



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

ALISSON CÉSAR CARDOSO DE FREITAS

**REDES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS EM IDOSOS OBESOS  
RESIDENTES EM BRASÍLIA-DF**

Brasília  
2016

ALISSON CÉSAR CARDOSO DE FREITAS

**REDES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS EM IDOSOS OBESOS  
RESIDENTES EM BRASÍLIA-DF**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marina Morato Stival**

Brasília  
2016

Dedico este trabalho ao governo atual e passado em representação da sociedade brasileira por ter custeado a minha formação até o prezado momento e por ter garantido assistência necessária para as inúmeras oportunidades abraçadas.

Dedico a toda minha família em especial minha mãe Maria Aparecida, meu pai José César e Minha irmã Ana Paula por terem me dado todo apoio e força durante toda a minha formação.

Dedico em especial a minha eterna professora, orientadora, amiga, companheira e mãe de consideração Marina Morato Stival por ter me guiado e dado as ferramentas necessárias para o meu crescimento profissional e pessoal.

Dedico à todos representantes da administração e professores do curso de graduação em enfermagem da UnB/FCE que juntos dão o máximo de si para a formação de enfermeiros (as) de qualidade com grande diferencial de atuação.

Dedico à toda uma classe de estudantes, enfermeiros (as) e Técnicos e Auxiliares em Enfermagem que a cada dia dão o seu máximo para a consolidação e conquista perante a sociedade brasileira.

Dedico a todos amigos e amigas de graduação, de estudos e irmãos e irmãs que conquistei para toda uma vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Meu sincero agradecimento à minha família por ter sempre me apoiado e me ajudado nesses anos de formação e sempre ao meu lado em todos os momentos.

Agradeço imensamente a Marina, a minha eterna “manola” e mãe de consideração que sempre buscou me ajudar, a me oferecer oportunidades únicas e pelo imenso carinho e cuidado demonstrado ao longo da nossa amizade que sem dúvidas, para toda uma vida.

A minha namorada, meu amor, e eterna companheira Bruna Rabêlo que, após nos conhecermos e começarmos a namorar, sempre me apoiou e motivou em meus sonhos, conquistas, realizações.

Aos irmãos e irmã Dheison, Wlisses, Gleiciane Gontijo e professor Jorge, em especial a minha amiga e irmã para toda vida Gleiciane, que sem dúvidas foi uma das grandes incentivadoras para que eu abarcasse na Graduação em Enfermagem e em meus sonhos.

Em especial aos meus irmãos Breno Guilherme e Danylo Vilaça que sempre me apoiaram em todos os momentos. Agradeço pelas experiências adquiridas e conquistas realizadas.

Aos meus grandes irmãos e irmãs que conquistei ao longo da graduação Rayanne Parente, Talita Queiroz, Vinícius Guimarães, Eduardo Contiero, Nathália Melo, Alisson Ribeiro, Luís Filipe, Marcos Câmara, Stéfani Monteiro, Andréia Puttini, Bruna Guedes e Jonas Fernandes.

Aos companheiros de graduação, Centros Acadêmicos e direção que me acompanharam ao longo da minha graduação.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar as redes sociais e comunitárias de idosos com obesidade residentes em uma Região Administrativa do Distrito Federal. **Método:** Estudo transversal, realizado com 206 idosos avaliados inicialmente com o inquérito domiciliar, com o uso do APGAR Familiar, e posteriormente no Centro de Saúde por meio de medidas antropométricas e impedância elétrica para classificação de obesidade. A análise estatística foi realizada no SPSS 20.0. **Resultados:** A média de IMC foi 31,36 e de porcentagem de gordura corporal de 40,79%. A maioria era do sexo feminino, com 1 a 4 anos de estudo, casados, baixa renda, não faziam dieta alimentar, não tabagistas, não etilistas, sedentários e não tinham lazer. No APGAR familiar 82,0% apontaram a família como altamente funcional, 42,7% não ofereciam ajuda, 84,0% moravam com filhos, 82,5% não recebiam apoio da comunidade, 76,7% não prestavam serviço voluntário na comunidade, 76,7% convivem com pessoas da mesma idade e 92,2% convivem com jovens. Análise fatorial do APGAR de família: Bartlett:  $\chi^2 = 1024,0$  e  $p < 0,000$ ; KMO 0,896. Após a extração dos fatores, os valores mantiveram menor que um, com acúmulo de variância explicada de 82,4%, demonstrando um instrumento unifatorial. **Conclusão:** Assim é fundamental que seja estudada a relação do idoso, com condições específicas, com a comunidade, família e amigos, para que a partir daí se possa direcionar as abordagens e práticas de saúde para o enfrentamento ou controle dos problemas de saúde existentes na população idosa.

