

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**TALITA RODRIGUES CHAVES**

**RELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE FAMILIAR E A OCORRÊNCIA DE  
QUEDAS E O MEDO DE CAIR EM IDOSOS**

**GOIÂNIA  
2023**

**TALITA RODRIGUES CHAVES**

**RELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE FAMILIAR E A OCORRÊNCIA DE  
QUEDAS E O MEDO DE CAIR EM IDOSOS**

Artigo elaborado para fins de avaliação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente.

**GOIÂNIA**

**2023**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este estudo a minha família, em especial ao meu pai, minha mãe e meus avôs, que tanto admiro, que são meus maiores incentivadores na vida e em minha jornada acadêmica.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus sonhos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos e por ter me permitido que eu tivesse determinação e saúde para não desanimar durante a realização deste trabalho.

Aos meus pais Wânia e Cláudio, meus irmãos Lucas e Daniel e meus avôs Maria Beatriz e Valdecy, que me incentivaram nos momentos difíceis e por sempre estarem comigo.

Aos meus amigos, que estiveram ao meu lado durante toda essa jornada, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo este tempo em que me dediquei ao TCC.

Ao meu namorado Mateus, por sempre acreditar em mim, me incentivar e que compreendeu a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

Aos professores do curso de fisioterapia que me forneceram todas as bases necessárias para a realização deste trabalho, agradeço com profunda admiração por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

Agradeço a professora Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e paciência, para realização do meu TCC.

Finalmente, agradeço a todos que de alguma forma participaram da conclusão deste trabalho, indireta ou diretamente.

## SUMÁRIO

1	RESUMO	6
2	INTRODUÇÃO	8
3	MÉTODOS	10
4	RESULTADOS	12
5	DISCUSSÃO	17
6	CONCLUSÃO	19
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
	ANEXOS	23
	ANEXO A - APGAR DE FAMÍLIA	23
	ANEXO B - ESCALA DE EFICÁCIA DE QUEDAS – INTERNACIONAL – BRASIL (FES-I-BRASIL)	24
	ANEXO C - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ), VERSÃO CURTA	25
	ANEXO D - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC GOIÁS	27
	ANEXO E – NORMAS DA REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA	32
	APÊNDICES	39
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	39
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	44

## RELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE FAMILIAR E A OCORRÊNCIA DE QUEDAS E O MEDO DE CAIR EM IDOSOS

### RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY FUNCTIONALITY AND THE OCCURRENCE OF FALLS AND THE FEAR OF FALLING AMONG THE ELDERLY

Talita Rodrigues Chaves<sup>I</sup>, Ana Paula de Sousa Ferreira<sup>I</sup>, Helen Duarte Momente<sup>I</sup>,  
Cejane Oliveira Martins Prudente<sup>II</sup>

**Resumo.** O envelhecimento é um processo normal do corpo humano. Para ter uma velhice saudável é necessário que haja um bom relacionamento e suporte familiar. Entende-se que o processo do envelhecimento trás morbidades e uma delas é o desequilíbrio, sendo limitante e responsável por quedas. Um dos fatores do risco de queda é o medo de cair. O objetivo deste estudo foi relacionar a funcionalidade familiar com a ocorrência de quedas e o medo de cair em idosos. Trata-se de uma pesquisa transversal analítica, realizada em um programa direcionado ao bem-estar e a saúde física da comunidade, conduzido por uma igreja de Goiânia, Goiás. Foram utilizados um Questionário de perfil sociodemográfico e clínico criado pelas pesquisadoras, o APGAR de família, a Escala de eficácia de quedas – internacional – Brasil (FES-I-BRASIL) e o Questionário internacional de atividade física (IPAQ), versão curta. Participaram 36 idosos, com média de 71,11±5,46 anos. A maioria dos idosos apresentou boa funcionalidade familiar (91,67%). A média do FES-I Brasil foi baixa, de 25,31±6,13; e uma minoria referiu queda nos últimos 12 meses (19,4%). Não houve diferença na funcionalidade familiar entre idosos que tiveram queda nos últimos 12 meses e os que não tiveram. Além disso, não houve correlação entre funcionalidade familiar e o medo de cair. Entender sobre a queda e o medo de cair é importante, logo que a queda trás morbidades na vida dos idosos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acidentes por Quedas. Idosos. Relações Familiares.

**Abstract.** Aging is a normal process of the human body. To have a healthy old age it is necessary to have a good relationship and family support. It is understood that the aging process brings morbidities and one of them is imbalance, which is limiting and responsible for falls. One of the risk factors for falling is the fear of falling. The aim of this study was to relate family functionality with the occurrence of falls and fear of falling among the elderly. This is an analytical cross-sectional research, conducted in a program aimed at the well-being and community physical health, conducted by a church in Goiânia, Goiás. A sociodemographic and clinical profile questionnaire designed by the researchers, the family APGAR, the Falls Efficacy Scale – International – Brazil (FES-I-BRASIL) and the short version of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) were used. 36 elderly people participated, with an average age of

71.11±5.46 years old. Most elderlies had good family functionality (91.67%). The mean of the FES-I Brazil was low, 25.31±6.13; and a minority reported fall in the last 12 months (19.4%). There was no difference in family functionality between elderly people who had falls in the last 12 months and those who had not. Furthermore, there was no correlation between family functionality and fear of falling. Understanding about falls and the fear of falling is important, as falls bring morbidities in the lives of the elderly people.

**KEYWORDS:** Accidental Falls. Aged. Family Relations.

<sup>1</sup>Graduanda em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

\***Autor correspondente** – [talitarodrichaves@gmail.com](mailto:talitarodrichaves@gmail.com)

CEP: 74215-040 Goiânia-Go, Brasil;

ORCID ID: 0009-0004-5757-0917.

<sup>1</sup>Graduanda em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

CEP: 74780-510 Goiânia-Go, Brasil;

ORCID ID: 0000-0002-2403-2870.

<sup>1</sup>Graduanda em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

CEP: 74605-150 Goiânia-Go, Brasil;

ORCID ID: 0009-0004-3401-3982.

