ambiente confortável e de bem-estar, opondo-se ao que representa uma família disfuncional.

É necessário conhecer a funcionalidade familiar dos idosos com HIV, pois a família deve ser vista como uma unidade de cuidados, sendo as que lidam com idosos que vivem com este vírus merecedoras de uma atenção especial. Sendo assim, reitera-se a importância do instrumento APGAR de Família, utilizado nessa investigação na avaliação das relações familiares.

Entre as limitações do estudo estão: a sua natureza transversal que não permite estabelecer relações de causalidade, além da amostragem por conveniência, justificada pelo fato dos elegíveis à pesquisa em termos de corte etário representarem a minoria nos serviços de atendimentos diante do predomínio do agravo em pessoas mais jovens. Pesquisas adicionais de acompanhamento longitudinal poderão favorecer a ampliação do conhecimento acerca das variáveis ora investigadas.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. Diagnóstico tardio e vulnerabilidade dos idosos com HIV/AIDS. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 229-235, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000200229&ln=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200229&ln=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 out 2016.
- ALENCAR, D. L. et al. Fatores que interferem na sexualidade dos idosos: uma revisão integrativa. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.8, p. 3533-42, 2014.
- ALVES, L.C; LEITE, I.C; MACHADO, C.J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership, **Cad. de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p.535-545, mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300007)> Acesso em: 25 out 2016.
- ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Zélia; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003
- ANDRADE, A.; MARTINS, R. Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. **Millenium**, Lisboa, v. 40, p. 185-199, 2011. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/milleniump/Millenium40/13.pdf>>. Acesso em: 25 out 2016.
- ANDRADE, J. et al. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p.8-15, 2017.
- ARALDI, L. et al. Pessoas idosas com o vírus da imunodeficiência humana: infecção, diagnóstico e convivência. **REME – Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 20, 2016. Disponível em: [www.reme.org.br/artigo/detalhes/1081](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1081). Acesso em: 18 nov 2017.
- BATISTA, A. F. de O. et al. Idosos: associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 39-48, Mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 ago. 2016.
- BATISTA, N. C.; CRISPIM, N. de F. A interferência das relações familiares no processo de envelhecimento: Um enfoque no idoso hospitalizado. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 15, p. 169-89, 2012.
- BEZERRA, V. P. et al. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, n. 4, p.70-6, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, 2015. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aids\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf). Acesso em: 25/09/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus: informações de saúde**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, 2006. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcaad\\_19.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcaad_19.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. 2ª ed, 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/K%20Y%20%20R%20A/Downloads/Manual\\_Tecnico\\_para\\_o\\_Diagnostico\\_da\\_Infeccao\\_pelo\\_HIV%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/K%20Y%20%20R%20A/Downloads/Manual_Tecnico_para_o_Diagnostico_da_Infeccao_pelo_HIV%20(2).pdf)> Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918\\_cartilha\\_dcnt.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf)>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, vol.61, n.3B, p.777-781, 2003. ISSN 0004-282X.

CAETANO, S. Sexualidade na terceira idade. 2008. [periódico na Internet]. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/11942/1/sexualidade-na-terceiridade/pagina1.html>>. Acesso em: 27 nov de 2017.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CASTANHA, A. R et al. Consequências biopsicossociais da Aids na qualidade de vida de pessoas soropositivas para HIV. **DST-J Doenças sexualmente transmissíveis**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, 2006b. Disponível em: <http://gepps-ufs.blogspot.com.br/2016/03/consequencias-biopsicossociais-da-aids.html>. Acesso em: 06 nov. 2017.

CASTRO, S. F. F. et al. Prevenção da aids em idosos: visão e prática do enfermeiro. **Rev Ciênc Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.131-40, 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/17773>

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.

Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE® Versão 2.0. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Tradução da Ordem dos Enfermeiros, coordenação. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros; 2006.

COSTA, F. F.; SILVA, M. A. DA. Ações nacionais de prevenção contra o HIV/AIDS em idosos. **Estudos**, Goiânia, v. 40, n. 4, p. 367-393, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/3047/1849>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

DOMINGUES, M. A. R. C. et al. Revisão sistemática de instrumentos de avaliação de rede de suporte social para idosos. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, 2012. Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17310/12856>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

DORNELAS NETO, J. et al. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3853-3864, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203853&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203853&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 17 jun. 2016.

DUARTE, Y. A. O. **Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares**. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo. Originalmente apresentado como tese de doutorado, Universidade de São Paulo, 2001.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. DE.; Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento das demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 17, n. 5, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26274.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

FARIA, N. R. et al. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human population. **Science**, v. 346, n. 6205, p. 56-61. out. 2014. Disponível em: <http://science.sciencemag.org/content/346/6205/56>. Acesso em: 05 nov. 2017.