**Descritores:** Comunidade. Redes sociais. Idoso. Obesidade. Família

## ABSTRACT

Objective: to evaluate the social and community networks of elderly people with obesity residents in a region of the Federal District. Methods: this cross-sectional study conducted with 206 elderly assessed initially with the investigation at home and later at the health center through anthropometric measurements and electrical impedance for classifying obesity. Descriptive analysis was performed in SPSS 20.0. Results: it was found that (82.0%) of seniors had high functionality familiar however when it directs the Family and Social support network the study showed that 42.7%) of elderly (offered any kind of help to someone. Related to institutional assistance in support of the elderly in the community last year, (82.5%) reported not receiving any kind of support and (76.7%) of seniors pointed not to any institution in the community voluntary service in the past year. As regards Community assistance, (67.0%) of seniors said that they do not receive or offer support to community. Front of the conviviality (76.7%) live with people of the same age and (92.2%) report live with young people. Discussion: currently the social and community networks are characterized with an important factor with regard to health and mortality indicators of the population in General and elderly, being evidenced that, when less the social conviviality and relationships with family and community, the greater are the risks to health in all biopsychosocial aspects. Conclusion: it is essential to study the relationship of the elderly, with specific conditions, with community, family and friends, so that from there we can direct the health approaches and practices to deal with or control of existing health problems in the elderly population.

**Descriptors:** Community. Social networks. Aged. Obesity. Family

# REDES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS EM IDOSOS OBESOS RESIDENTES EM BRASÍLIA-DF

NETWORKS AND COMMUNITY IN ELDERLY RESIDENTS OBESE IN  
BRASILIA-DF

**TÍTULO CURTO:** Redes sociais e comunitárias em idosos

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar as redes sociais e comunitárias de idosos com obesidade residentes em uma Região Administrativa do Distrito Federal. **Método:** Estudo transversal, realizado com 206 idosos avaliados inicialmente com o inquérito domiciliar, com o uso do APGAR Familiar, e posteriormente no Centro de Saúde por meio de medidas antropométricas e impedância elétrica para classificação de obesidade. A análise estatística foi realizada no SPSS 20.0. **Resultados:** A média de IMC foi 31,36 e de porcentagem de gordura corporal de 40,79%. A maioria era do sexo feminino, com 1 a 4 anos de estudo, casados, baixa renda, não faziam dieta alimentar, não tabagistas, não etilistas, sedentários e não tinham lazer. No APGAR familiar 82,0% apontaram a família como altamente funcional, 42,7% não ofereciam ajuda, 84,0% moravam com filhos, 82,5% não recebiam apoio da comunidade, 76,7% não prestavam serviço voluntário na comunidade, 76,7% convivem com pessoas da mesma idade e 92,2% convivem com jovens. Análise fatorial do APGAR de família: Bartlett:  $\chi^2 = 1024,0$  e  $p < 0,000$ ; KMO 0,896. Após a extração dos fatores, os valores mantiveram menor que um, com acúmulo de variância explicada de 82,4%, demonstrando um instrumento unifatorial. **Conclusão:** Assim é fundamental que seja estudada a relação do idoso, com condições específicas, com a comunidade, família e amigos, para que a partir daí se possa direcionar as abordagens e práticas de saúde para o enfrentamento ou controle dos problemas de saúde existentes na população idoso.

**Descritores:** Comunidade. Redes sociais. Idoso. Obesidade. Família

## **ABSTRACT**

Objective: to evaluate the social and community networks of elderly people with obesity residents in a region of the Federal District. Methods: this cross-sectional study conducted with 206 elderly assessed initially with the investigation at home and later at the health center through anthropometric measurements and electrical impedance for classifying obesity. Descriptive analysis was performed in SPSS 20.0. Results: it was found that (82.0%) of seniors had high functionality familiar however when it directs the Family and Social support network the study showed that 42.7%) of elderly (offered any kind of help to someone. Related to institutional assistance in support of the elderly in the community last year, (82.5%) reported not receiving any kind of support and (76.7%) of seniors pointed not to any institution in the community voluntary service in the past year. As regards Community assistance, (67.0%) of seniors said that they do not receive or offer support to community. Front of the conviviality (76.7%) live with people of the same age and (92.2%) report live with young people. Discussion: currently the social and community networks are characterized with an important factor with regard to health and mortality indicators of the population in General and elderly, being evidenced that, when less the social conviviality and relationships with family and community, the greater are the risks to health in all biopsychosocial aspects. Conclusion: it is essential to study the relationship of the elderly, with specific conditions, with community, family and friends, so that from there we can direct the health approaches and practices to deal with or control of existing health problems in the elderly population.

**Descriptors:** Community. Social networks. Aged. Obesity. Family

## **INTRODUÇÃO**

Ao longo dos anos a prevalência da obesidade vem aumentando rapidamente, atingindo homens e mulheres em todas as faixas etárias, se tornado assim um grave problema de saúde pública no Brasil e no Mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a obesidade como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo que pode ocasionar um comprometimento da saúde.<sup>1</sup>

Em idosos, a obesidade é entendida como uma desordem complexa e multifatorial que está associada ao ganho de peso vinculada a fatores que diminuem a taxa de metabolismo, em consequência da perda de massa muscular, diminuição da prática de atividade física e aumento do consumo de alimentos calóricos.<sup>2</sup>