<sup>II</sup>Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

CEP: 74120-110 Goiânia-Go, Brasil;

ORCID ID: 0000-0001-6499-3011

## INTRODUÇÃO

Atualmente, observa-se um declínio da natalidade e da mortalidade, com consequente envelhecimento da população.<sup>1</sup> Esse processo de envelhecimento aumenta os índices de doenças, com incapacidades e crescimento do uso dos serviços de saúde.<sup>2</sup> Em 1950, no Brasil, a população idosa de 60 anos ou mais era de 2,6 milhões, em 2020 chegou a 29,9 milhões e estima-se que em 2100, chegue a ser 72,4 milhões.<sup>3</sup> Envelhecer vem se tornando um grande desafio nos últimos anos. Com o passar do tempo, há maiores riscos de diminuição da qualidade de vida e comprometimento funcional. O envelhecimento trás várias alterações fisiológicas no corpo; esse processo é contínuo e progressivo e tem perdas das funções morfológicas, bioquímicas e fisiológicas, que afeta diretamente a capacidade funcional.<sup>4</sup>

A velhice é um processo normal do corpo humano, as alterações fisiológicas são por declínio da homeostase, ou seja, com a sua perda o indivíduo fica imunossupressivo, com isso o corpo humano perde a capacidade de proteger contra agentes endógenos e exógenos, surgindo doenças neoplásicas, infecciosas e autoimunes. O aumento do hormônio cortisol, por exemplo, eleva o nível de estresse na população idosa; deste modo ocorre sobrecarga psicológica, trazendo limitações e fragilidades. Com isso, o idoso poderá ficar isolado e com instabilidade emocional, levando a distúrbios psicológicos.<sup>5</sup> As mudanças fisiológicas normais do envelhecimento no sistema musculoesquelético são perda da potência, resistência, flexibilidade, força muscular e diminuição da massa óssea.<sup>6</sup>

Alterações fisiológicas que aparecem associados ao risco de queda no processo do envelhecimento estão relacionadas ao sistema nervoso central (declínio da alteração ósteo-muscular-cerebral), sistema visual, vestibular e cardiovascular.<sup>7</sup> Entende-se que com o passar do tempo os idosos tendem a ter morbidades, uma delas é o desequilíbrio, que é um fator limitante na vida diária do indivíduo idoso. Esse fator é responsável por quedas na velhice, tendo assim declínios da capacidade funcional, tornando-os dependentes.<sup>8</sup>

O desequilíbrio é uma alteração fisiológica do envelhecimento, pode ser por alteração sensorial, proprioceptiva, vestibular, diminuição da força muscular e rigidez. Ele pode ser considerado uma síndrome, porque engloba resultados e aspectos sociais, biológicos, funcionais e psicológicos. A queda pode ser uma consequência do desequilíbrio e ela traz problemas físicos, isolamento, insegurança, dependência, medo,

restrições e imobilidade.<sup>8</sup> Ela é definida como alteração postural de uma pessoa para um nível abaixo da posição inicial e com contato com a superfície de apoio, sem cogitar; um acidente que não pode ser evitado ou um fator essencial determinante.<sup>9</sup> A queda vem se tornando um problema de saúde pública com a população idosa, tendo como consequência maiores custos econômicos, sociais, morbidade e mortalidade.<sup>10</sup>

Observa-se que um dos motivos do risco de queda é o medo de cair. É ligado ao crescimento do isolamento social dos idosos, diminuição funcional e perda da qualidade de vida.<sup>11</sup> Algumas atividades que os idosos referem mais medo de cair são subir ou descer escadas, tomar banho, subir ou descer uma ladeira, andar em uma superfície escorregadia e caminhar em superfícies irregulares.<sup>12</sup> A diminuição do medo de cair na população senil pode colaborar para o aperfeiçoamento da independência, fazendo tarefas da vida diária com mais determinação.<sup>13</sup> O medo de cair é um problema que grande parte dos idosos sofre e muitos profissionais de saúde deveriam dar atenção, com o objetivo de diminuir as repercussões na vida da população idosa e de suas famílias.<sup>14</sup> Assim, conhecer os fatores que interferem no medo de cair em idosos é fundamental.

Para um envelhecimento natural e saudável é necessário suporte familiar.<sup>4</sup> A família estabelece um sistema social que tem grandes funções na comunidade, de natureza educativa, socialização, afetiva e reprodutiva. A qualidade do espaço afetivo é um fato que determina tanto a percepção dos seus membros em relação à funcionalidade, quanto à atitude familiar.<sup>15</sup> A funcionalidade familiar identifica a ausência ou existência de harmonia nas interações familiares que a população idosa está envolvida.<sup>16</sup>

A maneira como as pessoas dentro da própria família interage entre os outros e entre si demonstra que podem ser disfuncionais ou funcionais. Assim, baseado na teoria geral dos sistemas, nada acontece de uma forma isolada e coisas que afetam um componente familiar, todos os outros são afetados. Essa teoria adapta-se na questão da funcionalidade familiar.<sup>15</sup> Desta forma, os profissionais precisam avaliar e compreender a dinâmica familiar, a fim de ter resultado favorável em intervenções de saúde e assim prestar um suporte para os familiares e para a população idosa.<sup>16</sup>

Sabe-se que a funcionalidade familiar tem relação com a qualidade de vida dos idosos<sup>15</sup>, mas pouco foi investigado sobre a relação entre a funcionalidade familiar e o medo de cair. Existem estudos que relacionam quedas e funcionalidade familiar, com

achados divergentes<sup>17-19</sup>; e não foi encontrado nenhum sobre funcionalidade familiar e o medo de cair, sendo foco desta pesquisa. Este conhecimento irá direcionar políticas públicas para a população idosa e estratégias preventivas relacionadas às quedas, medo de cair, a fim de garantir uma velhice saudável. Assim, o objetivo deste estudo foi relacionar a funcionalidade familiar com a ocorrência de quedas e o medo de cair em idosos.

## **MÉTODOS**

### **Tipo e local do estudo**

Estudo transversal analítico, cuja coleta de dados foi desenvolvida em um programa voltado ao bem-estar e saúde física da comunidade, gerido por uma igreja de Goiânia, Goiás. Neste programa são oferecidos fisioterapia e exercícios físicos, além de trabalho de evangelização.

### **Amostra**

A amostra foi composta por idosos que frequentam o programa. Foram incluídas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e que tinham capacidade de responder os instrumentos do estudo; e excluídos idosos com deficiência auditiva, sem correção por aparelho.

### **Instrumentos**

Os dados deste estudo foram coletados a partir dos instrumentos APGAR de família; Escala de eficácia de quedas – Internacional – Brasil (FES-I Brasil); Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta e Questionário de perfil sociodemográfico e clínico. O questionário de perfil sociodemográfico e clínico dos idosos foi desenvolvido pelas pesquisadoras e inclui perguntas objetivas que abordam condições e percepção de saúde, aspectos socioeconômicos, prática de atividade física e hábitos de vida.