GONÇALVES, L. H. T. et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, maio-jun 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2016

\_\_\_\_\_. O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.4, p.746-754, 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE 2011; Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?codmun=261160>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

ILC-BRASIL – Centro Internacional de Longevidade Brasil. **Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. Rio de Janeiro: ILC; 2015.

LAROQUE, M. F. et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 774-780, Dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

LAZZAROTO, A. R. et al. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1833-40, 2008.

\_\_\_\_\_. Oficinas educativas sobre HIV/Aids: uma proposta de intervenção para idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 833-843, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00833.p df](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00833.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2016.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. Capacidade funcional. In: LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu; 2004. p.17-35.

MEDEIROS, R. C. et al. Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev Saude Pública**, Rio de Janeiro, p. 51-66, 2016.

MELO, H. M. de A. et al. O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p..43-53, 2012. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?s cript=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100007)>. Acesso em: 25 out. 2016.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011)>. Acesso em: 26 set. 2016.

MOTA, F. R. N. et al. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715826025>. Acesso em: 01 de nov. 2016.

NASSER, A. C. A.; NEMES, M. I. B. Representações dos participantes de uma intervenção psicossocial para melhoria da adesão ao tratamento da aids. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p.661-671, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br /scielo.php?pid=S1414-32832016000300661&script=sciabst rac t&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000300661&script=sciabst rac t&lng=pt)>. Acesso em: 24 out. 2016.

HERRERA SANTI, P. M. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Ciudad de La Habana, v. 13, n. 6, p. 591-595, dic. 1997. Disponible en <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid= S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso)>. Accedido en 28 nov. 2016.

OKUNO, M. F. P. et al. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/AIDS. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 25, p. 115-121, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000800018 script=sci\\_arttext&lng=p t](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000800018 script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 5, p. 829-838, out. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_ art text&pid=S0034-71672012000500017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art text&pid=S0034-71672012000500017)>. Acesso em: 16 jun 2016.

OLIVEIRA, F. B. M. et al. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 510-516, dez. 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600510&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600510&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 29 nov de 2017.

Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento e ciclo de vida**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>. Acesso em 10 out de 2016.

PAIVA, A. T. G. et al. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare enferm**, v. 16, n. 1, 2011.

PAVARINI, S. C. I. et al. Quem irá empurrar minhas cadeiras de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Rev Eletr. Enf.**, Goiania, v. 8, n. 3, 2006. Disponível em: < [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista8\\_3/pdf/v8n3a03.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/pdf/v8n3a03.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2016.

POLARO, S. H. I. et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 228-233, Abr. 2013. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/12.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2016.

QUADROS, K. A. N., CAMPOS, C. R.; SOARES, T. E.; SILVA, F. M. de R. e. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 6, n. 2, p.2140-46, 2016.

RIBEIRO, O. et al. Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, P.217-234, fev. 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/12787/9276>>. Acesso em: 29 set. 2016.

SALES, J. C. et al. A percepção do idoso de um centro de convivência de Teresina-PI sobre a aids. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 620-627, 2013.

SANTANA, C. V. **A casa e a convivência: etnografando numa instituição de atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS em João Pessoa-PB**. Recife, PE: o autor. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I.; BARHAM, E. J. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 102-110, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/12.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1141-1147, 2012. Disponível em: < [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000500015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500015)>. Acesso em: 25 out 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DIRETORIA GERAL DE CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS. PROGRAMA ESTADUAL DE IST/AIDS/HIV. **Boletim Epidemiológico Vigilância HIV/AIDS – Pernambuco**, 2016.

SERRA, S. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 294-304, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a11.pdf>. Acesso em 01/08/2016.

SMILKSTEIN, G. The Family APGAR: a proposal for a Family function test and its use by physicians. **J. Fam Pract.**, v. 6, n. 6, p. 1231-1239, 1978.

SILVA, D. M. DA. et al. Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5550-5556, set. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/432>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

SILVA, M. J. et al. Análise psicométrica do APGAR de família. **Esc Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, p. 527-532, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0527](http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0527)>. Acesso em: 02 nov. 2016.

SILVA, H.; RABELO, D. F.; QUEROZ, N. C. Qualidade de vida, percepção da dinâmica familiar e do suporte social em idosos. **Pensando fam.**, v. 14, n. 2, p. 139-50, 2010.