A OMS estimou que, no ano de 2004, 60% da população mundial apresentou algum problema relacionado à obesidade.<sup>3</sup> Pesquisas vêm sendo realizadas objetivando determinar a prevalência de obesidade em idosos desde a década passada. Na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2002/2003 observou-se que na faixa etária de 65 a 74 anos foi encontrado 14% com obesidade e 49,1% com sobrepeso. Naqueles com idade maior de 75 anos a obesidade foi encontrada em 10,5% e o sobrepeso em 38,5%.<sup>4</sup> Os números da obesidade em idosos variam de 11% a 49,6%, assim como os índices de sobrepeso, que vão de 32% a 52,3%.<sup>4,5,6</sup>

Alguns fatores podem ser determinantes do sobrepeso e obesidade em idosos. Dentre eles, alguns estudos têm considerado a relação entre o apoio social e distúrbios nutricionais, sugerindo que indivíduos que tem diversidade de apoio social ficam doentes menos frequentemente e são considerados mais saudáveis e com um melhor estado nutricional.<sup>7</sup>

Rosa<sup>7</sup> e Pinto<sup>8</sup> afirmam que as redes sociais e comunitárias constituem a partir da formação de laços sociais sejam eles por parentes, vizinhos, amigos, associação de moradores, grupos de pessoas, e quando bem estabelecidos na vida do idoso atuam diretamente na promoção da saúde, proteção contra doenças e até mesmo aumento de sobrevida. Sendo assim, é amplamente reconhecido que as redes sociais tem poderosos efeitos sobre a saúde física e mental das pessoas.

As redes sociais são compostas por uma estrutura e uma função. A estrutura refere-se ao grau em que o indivíduo está socialmente conectado com os outros (frequência, duração, diversidade, densidade e reciprocidade em contato com familiares, amigos ou relacionamento afetivo), já a função, está relacionada ao apoio social, que consiste no conforto, ajuda instrumental e informações que um recebe do outro dentro da estrutura.<sup>7,8,9</sup>

No que diz respeito a relação do idoso com a família, Paiva et al.,<sup>10</sup> demonstra que a família é um dos elementos centrais no cuidado com o idoso, deste modo, é fundamental que as práticas em saúde sejam norteadas

por meio da avaliação da funcionalidade familiar. Assim, a família associado ao suporte na vida do idoso, tem impacto positivo nas condições de saúde, em aspectos de promoção e prevenção de agravos.

A comunidade é outro agente que tem influência na vida e saúde do idoso. De acordo com Crevelim<sup>11</sup> o papel que a comunidade assume frente as redes sociais é de participação e integração voltadas para a promoção, prevenção de agravos de saúde existentes e enfrentamentos de determinantes do processo saúde-doença. Assim, a relação do idoso com a comunidade é uma estratégia para conquista de qualidade de vida e cidadania, devendo a mesma ser estimulada pelo próprio idoso, familiares, amigos, vizinhos e profissionais da saúde.

A fomentação de estudos como este, acerca das redes sociais e comunitárias de idosos com obesidade, podem nortear diretamente as ações e aplicação de saúde de uma forma mais abrangente, uma vez que com os resultados obtidos tem-se o direcionamento de acordo com a realidade específica de cada território respeitando as questões socioeconômicas e relações sociais de cada um. Com a identificação de cada fator que interfere nos pontos citados, o profissional de saúde pode identificar o nível da funcionalidade familiar, apoio da comunidade e fatores socioeconômicos que atingem diretamente na saúde da população adstrita e a partir desse ponto ajustar a atenção prestada conforme a realidade e vivência da população. Diante do exposto, este estudo teve o objetivo avaliar as redes sociais e comunitárias de idosos com obesidade residentes em uma Região Administrativa do Distrito Federal.

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal realizado com 206 idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade mínima de 60 anos; ser residente no setor de localização da Unidade de Saúde da Família; ser classificado como obeso na avaliação de composição corporal e aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

Optou-se pela amostragem por conglomerados devido ao fato da Unidade de Saúde ainda não ter concluído o cadastramento das famílias da área, impossibilitando o cálculo amostral. Somente as casas das 11 quadras ímpares foram visitadas pelos pesquisadores. Foram visitadas as casas de

265 idosos e no primeiro contato foram explicados os objetivos da pesquisa e em caso de aceite foi realizado um agendamento de consulta para avaliação do estado nutricional e da composição corporal que foi realizada em sala privada na Unidade de Saúde. O idoso foi informado do preparo necessário para realizar a avaliação da composição corporal que constava: estar em jejum, não ingerir bebida alcoólica dois dias antes da avaliação e não realizar atividade física no dia anterior da avaliação.

Do total, 259 idosos aceitaram participar da pesquisa e para a avaliação foram atendidos individualmente e adotados os seguintes métodos de avaliação: **Antropometria** - para obtenção do peso e estatura foram realizadas duas verificações no período da manhã e calculada uma média aritmética. As medições foram realizadas com base nas técnicas propostas por Lohman et al.<sup>12</sup> Para determinação de obesidade considerou-se IMC maior que 27 Kg/m<sup>2</sup> <sup>13,14</sup>**Impedância Bioelétrica** - Para avaliação da composição corporal foi utilizado o aparelho portátil de quatro frequências (5khz, 50khz, 100khz e 200khz – Biodynamics). Antes do exame todos foram orientados a esvaziarem a bexiga e ficarem 15 minutos de repouso. Foram considerados obesos os idosos do sexo masculino com mais de 27% de gordura corporal e do sexo feminino com mais de 33%.<sup>15</sup>

Dos 259 idosos, 206 foram classificados como obesos e assim, convidados a participarem do segundo momento da coleta de dados que consistia em um Inquérito Domiciliar. O Instrumento de coleta de dados utilizado foi o Inquérito Domiciliar do Projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo<sup>16</sup> com adaptações, que teve o objetivo de investigar as redes sociais e comunitárias do idoso.