O APGAR de família foi desenvolvido por Smilkstein, em 1978, sendo traduzido, validado e adaptado no Brasil por Duarte (2001). Ele é formado por 5 questões, sendo cada uma para um domínio, que investiga a funcionalidade familiar e a satisfação com o cuidado recebido dos membros da família. É dividido nos domínios adaptação, desenvolvimento, companheirismo, capacidade resolutiva e afetividade. A pontuação mínima é zero e a máxima é 10, sendo que as respostas podem ser nunca (0), algumas vezes (1) ou sempre (2). A partir da soma se tem o escore final, classificando como: 7-

10 boa funcionalidade familiar; 5-6 moderada disfunção familiar; 0-4 elevada disfunção familiar.<sup>20</sup>

A Escala de eficácia de quedas (FES) foi criada em 1990 por Tinetti, Richman e Powell. Os itens avaliados foram depressão, ritmo de caminhada habitual e ansiedade. A FES é um método válido e confiável para verificar o medo de cair. Esse instrumento foi convertido em 10 atividades.<sup>21</sup> A *Prevention of Falls Network Europe* (PRoFaNe), Rede Europeia de prevenção as quedas, criou uma versão adaptada e modificada da FES, nomeada de *Falls Efficacy Scale – International* (FES-I). A FES-I tem 16 atividades; mensurando a participação social e as atividades externas.<sup>22</sup> Os escores são de um a quatro, sendo um “Nem um pouco preocupado”, dois “Um pouco preocupado”, três “Muito preocupado” e quatro “Extremamente preocupado”. O escore total pode ser de 16 (preocupação ausente) a 64 (extrema preocupação). A adaptação e validação da escala para a versão brasileira foi feita por Camargos *et al.* (2010).<sup>23</sup>

O IPAQ foi criado por agências de saúde, em 1998, com o objetivo de reproduzir, validar e comparar os níveis de atividade física de várias populações. Possui validação para idosos brasileiros, a sua versão curta apresenta oito questões, sendo um instrumento que calcula o tempo em atividades físicas semanais (moderadas e vigorosas). O indivíduo pode ser classificado em sedentário quando não faz nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana. Irregularmente ativo quando faz atividade física, mas insuficiente para ser classificado como ativo, pois não segue as recomendações quanto à duração ou frequência. Pode ser dividido em dois subgrupos: irregularmente ativo A que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto a frequência (5 dias na semana) ou quanto a duração (150 minutos por semana) ou irregularmente ativo B que é aquele que não atinge o critério de frequência nem de duração. O Ativo segue as recomendações quanto à atividade vigorosa ( $\geq 3$  dias na semana e  $\geq 20$  minutos por sessão) ou atividade moderada ou caminhada ( $\geq 5$  dias na semana e  $\geq 30$  minutos por sessão) ou qualquer atividade somada ( $\geq 5$  dias na semana e  $\geq 150$  minutos na semana, caminhada + atividade moderada + atividade vigorosa). O muito ativo segue as recomendações de Atividade vigorosa ( $\geq 5$  dias na semana e  $\geq 30$  minutos por sessão; ou  $\geq 3$  dias na semana e  $\geq 20$  minutos por sessão + atividade moderada e/ou caminhada:  $\geq 5$  dias na semana e  $\geq 30$  minutos por sessão).<sup>24</sup> No presente estudo fez-se a união da classificação irregularmente ativo e sedentário em “insuficientemente ativo” e muito ativo e ativo em “ativo”.

## **Procedimentos**

A coleta de dados foi feita em novembro de 2022 a março de 2023. Os idosos que compareciam ao programa foram chamados para participar do estudo, seguindo os critérios de exclusão e inclusão. Em um horário que não interveio nas atividades e de escolha dos participantes, os idosos passaram pelo processo de consentimento, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, ou conforme horário de escolha do idoso, e nas dependências do projeto, foram aplicados em forma de entrevista, os instrumentos APGAR de família, IPAQ, FES-I Brasil e o Questionário de perfil sociodemográfico e clínico. O tempo médio para responder os questionários foi de 20 minutos.

## **Análise estatística**

A caracterização do perfil dos pacientes foi realizada por meio de frequência absoluta, frequência relativa, média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A análise de correlação de Pearson foi aplicada a fim de verificar a relação entre o FES-I e o APGAR de família. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar idosos que tiveram queda nos últimos 12 meses, com os que não tiveram, em relação a funcionalidade familiar. Os dados foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for Social Science* (IBM Corporation, Armonk, USA), versão 26,0. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## **Aspectos éticos**

O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), parecer número 5.738.722. A pesquisa seguiu todas as normas previstas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## **RESULTADOS**

Participaram do estudo 36 idosos, com média de idade de  $71,11 \pm 5,46$  anos e renda familiar média de  $5.301,32 \pm 2.964,90$  reais. A maior parte era do sexo feminino, residia com outras pessoas, principalmente o cônjuge e era casado. Houve maior frequência de idosos que não trabalhavam, com ensino superior, da cor branca e com moradia própria (Tabela 1).

**TABELA 1:** Caracterização do perfil sociodemográfico dos idosos.

	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	31	86,1
Masculino	5	13,9
<b>Reside sozinho</b>		
Não	28	77,8
Sim	8	22,2
<b>Com quem reside</b>		
Cônjuge	12	42,9
Cuidador	1	3,6
Filhos	4	14,3
Filhos/Cônjuge	6	21,4
Irmã	1	3,6
Neto	2	7,1
Tia	2	7,1
<b>Estado Civil</b>		
Casado	18	50,0
Divorciado	5	13,9
Solteiro	2	5,6
Viúvo	11	30,6
<b>Trabalho</b>		
Não	30	83,3
Sim	6	16,7
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental	6	16,7
Ensino médio	13	36,1
Ensino superior	17	47,2
<b>Cor autorreferida</b>		
Amarela	1	2,8
Branca	24	66,7
Parda	8	22,2
Preta	3	8,3
<b>Moradia</b>		
Alugada	7	19,4

Cedida	3	8,3
Própria	26	72,2

n, frequência absoluta; %, frequência relativa

A maioria dos participantes tinha doença crônica; uma pequena parte referiu hipertensão arterial, diabetes, distúrbio osteoarticular e doença pulmonar. A maior parte tinha plano de saúde e a família incentivava a prática de atividade física. Uma minoria consumia bebida alcoólica e nenhum tinha hábito tabágico. Pequena parte sofreu queda nos últimos 12 meses (Tabela 2). Quanto à classificação do IPAQ, a maioria foi considerado ativo (83,33 %).