SQUARCINI, C. F. R. et al. A pessoa idosa, sua família e a hipertensão arterial: cuidados num programa de treinamento físico aeróbio. **Rev Kairós**, v. 14, n. 3, p. 105-125, 2011.

SOUSA, P.; GOMES, M. C.; PINTO, M. L. Trajetórias de Vida e a Opção Sistema de Suporte Social no Concelho de Mira. **Actas de Gerontologia**, Porto, v. 2, n. 1, p. 01-08, 2016. Disponível em: <[actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/artic le/view/57](http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/artic le/view/57)>. Acesso em: 30 out. 2016.

SOUZA, R. A. et al. C. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 48, N. 3, p. 469-76, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt\\_0080-6234-reeusp-48-03-469](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469)>. Acesso em: 02 nov. 2016.

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

ULTRAMARI, L.; MORETTO, P. B.; GIR, E. et al. Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/aids em idosos. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiania, v. 13, n. 3, p. 405-412, jul/set. 2011. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n3/pdf/v13n3a05](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n3/pdf/v13n3a05)>. Acesso em: 02 nov. 2016.

VERA, I. et al. Índice APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiania, v. 16, n. 1, jan/mar. 2014. Disponível em: Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n1/pdf/v16n1a23.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a23.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2016.

VIEIRA, G. de D.; ALVES, T. da C.; SOUSA, C. M. de. Perfil da aids em indivíduos acima de 50 anos na região amazônica. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.61-66, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00061.pdf>. Acesso em: 25 out 2016.

VILLARINHO, M. V.; PADILHA, M. I. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da aids (1986-2006). **Texto contexto - enferm.**, Santa Catarina, v.25, n.1, 2016. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-0010013.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-0010013.pdf). Acesso em: 25 out. 2016.

# APÊNDICES

**APÊNDICE A - IDENTIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA, DEMOGRÁFICA E  
CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO COM HIV**

**A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO:**

01. Nome: _____	
02. N° Prontuário: _____	
Endereço: _____ _____	
Telefones para contato: _____	
Entrevistador: _____	Data da entrevista: ___/___/___

**B) FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS**

04. Data de Nascimento: ___/___/___
05. Idade (anos completos): _____
06. Sexo (1) Masculino (2) Feminino
07. Situação Conjugal (1) Solteiro (a) (2) Casado ou tem companheiro (a) (3) Viúvo (a) (4) Separado (a) ou divorciado (a)
08. Qual sua escolaridade*? (anos de estudo com aprovação) (1) Analfabeto (2) 1-4 anos (3) 5-8 anos (4) 9-11 anos (5) Acima de 11 anos *Já foi perguntado no MEEM
09. Rendimento mensal individual: (1) Sem renda (2) Menos de 1 salário mínimo (< R\$ 937,00) (3) De 1-2 salários mínimos ( De R\$ 937,00 a R\$1.874,00)

(4) De 2-4 salários (De R\$ 1.874,00 a R\$ 3.748,00)

(5) Mais de 4 salários (Mais de R\$ 3.748,00)

**C) REVISÃO PRONTUÁRIOS A CERCA DE CO-MORBIDADES**

<b>Avaliação de doença crônica</b>		
HAS	(1) Ausente	(2) Presente
DM	(1) Ausente	(2) Presente
Doenças cardiovasculares	(1) Ausente	(2) Presente
Osteoporose	(1) Ausente	(2) Presente
Osteoartrose	(1) Ausente	(2) Presente
Doenças neurológicas	(1) Ausente	(2) Presente
Doenças respiratórias	(1) Ausente	(2) Presente
Neoplasia	(1) Ausente	(2) Presente

<b>Classificação de doenças crônicas</b> (lembrar de pontuar depressão se presente)		
<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
<b>Informações Clínicas/ Saúde</b>		
Tempo de diagnóstico em meses/anos:		
Em relação ao tabagismo:		
1 <input type="checkbox"/> Nunca fumou	2 <input type="checkbox"/> Ex-fumante	3 <input type="checkbox"/> Fumante

## APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS INFECTADOS PELO HIV/AIDS ASSISTIDOS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Márcia Carréra Campos Leal - Endereço para contato: Departamento de Medicina Social da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE. CEP: 50670-901, E-mail: marciacarrera@hotmail.com, Telefone: (81): 21268550.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

O objetivo é identificar o perfil social e epidemiológico dos idosos infectados pelo HIV/AIDS assistidos em serviços de referência em idosos maiores de 60 anos assistidos nos Serviços de referência do município de Recife. O (a) Sr. (a) responderá a uma entrevista sobre a sua condição física e emocional por meio de instrumento de avaliação da área de envelhecimento.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer benefícios, como por exemplo, melhorias para a qualidade de vida do idoso, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área da assistência ao idoso não institucionalizado, infectado pelo vírus HIV, além disso, durante a entrevista o senhor (a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. As informações (entrevistas) serão armazenadas em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