Para o estudo foi utilizado uma ferramenta que auxilia na identificação das relações e função familiar denominada de APGAR Familiar. O APGAR Familiar é um instrumento que permite uma avaliação da satisfação subjetiva com o cuidado recebido do membro familiar por meio de 5 itens: Adaptation (Adaptação), Partnership (Companheirismo), Growth (Desenvolvimento), Affection (Afetividade) e Resolve (Capacidade resolutiva). Assim a partir dos 5 itens abordados, gera-se a Funcionalidade Familiar - FF que é caracterizada como o resultado dos valores obtidos após o somatório. Tais valores caracterizam-se como: (elevada disfuncionalidade – 0 a 4;

moderada disfuncionalidade – 5 e 6 ou boa funcionalidade – 7 a 10 pontos). Assim, a pontuação final possibilita a classificação dos níveis de funcionamento familiar tanto no que diz respeito a disfuncionalidade ou a funcionalidade, uma vez que quanto maior escore maior a satisfação da pessoa que recebe o cuidado.<sup>17</sup>

Os dados foram analisados pelo software *Package for the Social Sciences (SPSS®)* versão 20.0. A análise descritiva foi realizada por frequências absolutas, relativas, médias e desvio padrão. Para determinar a confiabilidade do instrumento de APGAR de Família, utilizou-se o alfa de Cronbach, através do coeficiente de discriminação dos itens, considerando-se como satisfatórios valores a partir de 0,20 com base no estudo de Silva et al.<sup>18</sup>

Através do valor do alfa de Cronbach com o item suprimido, foi empregado como ponto de corte o valor 0,70 para considerar uma medida com consistência interna satisfatória. O teste  $t^2$  de Hotelling que testa a hipótese nula de que todas as médias dos itens são iguais foi utilizado. Foi realizada análise fatorial exploratória pela técnica de análise dos componentes principais e no processo de determinação do número de fatores, utilizou-se o critério dos autovalores maiores que um. Para a medida de adequação da amostra, utilizou-se a técnica Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), e utilizou-se o teste de esfericidade de Bartlett. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) com protocolo nº 451/10, no escopo do projeto denominado “Gerenciamento de determinantes de risco na atenção primária à saúde de idosos residentes em comunidade do Distrito Federal”.

## **RESULTADOS**

Na avaliação do estado nutricional e da composição corporal dos idosos observou-se uma média de IMC de 31,36 e de porcentagem de gordura corporal de 40,79% nos 206 idosos avaliados.

A maioria (59,2%) era do sexo feminino, possuía idade média de 60 a 65 anos (35,9%), com 1 a 4 anos de estudo (41,3%), casados (55,8%) e com renda média de 1 a 2 salários mínimos (51,4%). No que diz respeito a

alimentação, 80,6% dos idosos afirmaram não realizar dieta alimentar, quanto ao consumo de cigarro/dia, 82,5% não consumiam e 62,6% não tinham hábitos estilistas (Tabela 1).

De acordo com a aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ, 93,2% eram sedentários. No que se refere ao lazer 57,3% referiram não ter. Na avaliação do APGAR familiar 82,0% apontaram a família como altamente funcional (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas e hábitos de vida dos idosos obesos. Brasília, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	122 (59,2)
Masculino	84 (40,8)
<b>Idade</b>	
60 a 65 anos	74 (35,9)
66 a 70 anos	54 (26,2)
71 a 75 anos	37 (18,0)
> 75 anos	41 (19,9)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	71 (34,5)
1 a 4 anos	85 (41,3)
5 a 8 anos	44 (21,3)
> 8 anos	6 (2,9)
<b>Estado civil</b>	
Casado	115 (55,8)
Solteiro/viúvo/divorciado	91 (44,2)
<b>Renda (em Salário Mínimo)</b>	
< 1 SM	57 (27,7)
1 a 2 SM	106 (51,4)
> 2 SM	43 (20,9)
<b>Faz dieta alimentar</b>	
Sim	40 (19,4)
Não	166 (80,6)
<b>Consumo de cigarros/dia</b>	
Nenhum	170 (82,5)
1 a 5	10 (4,9)
6 a 10	11 (5,3)
11 a 15	3 (1,5)
16 a 20	7 (3,4)
>20	5 (2,4)
<b>Estilista</b>	
Sim	77 (37,4)
Não	129 (62,6)
<b>IPAQ</b>	
Sedentário	192 (93,2)
Ativo	14 (6,8)
<b>Lazer</b>	
Sim	88 (42,7)

Não	118 (57,3)
<b>APGAR família</b>	
Família severamente disfuncional	23 (11,2)
Família moderadamente disfuncional	14 (6,8)
Família altamente funcional	169 (82,0)

No que se direciona a Rede de Apoio Familiar e Social o estudo evidenciou que 42,7% dos idosos não ofereciam nenhum tipo de ajuda a alguém, 84,0% tinham filhos que moravam em sua casa e 75,2% tinham de 0 a 4 filhos. Em relação a frequência que fala ou vê os filhos que não moram em sua casa, 36,4% afirmaram ver diariamente, 37,3% dos idosos tinham filhos que residiam em outro bairro na mesma cidade (Tabela 2).