**TABELA 2:** Caracterização do perfil clínico dos idosos.

	n	%
<b>Doença crônica</b>		
Não	13	36.1
Sim	23	63.9
<b>Hipertensão Arterial</b>		
Não	22	61.1
Sim	14	38.9
<b>Diabetes</b>		
Não	28	77.8
Sim	8	22.2
<b>Distúrbio Osteoarticular</b>		
Não	28	77.8
Sim	8	22.2
<b>Doença Pulmonar</b>		
Não	34	94.4
Sim	2	5.6
<b>Plano de saúde</b>		
Não	8	22.2
Sim	28	77.8
<b>Família incentiva a prática de atividade física</b>		
Não	9	25.0
Sim	27	75.0
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>		
Não	30	83.3
Sim	6	16.7
<b>Tabagismo</b>		
Não	36	100.0
Sim	0	0.0
<b>Queda nos últimos 12 meses</b>		
Não	29	80.6
Sim	7	19.4

n, frequência absoluta; %, frequência relativa

Observa-se na Tabela 3 que a média do FES-I Brasil foi baixa, de  $25,31 \pm 6,13$ ; e a média do APGAR familiar foi alta, de  $8,28 \pm 2,15$ . Quanto à classificação do APGAR de família, 33 idosos (91,67%) tinham boa funcionalidade familiar, 1 idoso (2,78%) moderada disfunção familiar e 2 idosos (5,56%) elevada disfunção familiar.

**TABELA 3:** Estatísticas descritivas do FES-I Brasil e APGAR de família.

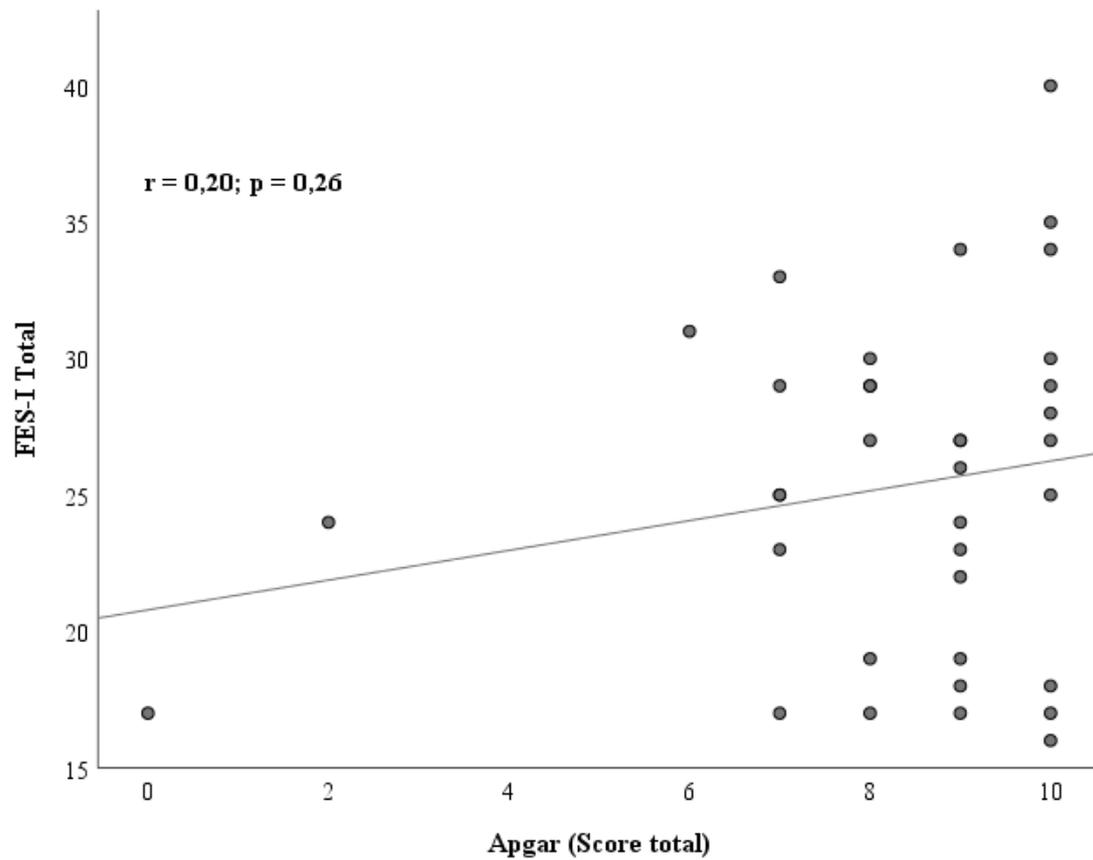
	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
FES-I Brasil– Escore total	25,31	6,13	25,50	16,00	40,00
APGAR de família - Escore total	8,28	2,15	9,00	0,00	10,00

A Tabela 4 compara idosos que sofreram queda e com os que não tiveram nos últimos 12 meses, em relação com a funcionalidade familiar. Observa-se que não houve diferença significativa entre os grupos ( $p=0,55$ ).

**TABELA 4:** Comparação entre os idosos que tiveram queda nos últimos 12 meses, com os que não tiveram, em relação a funcionalidade familiar.

	APGAR de família (Escore total)
<b>Queda nos últimos 12 meses</b>	$p = 0,55$
Não	$8,17 \pm 2,361$
Sim	$8,71 \pm 0,756$

A Figura 1 correlaciona a pontuação total do FES-I Brasil com a pontuação total do APGAR familiar. Nota-se que não houve correlação entre as variáveis ( $p=0,26$ ).



**FIGURA 1:** Gráfico de dispersão demonstrando o resultado da análise de correlação de Pearson entre o FES-I Brasil e o APGAR de família.