---

Assinatura do pesquisador responsável

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Identificação do perfil social e epidemiológico dos idosos infectados pelo HIV/AIDS assistidos em serviços de referência**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

# **ANEXOS**

**ANEXO A - ESCALAS UTILIZADAS**

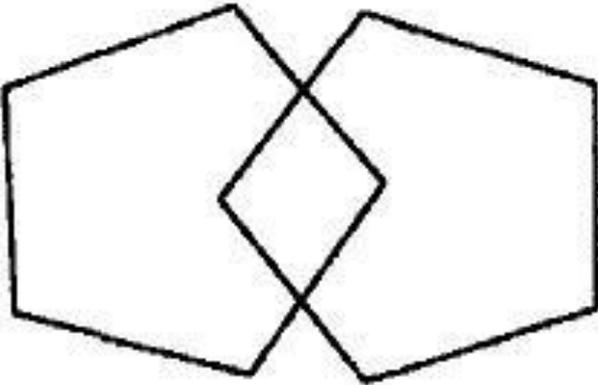
**A) Mini Exame do Estado Mental (MEEM)**

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qual sua escolaridade? (anos de estudo com aprovação)

(1) Analfabeto (2) 1-4 anos (3) 5-8 anos (4) 9-11 anos (5) Acima de 11 anos

<b>1.Orientação temporal (0-5 pontos)</b>	Em que dia estamos?	Ano: _____ Semestre: _____ Dia: _____ Mês: _____ Dia da semana: _____	1 1 1 1 1
<b>2.Orientação espacial (0-5 pontos)</b>	Onde estamos?	Estado: _____ Cidade: _____ Bairro: _____ Rua: : _____ Local: _____	1 1 1 1 1
<b>3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)</b>	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Vaso Carro Tijolo	1 1 1
<b>4. Cálculo (0 - 5 pontos)</b>	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)  <b>OU</b>  Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	93 86 79 72 65  O D N U M	1 1 1 1 1  1 1 1 1 1
<b>5. Lembranças (memória de evocação)</b>	Pergunte o nome das 3 palavras aprendidos na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.	Vaso Carro Tijolo	1 1 1
<b>6. Linguagem (0-2 pontos)</b>	Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta	Lápis Relógio	1 1
<b>7. Linguagem (1 ponto)</b>	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
<b>8. Linguagem (0-3 pontos)</b>	Siga uma ordem de três estágios	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o na mesa	1 1 1

<b>9. Linguagem (1 ponto)</b>	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
<h1>FECHE OS OLHOS</h1>			
<b>10. Linguagem (1 ponto)</b>	Peça ao idoso para escrever uma frase de sua própria autoria.		1
<b>11. Linguagem (1 ponto)</b>	Copie o desenho:		1
			

Fonte: Brucki; *et al* (2003)

**Pontuação:** \_\_\_\_\_

Pontuação total = 30 pontos.

Valores de Referência: Brucki; *et al*, (2003)

Analfabetos: 20 pontos

1-4 anos de estudo: 25 pontos

5-8 anos de estudo: 26,5 pontos

9-11 anos de estudo: 28 pontos

Mais de 11 anos de estudo: 29 pontos

## B) APGAR DA FAMÍLIA

Dimensões	Perguntas	Sempre 2	Algumas vezes 1	Nunca 0
-----------	-----------	-------------	--------------------	------------

A=Adaptação	O Sr(a) está satisfeito (a) ao recorrer à sua família em busca de ajuda quando alguma coisa está o incomodando ou preocupando?			
P=Companheirismo	O Sr(a) está satisfeito (a) com a maneira pela qual sua família e o Sr(a) conversa e compartilha os problemas?			
G=Desenvolvimento	O Sr(a) está satisfeito (a) com a maneira como sua família aceita e apóia seus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções?			
A=Afetividade	O Sr(a) está satisfeito (a) com a maneira pela qual sua família demonstra afeição e reage às suas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor?			
R=Capacidade Resolutiva	O Sr(a) está satisfeito (a) com a maneira pela qual sua família e o Sr(a) compartilha o tempo juntos?			
<b>Sub-Total</b>				
			<b>Total</b>	
<b>Avaliação dos Resultados</b>				
APGFAM.: _____				
(1) Elevada disfunção familiar = 0 a 4				
(2) Moderada disfunção familiar = 5 e 6				
(3) Boa funcionalidade familiar = 7 a 10				
				46 Escore: _____