Referente a relação e contato com seus filhos, 44,6% dos idosos afirmaram se sentirem muito satisfeitos, 55,4% dos idosos declararam não receber nenhum tipo de ajuda dos filhos que não moram com eles. Relacionado a assistência institucional de apoio ao idoso na comunidade no último ano, 82,5% relataram não receber nenhum tipo de apoio e 76,7% dos idosos apontaram não prestar nenhum serviço voluntário em instituição na comunidade no último ano (Tabela 2).

No que diz respeito a assistência da comunidade, 67,0% dos idosos afirmaram não receber ou oferecer apoio a comunidade. Frente ao convívio, 76,7% convivem com pessoas da mesma idade e 92,2% relatam conviver com pessoas jovens (Tabela 2).

Tabela 2 – Inquérito Domiciliar: Rede de Apoio Familiar e Social dos idosos obesos. Brasília, 2015.

Variáveis	N (%)
<b>Oferece algum tipo de ajuda para alguém?</b>	
Não	88 (42,7)
Dinheiro	46 (22,3)
Coisas que precisa (roupa, comida)	62 (30,1)
Outros	10 (4,9)
<b>Tem filhos que moram na sua casa?</b>	
Sim	173 (84,0)
Não	33 (16,0)
<b>Número de filhos que moram em sua casa?</b>	
0 a 4 filhos	155 (75,2)
5 a 8 filhos	42 (20,4)
9 a 13 filhos	9 (4,4)

<b>Frequência que fala ou vê os filhos que não moram em sua casa?</b>	
Não tem filhos	15 (7,3)
Diariamente	75 (36,4)
Semanalmente	67 (32,6)
Quinzenalmente	16 (7,8)
Mensalmente	19 (9,2)
Semestralmente	4(1,9)
Anualmente	6 (2,9)
Nunca	4 (1,9)
<b>Onde moram os filhos que não vivem com você?</b>	
Não tem	15 (7,3)
No mesmo bairro	54 (26,3)
Outro bairro na mesma cidade	77 (37,3)
Outra cidade no mesmo país	60 (29,1)
<b>Como se sente em relação ao contato com seus filhos?</b>	
Muito satisfeito	92 (44,6)
Satisfeito	78 (37,9)
Pouco satisfeito	29 (14,1)
Nada satisfeito	7 (3,4)
<b>Os filhos que não moram com você oferece alguma ajuda?</b>	
Sim	79 (38,3)
Não	114 (55,4)
Não tem filhos	15 (7,3)
<b>No último ano recebeu assistência de instituição que apoia o idoso na comunidade?</b>	
Não	170 (82,5)
Serviço social	3 (1,4)
Centro de Convivência	14 (6,8)
Igreja	9 (4,4)
Outro	10 (4,9)
<b>No último ano prestou serviço voluntário em instituição na comunidade?</b>	
Não	158 (76,7)
Serviço social	7 (3,4)
Centro de Convivência	4 (1,9)
Creche	5 (2,5%)
Igreja	28 (13,6%)
Outro	4 (1,9%)
<b>Ofereceu/recebeu assistência da comunidade?</b>	
Sim	68 (33,0)
Não	138 (67,0)
<b>Convive com pessoas da sua idade?</b>	
Sim	158 (76,7)
Não	48 (23,3)
<b>Convive com pessoas jovens?</b>	
Sim	190(92,2)

Os resultados quanto a pontuação no instrumento APGAR de Família apresentaram média de 3,2 e desvio padrão de 5,3. Com relação a distribuição da funcionalidade familiar do idoso de acordo com sexo, 82,2% dos idosos do sexo masculino afirmam possuir boa funcionalidade familiar, 8,3% deles possuem moderada disfunção familiar e 9,5% apresentaram elevada disfunção familiar. No que se refere ao sexo feminino 82,0% apresentaram boa funcionalidade, 5,7% possuem moderada disfunção familiar e 12,3% apresentaram elevada disfunção familiar (Gráfico 1).