## DISCUSSÃO

A maioria dos idosos da presente pesquisa (91,67%) apresentou boa funcionalidade familiar, em consonância com a maior parte dos estudos encontrados na literatura.<sup>16,25-27</sup> Em três estudos participaram idosos assistidos por unidades de saúde da família e as prevalências de boa funcionalidade familiar foram de 76,2%<sup>26</sup>, 89,7%<sup>25</sup> e 91,2%<sup>16</sup>; e em outro, foram feitas entrevistas domiciliares com idosos da comunidade, com amostragem separada de acordo com listagem única dos setores censitários urbanos, obtendo 87,8% boa funcionalidade familiar.<sup>27</sup>

Em contrapartida, uma pesquisa com 100 idosos ligados a unidades básicas de saúde, notou que 80% tinham elevada disfunção familiar e 20% moderada disfunção familiar.<sup>28</sup> Acredita-se que esta divergência tenha ocorrido pelo perfil da amostra, em que todos tinham idade igual ou superior a 80 anos, 33% eram analfabetos, 64% estudaram até a quarta série e 60% eram viúvos. Esta hipótese é reforçada por um estudo que identificou que a disfunção familiar foi associada a idosos mais velhos (acima de 80 anos) e viúvos.<sup>25</sup>

Duas outras pesquisas, com idosos moradores de Instituições de Longa Permanência (ILP) também encontraram resultados divergentes em relação ao presente estudo quanto à funcionalidade familiar. Em um deles participaram 107 idosos de seis ILP (três filantrópicas e três privadas), sendo que 57% apresentaram elevada disfunção familiar e 21% moderada disfunção familiar<sup>29</sup>; e no outro a amostra foi composta por 135 idosos de seis ILP totalmente filantrópicas e 36,3% tiveram acentuada disfunção familiar e 29,6% moderada disfunção familiar.<sup>30</sup> Acredita-se que estas divergências sejam pelo fato dos idosos estarem em ILP, onde muitas vezes estão no local contra a própria vontade.<sup>31</sup>

Provavelmente os idosos do presente estudo apresentaram boa funcionalidade familiar por estarem ligados a atividades da igreja e por serem de classe média. Uma pesquisa mostrou que a igreja é um local de agregação familiar, pois seus membros vão juntos para a igreja; sendo que a espiritualidade favorece o enfrentamento de muitos problemas familiares diariamente.<sup>32</sup> Além disso, outro estudo identificou relação entre disfunção familiar e baixa renda.<sup>17</sup>

A funcionalidade familiar classifica a relação da família e o convívio entre si, a literatura mostra que a dinâmica familiar influencia na qualidade de vida<sup>15</sup> e no aspecto emocional (depressão) dos idosos.<sup>29</sup>

Neste estudo, apenas 19,4% dos idosos referiu queda nos últimos 12 meses e a média do FES-I Brasil foi baixa, de 25,31±6,13. Acredita-se que este achado seja pelo fato de serem idosos mais ativos, que praticam exercícios físicos e fisioterapia regularmente; o que é reforçado pelo achado do IPAQ, em que 83,33% foram classificados como ativos. Pesquisadores mostraram que os idosos praticantes de atividade física têm menor risco de quedas ou de sofrerem quedas nos últimos 12 meses, em relação aos idosos que não praticam atividade física.<sup>33-36</sup> Além disso, um desses estudos destaca a importância da atividade física na melhora da independência dos idosos.<sup>34</sup>

Nesta pesquisa, não houve diferença na funcionalidade familiar entre idosos que tiveram queda nos últimos 12 meses e os que não tiveram. Além disso, não houve correlação entre funcionalidade familiar e o medo de cair, avaliado pelo FES-I Brasil. Em consonância, um estudo realizado com 131 idosos também não apresentou relação entre funcionalidade familiar e quedas.<sup>18</sup>

Em contrapartida, uma pesquisa que comparou a funcionalidade familiar através do instrumento Teste de Percepção de Funcionalidade Familiar (FF-SIL) e quedas nos últimos seis meses, encontrou achado divergente.<sup>19</sup> A pesquisa foi realizada com 202 idosos, na cidade de Pueblo Unido, nos Estados Unidos da América. Acredita-se que a divergência se deve ao fato de ter utilizado outro instrumento de avaliação, a amostra ter sido heterogênea quanto à funcionalidade familiar (a maior parte com disfuncionalidade familiar) e desenvolvida em outro país.<sup>19</sup>

Destaca-se que outro estudo, com 149 idosos da Rede de Vigilância à Saúde do Idoso (REVISI) de Goiânia, Goiás, comparou indivíduos com disfunção familiar moderada e elevada e os resultados mostraram que a elevada disfunção familiar se associou à queda<sup>17</sup>. Acredita-se que há uma tendência de que quando se aumenta a amostra essa relação entre a ocorrência de quedas e a disfunção familiar se confirma.

Este estudo tem limitações, como o fato de a amostra ter sido pequena, homogênea em relação à queda, medo de cair e à funcionalidade familiar e ter sido realizada em um local onde as condições e hábitos de vida dos idosos são parecidos.

Estas características podem ter influenciado os achados encontrados. Sugere-se pesquisas com um maior número de idosos, com contextos de vida diferentes.

## **CONCLUSÃO**

A maioria dos idosos apresentou boa funcionalidade familiar, pequena parte referiu quedas nos últimos 12 meses e a média obtida no instrumento que avalia o medo de cair, foi baixa. Não houve relação entre funcionalidade familiar tanto para queda nos últimos 12 meses, quanto com o medo de cair. Entender sobre a queda e o medo de cair é importante, pois que a queda trás morbidades na vida dos idosos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2019; 15(32):69-79.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de saúde pública*. 2009; 43(3):548-554.
3. Alves JED. Populacional no Brasil, Envelhecimento. no mundo. Novas projeções da ONU. *Revista Longeviver*. 2019; 1(3).
4. Duarte FM, et al. A importância da fisioterapia na promoção da qualidade de vida para os idosos. *CCBS*. 2013; 1:1-9.
5. Gonçalves MW, Oliveira HL, Cardoso CT. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Rev Mosa*. 2018; 27:224-236.
6. Araújo APS, Bertolini SMMG, Junior JM. Alterações morfofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento do sistema musculoesquelético e suas consequências para o organismo humano. *Biológicas & Saúde*. 2014; 4(12).
7. Esquenazi D, Silva SB, Guimarães MA. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2014; 13(2):11-20.
8. Sachetti A, et al. Equilíbrio x Envelhecimento Humano: um desafio para a fisioterapia. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2012; 11(1):64-69.
9. American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for

- prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011; 59(1):148-157.
10. Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Revista brasileira de medicina do esporte*. 2005; 11(5):299-305.
  11. Santos SCA, Figueiredo DMP. Preditores do medo de cair em idosos portugueses na comunidade: um estudo exploratório. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(1):77-86.
  12. Cruz DT, Duque RO, Leite ICG. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017; 20(3):309-318.
  13. Hauser E, et al. Medo de cair e desempenho físico em idosos praticantes de atividade física. *Revista da Educação Física/UEM*. 2015; 26(4):593-600.
  14. Nascimento JS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2016; 25(2):e0360015.
  15. Andrade A, Martins R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*. 2016; (40):185-199.
  16. Lima Sardinha AH, et al. Caracterização da funcionalidade familiar de idosos na Saúde da Família: um estudo transversal. *Revista de APS*. 2021; 24(3):477-492.
  17. Vera I, et al. Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2015; 24(2):494-504.
  18. Vera I, et al. Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2015; 68(1):68-75.
  19. Vines Guamán CA. Relación entre disfunción familiar y caídas em el adulto mayor em el sector de Pueblo Unido em el período de enero a julio de 2019. Dissertação de Mestrado. Quito: UCE. 2020. Disponível em: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20996>
  20. Ferreira IBA, et al. Sono e funcionalidade familiar de idosos cuidadores em alta vulnerabilidade social: um estudo transversal. *Escola Anna Nery*. 2022; 26: e20210443.
  21. Tinetti ME, Richman D, Powell L. Eficácia de quedas como medida de medo de cair. *Journal of gerontology*. 1990; 45(6):239-243.