*Adaptado de: Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006.*

### C) ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

#### Índice de Barthel

	Pontuação
<b>ALIMENTAÇÃO</b> 0. Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa. 5. Necessita de ajuda para cortar a carne, passar manteiga, porém, é capaz de comer sozinho. 10. Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável ( <i>A comida pode ser preparada por outra pessoa</i> )	
<b>BANHO</b> 0. Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão. 5. Independente. Capaz de se lavar inteiro, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione.	
<b>HIGIENE PESSOAL</b> 0. Dependente. Necessita alguma ajuda com o cuidado pessoal 5. Independente. Realiza todas atividades de higiene pessoal sem ajuda (barbear, dentes, rosto, cabelo)	

<b>VESTIR-SE</b> 0. Dependente. Necessita de alguma ajuda. 5. Necessita ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho. 10. Independente. Capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda (incluindo botões, zíper, laço, etc.).		
<b>INTESTINO</b> 0. Incontinente (ou necessita de enemas). Mais de um episódio semanal de incontinência. 5. Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana). 10. Contínente (não apresenta episódios de incontinência).		
<b>SISTEMA URINÁRIO</b> 0. Incontinente ou cateterizado. 5. Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 h). 10. Contínente (por mais de 7 dias).		
<b>USO DO SANITÁRIO</b> 0. Dependente. 5. Necessita ajuda parcial, mas consegue fazer algumas coisas sozinho. 10. Independente (senta-se, levanta-se, penteia-se, limpa-se, veste-se sem ajuda).		
<b>TRANSFERÊNCIA (<i>cadeira-cama e vice e versa</i>)</b> 0. Incapaz. Não tem equilíbrio para manter-se sentado. 5. Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), consegue sentar-se. 10. Pouca ajuda (verbal ou física) 15. Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas).		
<b>MOBILIDADE (<i>deambulação em superfícies planas</i>)</b> 0. Imóvel. 5. Independente na cadeira de rodas, incluindo os cantos. 10. Caminha com a ajuda (verbal ou física) de uma pessoa. 15. Independente (mas pode utilizar qualquer auxiliar da locomoção, ex: bengala, muleta, andador).		
<b>ESCADAS</b> 0. Incapaz. 5. Necessita ajuda (verbal ou física) ou supervisão. 10. Independente (Sobe/desce escadas com apoio do corrimão ou dispositivos auxiliares da marcha, ex: bengala, muleta).		
<b>Pontuação:</b> _____		
<b>Classificação de comprometimento funcional</b>		
Dependência total	( )	Entre 0-20
Dependência grave	( )	Entre 21-60
Dependência moderada	( )	Entre 61-90
Dependência muito leve	( )	Entre 91-99
Independência	( )	Entre 100

Fonte: Minosso; *et al*, 2010.

## D) AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL

LSNS-6 (Escala Breve de Redes Sociais de Lubben)

**FAMÍLIA:** Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3 a 4</b>	<b>5 a 8</b>	<b>9 ou mais</b>
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

**AMIGOS:** Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3 a 4</b>	<b>5 a 8</b>	<b>9 ou mais</b>
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

Fonte: RIBEIRO; *et al*, (2012).

**Pontuação final:** \_\_\_\_\_ pontos

<b>Classificação apoio social</b>	
Boa rede de apoio social	( ) Maior ou igual a 12
Rede de apoio insuficiente – risco de isolamento social	( ) Abaixo de 12

## ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

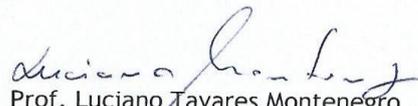


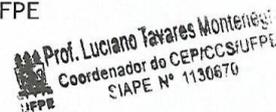
### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que este Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa: **Identificação do perfil social e epidemiológico dos idosos infectados pelo HIV/AIDS assistidos em serviços de referência**, CAAE nº 57019716.0.0000.5208, de responsabilidade da pesquisadora **Márcia Carréra Campos Leal**, liberando-o para início da coleta de dados em 01 de setembro de 2016.

Declaramos ainda, que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final via Plataforma Brasil e o parecer de aprovação somente será entregue após a análise do referido relatório final.

Recife, 14 de setembro de 2016

  
 Prof. Luciano Tavares Montenegro  
 Coordenador do CEP/UFPE

  
 Prof. Luciano Tavares Montenegro  
 Coordenador do CEP/CCS/UFPE  
 CIAPE Nº 1130670