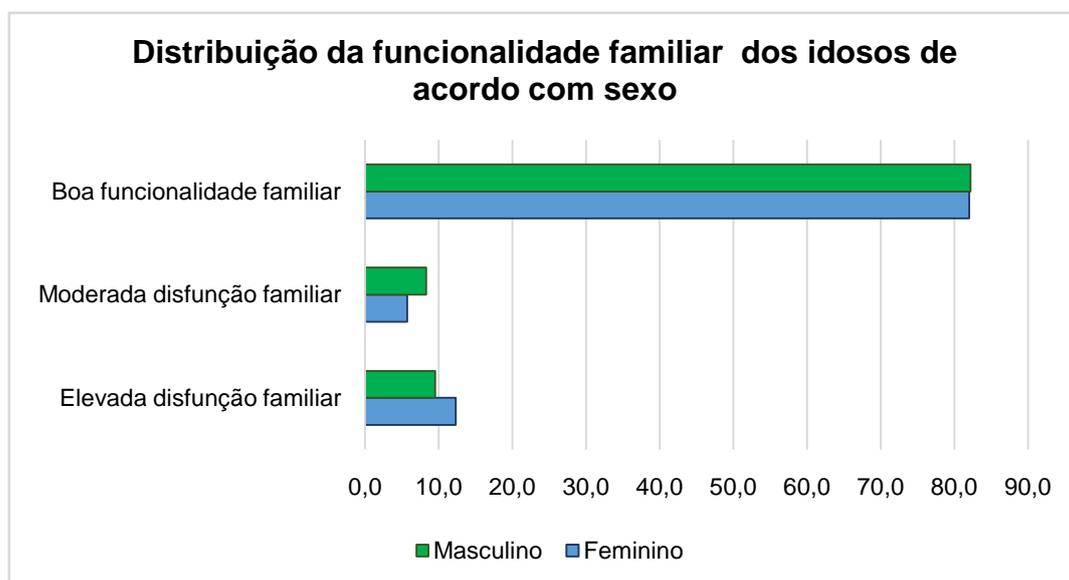


Gráfico 1 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos obesos de acordo com o sexo. Brasília, 2015.

Não foi observada diferença significativa no teste  $t^2$  de Hotelling ( $F=1,148$  e  $p=0,335$ ). A análise da consistência interna revelou um Alpha de Cronbach de 0,946. O coeficiente de discriminação variou entre 0,776 e 0,930; o valor do Alpha de Cronbach quando um dos itens foi suprimido, variou entre 0,920 e 0,947 (Tabela 3).

Na análise fatorial dos itens do instrumento APGAR de família observou-se o teste de esfericidade de Bartlett:  $\chi^2= 1024,0$  e  $p<0,000$ ; e medida de KMO de 0,896. Após a extração dos fatores, todos os valores mantiveram menor que um, com acúmulo de variância explicada de 82,4%, demonstrando um instrumento unifatorial (Tabela 3).

Tabela 3 – Coeficiente de discriminação, valores de Alpha de Cronbach com o item suprimido do APGAR de família e análise fatorial exploratória do instrumento APGAR de família aplicado em idosos obesos. Brasília, 2015.

	<b>Coeficiente de discriminação</b>	<b>Alpha de Cronbach com o item suprimido</b>	<b>Fator</b>
Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando	0,776	0,947	0,853
Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas	0,930	0,920	0,958
Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções	0,869	0,930	0,919
Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família demonstra afeição e reage às emoções, como raiva, mágoa ou amor	0,865	0,931	0,916
Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos	0,827	0,937	0,890

## DISCUSSÃO

A avaliação das redes sociais por meio da funcionalidade familiar em idosos tem sido uma ferramenta bastante utilizada no planejamento do cuidado, principalmente no âmbito da atenção primária. O emprego do APGAR de família neste grupo de idosos específico, com obesidade, revelou resultados de elevada confiabilidade, avaliados pela sua consistência interna com resultados do Alpha de Cronbach com valores próximos a um.

Em relação à análise fatorial exploratória, os resultados revelaram um instrumento com escala unifatorial, após extração dos fatores e rotação de matriz, com porcentagem de variância explicada de 82,4%. Diante destes resultados, este instrumento mostrou-se eficaz para avaliação da dinâmica familiar neste grupo específico.

De acordo com Silva et al<sup>18</sup> o APGAR de família é um componente fundamental nas práticas e planejamento em saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde – APS. Assim, o APGAR de família frente às práticas clínicas gerontológicas é uma das principais ferramentas norteadoras dos cuidados.

Os resultados deste estudo corroboram com aqueles encontrados por Paiva et al<sup>10</sup>, Vera et al<sup>17</sup>, Silva et al<sup>18</sup>, Martins da Silvia et al<sup>19</sup>, Andrade e Martins<sup>20</sup> apontando que o APGAR de família avaliado em idosos é um instrumento adequado para a avaliação da funcionalidade familiar, reunindo requisitos satisfatórios de consistência interna e validade de critério, que lhes conferem a característica de ser um instrumento de triagem apropriado para esta estimativa.

Atualmente as redes sociais e comunitárias caracterizam-se com um importante fator no que diz respeito a condições de saúde e indicadores de mortalidade da população em geral. Estudos como o de Rosa<sup>7</sup> apontam que a presença do apoio social e comunitário tem sido fortemente associado com desfechos positivos no que se refere à qualidade de vida e saúde na população em geral e idosos.