22. Yardley L, et al. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age and ageing*. 2005; 34(6):614-619.
23. Camargos FF, et al. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale-International em idosos brasileiros (FES-I-Brasil). *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 2010; 14(3):237-243.
24. Lima AB. Avaliação do nível de atividade física de uma pequena população adulta do município do Rio de Janeiro por meio do IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) versão curta. *Ver Educ física y deportes–Ver Digital (Buenos Aires)*. 2011; 16(162):1.
25. Silva MSA, Silva MCP, Sogame LCM. Condições socioeconômicas e de saúde associados à funcionalidade familiar de idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2022; 43:e20210252.
26. Souza RA, et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48(3):469-476.
27. Elias HC, et al. Relação entre funcionalidade familiar e arranjo domiciliar de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018; 21(5):582-590.
28. Gonçalves LTH, et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*. 2013; 16(2):315-325.
29. Oliveira SC, Santos AA, Pavarini SCI. Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48(1):65-71.
30. Haddad PCMB, Calamita Z. Aspectos sociodemográficos, qualidade de vida e saúde do idoso institucionalizado. *Ver. Enferm. UFPE on line*. 2020; 14:1-11.
31. Andrade FLJP, et al. Cognitive impairment and associated factors among institutionalized elderly persons in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017; 20(2):186-196.
32. Teixeira JM, Reis L. Mulheres evangélicas para além do voto: notas sobre processos de engajamento, política e cotidiano. *Debates do NER*. 2023; (42). DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-8136.130730>
33. Borges CL, et al. Quedas e fatores associados entre idosos atendidos em uma clínica escola: um estudo de coorte. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. 2023; 27(3):1185-1203.

34. Cezar NOC, Ansai JH, Andrade LP. Home- based multimodal exercise program in older people with Alzheimer disease: Randomized controlled trial protocol. *Physiotherapy Research International*. 2021; 26(2):e1899.
35. Carmo P, et al. Relação da convergência ocular com equilíbrio e risco de quedas em idosos: estudo transversal. *Revista Movimenta*. 2022; 15(1):1-12.
36. Tomicki C, et al. Efeito de um programa de exercícios físicos no equilíbrio e risco de quedas em idosos institucionalizados: ensaio clínico randomizado. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016; 19(3):473-482.

## ANEXOS

### ANEXO A

#### APGAR DE FAMÍLIA

Itens	Sempre	Algumas vezes	Nunca
1) Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	2	1	0
2) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	2	1	0
3) 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.	2	1	0
4) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	2	1	0
5) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	2	1	0
Total			

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE TOTAL	
07 a 10	Boa funcionalidade familiar
5 a 6	Moderada disfunção familiar
0 a 4	Elevada disfunção familiar

## ANEXO B

**Escala de eficácia de quedas – Internacional – Brasil (FES-I-Brasil)**

Agora nós gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como você normalmente faz a atividade. Se você atualmente não faz a atividade (por ex. alguém vai às compras para você), responda de maneira a mostrar como você se sentiria em relação a quedas se você tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor, marque o quadradinho que mais se aproxima de sua opinião sobre o quão preocupado você fica com a possibilidade de cair, se você fizesse esta atividade.

	Nem um pouco preocupado	Um pouco preocupado	Muito preocupado	Extremamente preocupado
	1	2	3	4
1. Limpando a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira)	1	2	3	4
2. Vestindo ou tirando a roupa	1	2	3	4
3. Preparando refeições simples	1	2	3	4
4. Tomando banho	1	2	3	4
5. Indo às compras	1	2	3	4
6. Sentando ou levantando de uma cadeira	1	2	3	4
7. Subindo ou descendo escadas	1	2	3	4
8. Caminhando pela vizinhança	1	2	3	4
9. Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão	1	2	3	4
10. Indo atender o telefone antes que pare de tocar	1	2	3	4
11. Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado)	1	2	3	4
12. Visitando um amigo ou parente	1	2	3	4
13. Andando em lugares cheios de gente	1	2	3	4
14. Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada)	1	2	3	4
15. Subindo ou descendo uma ladeira	1	2	3	4
16. Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	1	2	3	4

## ANEXO C

## IPAQ- versão curta

1.a) Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?	dias ----- por semana ( ) nenhum
1.b) Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanta tempo no total você gasta caminhando por dia?	Horas ----- Minutos -----
2.a) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, fazer ginastica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NAO INCLUA CAMINHADA)	dias ----- por semana ( ) nenhum
2.b) Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos quanta tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?	Horas ----- Minutos -----
3.a) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades Vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar muito sua respiração ou batimentos do coração.	dias ----- por semana ( ) nenhum
3. b) Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?	Horas ----- Minutos -----
4.a) Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. (Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro). Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?	Horas ----- Minutos -----
4.b) Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?	Horas -----  Minutos -----

Classificação do nível de atividade física IPAQ

- A) Insuficientemente Ativo ou Sedentários
- B) Ativo

Para responder as questões lembre-se que:

- Atividades físicas vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte que o normal.
- Atividades físicas moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal.