A obesidade em idosos caracteriza-se como um agravante para a sua saúde. A obesidade ocorre de forma multifatorial, ou seja, está ligada a alimentação inadequada, fatores socioeconômicos, sedentarismo e a fatores psicológicos.<sup>1,21,22,23</sup> Babieri<sup>1</sup> aponta que esses fatores influenciam diretamente nas relações com a família e comunidade, resultando assim, falta de adaptação e interação social e, conseqüentemente, um agravamento na saúde da população em geral. Nos idosos, essa relação aliada a fatores de funcionalidade e qualidade de vida, podem aumentar os riscos à saúde da população idosa em todos os aspectos biopsicossociais.

Os idosos que possuem renda e nível educacional mais elevados têm uma maior frequência de apoio fornecido e maior satisfação com este apoio recebido dos membros da rede de ajuda. Tais achados são favoráveis quando comparados com o presente estudo, uma vez que a maioria dos idosos possuía poucos anos de estudo e tinham baixa renda e desses, a maioria não oferecia e não recebiam nenhum tipo de ajuda da comunidade.<sup>7</sup> Assim, este estudo evidencia que as relações socioeconômicas estão diretamente ligadas no que diz respeito ao apoio social e comunitário no âmbito da qualidade de vida.

Sabe-se dos efeitos diretos da integração social em hábitos alimentares e práticas de atividades físicas, observando que idosos que estavam satisfeitos com a frequência de visitas recebidas por parentes e amigos registraram menos problemas com a dieta alimentar. Além disso,

resultados de outros estudos apontam que os idosos que se mostravam mais ativos fisicamente e emocionalmente apresentaram dietas mais adequadas e diversificadas.<sup>7,8</sup> Diante dos achados no presente estudo, fica claro que o apoio dos familiares, amigos e comunidade poderia ser fundamental no que diz respeito a melhores indicadores de dieta e atividade física.

Neste estudo verificou-se que a maioria não realizava dieta e era sedentário. Tais achados podem se associar diretamente a outros fatores socioeconômicos, como sexo, escolaridade, renda e outros.<sup>21,22,23</sup> Por outro lado, o papel do apoio social e comunitário influencia positivamente no estilo de vida do idoso, pois quanto maior forem os indicadores de apoio familiar e da comunidade e oferta para os mesmos, maiores serão os índices de qualidade de vida e saúde nos aspectos físicos, emocionais e sociais.<sup>7,8,24</sup>

A comunidade no papel de melhoria da qualidade de vida e saúde cumpre uma importante função para o idoso, pois tem importante papel na participação e formulação de políticas públicas como estratégia para a conquista de qualidade de vida e cidadania. A comunidade está prevista tanto no diagnóstico da situação de saúde da população local como no planejamento das atividades em saúde.<sup>11</sup>

O suporte familiar, de amigos, vizinhança e comunidade local tem um papel significativo no bem-estar e saúde do idoso. A troca de ajudas e interação social se tornam um importante fator no que diz respeito a melhoria do bem-estar psicológico, assim os efeitos positivos do suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência fazem com que os idosos se sintam cada vez mais amados e seguros para enfrentar os respectivos problemas de saúde.<sup>25</sup> Além disso, o apoio social está consistentemente associado com a as taxas de mortalidade entre os idosos.<sup>26</sup> Com base nos achados, se faz necessário a promoção das relações entre o idoso e a comunidade, uma vez que a sua interação vai influenciar diretamente o seu estado físico, mental e social e até mesmo no enfrentamento de outras doenças.

Outro fator de extrema importância no que diz respeito as redes sociais e comunitárias é a questão do apoio e funcionalidade familiar. Estudos como o de Nardi e Oliveira<sup>27</sup> abordam o importante papel da família para com idoso, em seu núcleo familiar formado por filho (a), esposo (a), genro, nora, netos (as) e irmãos (ãs), mostrando que os mesmos em sua maioria estão ligados

diretamente com o apoio social, funcional, afetivo dos idosos. Assim fica claro que é fundamental o idoso ter o apoio, tanto familiar quanto da comunidade, para o fortalecimento e melhora da saúde e qualidade de vida.

## **CONCLUSÕES**

O presente estudo conclui que é de suma importância o papel das redes sociais e comunitárias na vida do idoso no que se refere a sua saúde e qualidade de vida. Observamos que a formulação de estudos como este é fundamental para que seja estudada a relação do idoso, com condições específicas, com a comunidade, família e amigos, para que a partir daí se possa direcionar as abordagens e práticas de saúde para o enfrentamento ou controle dos problemas de saúde existentes na população idosa.

Além disso o presente estudo serve como guia norteador para o profissional de saúde direcionar as suas práticas e planejamentos em saúde para uma melhor abordagem terapêutica, ressaltando também a importância da aplicação de instrumentos como o APGAR Familiar frente aos cuidados com o idoso. Saliendo também da importância de formulação de políticas públicas de apoio às famílias e comunidade, a fim de se garantir o direito ao lazer, o acesso à educação, saúde, alimentação de qualidade, moradia e proteção integral para que o idoso seja contemplado em todos os seus aspectos biopsicossociais e redução de morbidades e mortalidades à referida população estudada.