## ANEXO D

## APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC GOIÁS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FATORES RELACIONADOS À FUNCIONALIDADE FAMILIAR EM IDOSOS

**Pesquisador:** Cejane Oliveira Martins Prudente

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 64391622.6.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.738.722

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa do curso de Fisioterapia, cujo objetivo geral é analisar os fatores relacionados à funcionalidade familiar em idosos. Trata-se de um estudo transversal analítico, a ser desenvolvido no "Projeto Vitalidade" da Primeira Igreja Batista de Goiânia, local onde são oferecidos exercícios físicos e fisioterapia para a população acima de 60 anos. Serão incluídos no estudo idosos com idade igual ou superior a 60 anos; com pontuação no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) acima de 13 pontos para analfabetos; 18 pontos para 1 a 4 anos incompletos de escolaridade; 26 pontos de 4 a 8 anos incompletos; e 30 pontos para 9 ou mais anos de escolaridade. E serão excluídos os idosos com deficiência auditiva, sem correção por aparelho auditivo. As entrevistas serão realizadas em locais reservados, com a aplicação dos seguintes questionários: MEEM; perfil sociodemográfico e clínico; APGAR de família; IPAQ; Escala de Lawton e Brody e FES-I Brasil. Hipótese: Acredita-se que existe relação entre a funcionalidade familiar e o medo de cair, as atividades instrumentais de vida diária, a prática regular de atividade física e a autopercepção da saúde em idosos. Idosos com disfunção familiar têm maior dependência funcional em uso de telefone e medicação e incapacidade para cuidar das finanças. Quanto pior a funcionalidade familiar nos domínios adaptação e desenvolvimento, pior a dependência funcional dos idosos. Quanto pior a funcionalidade familiar nos domínios desenvolvimento e afetividade, maior o medo de cair. Idosos que praticam atividade física regular têm melhor funcionalidade familiar no domínio desenvolvimento. Aqueles com melhor

**Endereço:** Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 5.738.722

autopercepção de saúde têm melhor funcionalidade familiar no domínio afetividade.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar os fatores relacionados à funcionalidade familiar em idosos.

Objetivos Secundários:

- Descrever o perfil sociodemográfico dos idosos inseridos no Projeto Vitalidade da Primeira Igreja Batista de Goiânia – Goiás;
- Analisar a funcionalidade familiar dos idosos em relação à adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive;
- Analisar as atividades instrumentais de vida diária dos idosos quanto ao uso de telefone, tarefas domésticas, uso de medicação, capacidade para cuidar das finanças, meio de transporte, realizar compras e preparo de refeições;
- Descrever o perfil dos idosos quanto à prática regular de atividade física e autopercepção de saúde;
- Relacionar funcionalidade familiar com as atividades instrumentais de vida diária de idosos;
- Relacionar funcionalidade familiar com o medo de cair em idosos;
- Relacionar funcionalidade familiar com a prática regular de atividade física e autopercepção de saúde em idosos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os prováveis riscos deste estudo são psicológicos, visto que não contará com nenhum tipo de intervenção, apenas aplicação de questionários. Os participantes podem ter sentimentos considerados negativos como constrangimento, tristeza, medo ou ansiedade diante às questões propostas. Para amenizar estes sentimentos, os participantes responderão os questionários em um local privativo e as pesquisadoras deixarão os participantes à vontade para tirar qualquer dúvida. As pesquisadoras se responsabilizarão pela ocorrência de qualquer dano, seja ele direto ou indireto, imediato ou tardio que possa ocorrer com os idosos em decorrência da pesquisa. Desde que seja detectado dano devido ao estudo, será oferecido assistência imediata, integral e gratuita, em qualquer momento (durante, após ou até mesmo tardiamente ao estudo).

Benefícios:

**Endereço:** Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 5.738.722

Esta pesquisa terá benefícios diretos, pois os idosos participantes podem conhecer como está a sua funcionalidade familiar e alguns aspectos da capacidade funcional; e indiretos, pois os resultados encontrados podem contribuir para a implementação de estratégias de promoção de saúde voltadas para os idosos, visando um envelhecimento saudável.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo transversal analítico.

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

Constam na plataforma todos os documentos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

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

Não foi encontrado nenhum óbice ético na presente versão do projeto, portanto a mesma considera-se APROVADA.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIÂNIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 5.738.722

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2018304.pdf	28/10/2022 21:42:09		Aceito
Outros	lattes_helen_segunda_versao.pdf	28/10/2022 21:39:38	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_segunda_versao.pdf	28/10/2022 21:39:05	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_idosos_segunda_versao.pdf	28/10/2022 21:38:45	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_coparticipante.pdf	21/10/2022 07:39:46	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	19/10/2022 19:04:12	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Outros	lattes_helen.pdf	19/10/2022 18:57:26	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Outros	lattes_talita.pdf	19/10/2022 18:56:58	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Outros	lattes_ana_paula.pdf	19/10/2022 18:56:38	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Outros	lattes_cejane.pdf	19/10/2022 18:56:14	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	19/10/2022 18:48:30	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_idosos.pdf	19/10/2022 18:48:22	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	19/10/2022 18:48:12	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	19/10/2022 18:47:59	Cejane Oliveira Martins Prudente	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Avaliação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 5.738.722

GOIANIA, 04 de Novembro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Vania Rodriguez**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 74.605-010  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

**ANEXO E****NORMAS DA REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA**

**FACULDADES NOVA ESPERANÇA**  
 CNPJ: 02.949.141/0002-61  
 Recredenciada pelo MEC: Portaria nº 669,  
 de 25 de maio de 2011.  
 Publicada no DOU de 26 de maio de 2011, pág. 18, seção 1.

**ARTIGO ORIGINAL – ARQUIVO 2 (ARTIGO SEM AUTORIA)**

Atualizada em 10 de novembro de 2020

**TÍTULO EM PORTUGUÊS:** Deverá conter até 14 palavras – Evitar iniciar com termos: Avaliar, Sobre a(o)..., Verificar, entre outros (Fonte Times New Roman, 14, espaçamento 1,5 cm, centralizado, caixa alta, negrito)

**TÍTULO EM INGLÊS:** Tradução fiel do título em português

**RESUMO**

O resumo do artigo deve seguir a norma ABNT 6028:2008 e apresentar os seguintes itens: texto em língua portuguesa, fonte Times New Roman, tamanho 12 pts, espaçamento simples (1,0 cm), justificado, com no mínimo 250 e no máximo 300 palavras. Deverá expressar de maneira precisa e concisa (não nomear esses itens aqui), a introdução, os objetivos, material e métodos, resultados e discussão e conclusões que o(s) autor(es) considera(m) justificadas, considerando os resultados obtidos da coleta feita pelo(s) autor(es). A elaboração deve permitir compreensão sem acesso ao texto, inclusive de palavras abreviadas (evitar o uso sempre que possível). O resumo deverá ser acompanhado de três a cinco palavras-chave, escritas com iniciais maiúsculas e separadas por ponto, e que sejam palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo, evitando palavras que estejam contidas no título (permitido apenas uma contida no texto). Para os artigos submetidos na área das ciências da saúde, deverão ser usados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como palavras-chave. Os DeCS são publicação da Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine.

**PALAVRAS-CHAVE:** de três a cinco palavras, inseridas em ordem alfabética, separadas por ponto e com a primeira letra maiúscula. Não devem estar contidas no Título do artigo (permitido apenas uma contida no texto). Evitar termos muito gerais como: Enfermagem. Pesquisa. Profissional.