## REFERÊNCIAS

- 1) Barbieri AF, Mello RA. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. Rev Educação Física 2012;10:133 – 153.
- 2) Silva AO, Karnikowski MGO, Funghetto SS, Stival MM, Lima RM, Souza JC et al. Association of bodycomposition with sarcopenic obesity in elderly women. InternationalJournal of General Medicine 2013;6:25–29.
- 3) Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Asciutti LSR, Cavalcanti AL. Aging and obesity: a greatchallenge in the 21st century. RevBrasCiSaude 2010;14(2):87-92.
- 4) Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) – 2002-2003: uma análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: Diretoria de Pesquisa e Coordenação de Índices de Preços; 2004.
- 5) Campos MAG, Pedroso ERP, Lamounier JA, Colosimo EA, Abrantes MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. Rev. Assoc. Med. Bras. 2006;52(4):214-21.
- 6) Kümpel DA, Sodré AC, Pomatti, DM, Scortegagna HM, Filippi J, Portella MR et al. Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2011 Set;20(3):471-7.
- 7) Rosa TETC. Determinantes do estado nutricional de idosos no município de São Paulo: Fatores Socioecon micos, Rede de Apoio Social e Estilo de Vida. [Tese]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2005.

**8)** Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):753-764, 2006.

**9)** Alvarenga MRN, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família Social support networks for elderly patients attended by Family Health teams. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011.

**10)** Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare enferm*, v. 16, n. 1, p. 22-8, 2011.

**11)** Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(2):323-331.

**12)** Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics Books; 1988.

**13)** Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *PrimCare* 1994;21:55-67.

**14)** Gallagher D, Heymsfeld SB, Heo M, Jebb SA, Murgatroyd PR, Sakamoto S. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2011;19.

**15)** Prothro, J. Protein and amino acid requirements of the elderly. *Ann N Y Acad Sci*, v. 561, p. 143-156, 1989.

**16)** Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

**17)** Vera I, Lucchese R, Munari DB, Nakatani AYK. Índice APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):199-210.

**18)** Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v. 18, n. 3, p. 527-532, 2014.

**19)** Silva DM, Vilela ABA, Souza AS, Alves MR, Silva DM, Souza TO. Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, v. 7, n. 9, 2013.

**20)** Andrade AINPA, Martins RML. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. Millenium, p. 185-199, 2011.

**21)** Abreu IC, Guimarães GM, Silva RR, Ribeiro SM, Martino HSD. Baixa renda de idosos está associada à qualidade da dieta. AlimNutr Braz J FoodNutr 2013;24(3):349-357.

**22)** Gadenz SD, Benvegnú LA. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. Ciênc Saúde Coletiva 2013;18(18).

**23)** Viebig RF. Consumo de frutas e hortaliças e funcionamento cognitivo em idosos. [Tese]. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2010.

**24)** Villas Boas LCG, Foss MC, Freitas MCF, Pace AE. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jan.-fev. 2012.

**25)** Adziak RPF, Moura VEV. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.

**26)** Rosa TEC, Benício MHD, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 2982-2992, dez. 2007.

**27)** Nardi EFR, Oliveira MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 29, n. 1, p. 47, 2008.

## Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

Carta Nº 0002/2011 - CEP/SES.

Brasília, 20 de janeiro de 2011.

Ilmº (a) Senhor(a)

Diretor(a) do(a): HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA (com vistas à Equipe de Saúde da Família do Condomínio Privê) – SES/DF

### Assunto: aprovação projeto de pesquisa – 451/10 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto **GERENCIAMENTO DE DETERMINANTES DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE DO DISTRITO FEDERAL**, em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 20/01/2011

Validade do parecer: 20/01/2013

Pesquisador responsável e telefone: MARINA MORATO STIVAL – (61) 3543-3397

Os dados serão coletados na SES-DF o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

AL/CEP/SES/DF

## **Anexo 2 – Normas da Revista “Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia”**

- 1) Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês.
- 2) Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, página em tamanho A-4.
- 3) As páginas não devem ser numeradas.

### **Página de título**

a) Título completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo.

b) Autores: o conceito de autoria está baseado na contribuição de cada autor, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica etc. Não se enquadrando nesses critérios, deve figurar na seção "Agradecimentos". Explicitar a contribuição de cada um dos autores. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode aferir que tais pessoas subscrevem o teor do trabalho. Relacionar nome completo de todos os autores, incluindo e-mail, instituições de afiliação (informando departamento, faculdade, universidade); Informar as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo; Indicar o autor para correspondência. Essas informações autorais devem ser relacionadas num arquivo à parte e anexadas no Step 6, num texto individual e não no artigo cego.

c) Financiamento da pesquisa: se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

**Resumo:** Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

**Palavras-chave:** Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>);

**Corpo do artigo:** Os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões.

**Introdução:** Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. **Metodologia:** deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. **Resultados:** devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco). **Discussão:** deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as

implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

**Conclusão:** apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

**Agradecimentos:** Podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

**Referências:** Devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

#### **Notas de rodapé**

a) Deverão ser restritas ao necessário; não incluir nota de fim.

b) Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos devem ser encaminhados no produzidos no formato Excel, word porem de forma editável, em tons de cinza. Trabalhos feitos em outros softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês. Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "image", "figure" ou "table", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas. O número máximo do conjunto de tabelas e figuras é de cinco. O tamanho máximo da tabela é de uma página.

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte “Metodologia”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.