**ABSTRACT**

Texto escrito na língua inglesa. Deve ser fiel ao resumo.

**KEYWORDS:** A tradução das palavras-chave

## INTRODUÇÃO

Artigos Originais são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa. Deverão ser escritos em no mínimo 8 e no máximo 20 laudas (incluindo elementos pré-textuais, tabelas, figuras e referências bibliográficas). Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: **Título (português e inglês), Resumo, Abstract, Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Conclusão e Referências Bibliográficas** (seguindo o estilo Vancouver).

Texto com recuo de parágrafo de 1,25 cm, justificado, fonte Times New Roman, tamanho 12 pts, com espaçamento entre linhas de 1,5 cm, com espaçamento 0 (zero) entre parágrafos. A introdução deve apresentar com clareza e objetividade a temática a ser discutida no manuscrito e sua relação com outros trabalhos no mesmo grupo.

A introdução tem que mostrar potencialmente a relevância científica do trabalho. É obrigatório nesse item esclarecer: a) a natureza do problema, cuja resolução se descreve no artigo; b) a essência do estado da arte no domínio abordado (com referências bibliográficas mais atuais possíveis); c) A justificativa do trabalho, defendendo a relevância para fazer progredir o estado da arte; e d) o objetivo do trabalho, que deverá compor o último parágrafo da introdução. Extensas revisões da literatura na introdução não serão aceitas (construir em no máximo uma página e meia).

Todos os parágrafos da introdução deverão ser devidamente referenciados, exceto o objetivo apresentado. Usar, no mínimo, 70% das referências publicadas nos últimos 5 anos. Evitar o uso excessivo de leis e regulamentos na composição desse item. Priorizar o uso de artigos científicos e fontes de boas indexações. Fazer uso da coesão textual, facilitando a leitura e o entendimento do leitor. Para referenciar (citar) a fonte de onde foi extraído a informação descrita no estilo de Vancouver, deverá usar numeração com algarismos arábicos sobrescritos, atribuindo a cada fonte usada (artigo) um número que o identifique (ver item “Resultados e Discussão”).

Frases curtas e soltas não podem ser consideradas parágrafos, bem como, parágrafos muito longos que dificultam a leitura e o entendimento do leitor devem ser evitados. Assim, os parágrafos devem ser construídos com em média 5 a 8 linhas. É fundamental que seja esclarecido nesse item a importância de desenvolver esse trabalho

de modo que esse venha a contribuir com a comunidade acadêmica, como complementação a informações já publicadas, servindo como base para outros avanços na área abordada.

O objetivo deve ser coerente com a proposta do estudo e todo o trabalho deve ser desenvolvido com o intuito de responder a esse objetivo proposto. Esse, deve ser inserido no último parágrafo desse item (introdução) e no resumo.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Texto com recuo de parágrafo de 1,25 cm, justificado, fonte Times New Roman, tamanho 12 pts, com espaçamento entre linhas de 1,5 cm, com espaçamento 0 (zero) entre parágrafos.

Nesse item, os autores devem inicialmente descrever “onde”, “quando” e “com quem” foi realizada a pesquisa, especificando a população e amostragem utilizadas. Devem indicar como a amostragem utilizada foi calculada. Deverão detalhar o instrumento usado para coletas de dados e a ferramenta estatística utilizada, Software utilizado e teste aplicado.

Para trabalhos das áreas das ciências da saúde, as pesquisas nas bases de dados deverão ser feitas utilizando descritores (nas línguas portuguesa e inglesa) baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS - <http://decs.bvs.br/>).

Evitar nesse item colocar conceitos contidos na literatura acerca do tipo de texto a ser escrito (revisão, revisão sistemática, artigo original, relato de caso etc.). Esse tipo de descrição é dispensado no artigo, sobretudo em “Material e Métodos”. Os autores devem se deter à descrição metodológica de forma clara e objetiva, detalhando o suficiente para permitir a produtividade, evitando informações não relevantes para os resultados da pesquisa.

Caso o artigo submetido envolva direta ou indiretamente **seres humanos**, de modo que empregue procedimentos metodológicos que a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis (prontuários, por exemplo) deverá ser inserido no item “Materiais e Métodos” o número de registro do CAEE, emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) reconhecido e cadastrado no Sistema Plataforma Brasil/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (<http://plataformabrasil.saude.gov.br/>).

Para pesquisas que envolvem **animais**, deve ser enviada a comprovação de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEUA (Comissão de Ética no Uso de Animais).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Texto com recuo de parágrafo de 1,25 cm, justificado, fonte Times New Roman, tamanho 12 pts, com espaçamento entre linhas de 1,5 cm, com espaçamento 0 (zero) entre parágrafos.

Todos os resultados devem ser apresentados em sequência lógica no texto, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas às tabelas, gráficos (figuras) e quadros que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. Orienta-se evitar superposição de dados como textos e como tabelas. Destaque apenas para as observações mais importantes, com um mínimo de interpretação pessoal.

As tabelas e figuras (Ver orientação no item “5. **NORMAS PARA FIGURAS, TABELAS E QUADROS**” na aba submissões no portal da revista, [Acesse Aqui](#)) deverão ser apresentadas imediatamente após serem mencionadas no texto (usar a primeira letra maiúscula na menção no texto, ex.: Tabela 1 ou Figura 1). Os dados devem ser discutidos imediatamente após serem apresentados. Não apresentar todos os dados para depois iniciar a discussão. Para a discussão, usar literatura atual (70% dos últimos 5 anos) e publicadas em revistas de boa indexação. Sempre que possível, usar referências publicadas na Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança.

Quando a Figura for composta por gráficos, utilizar gráficos simples, de fácil compreensão, boa apresentação visual e boa resolução. Dar preferência para tons cinzas na formatação das figuras. Sempre que necessário, os dados numéricos devem ser submetidos à análise estatística. Consultar as orientações nas diretrizes aos autores, no postal da revista, para maiores detalhes sobre a formatação de figuras, tabelas e quadros ([Acesse Aqui](#)).

O Título das figuras deverá ser incluído abaixo da figura. O nome figura deverá ser escrito em caixa alta e em negrito. Ex.: **FIGURA 1**.

O Título das tabelas e quadros deverá ser incluído acima dos mesmos. O nome tabela/quadro deverá ser escrito em caixa alta e em negrito. Ex.: **TABELA 1; QUADRO 1**.

Para referenciar (citar) a fonte de onde foi extraído a informação descrita, no estilo de Vancouver, deverá usar numeração com algarismos arábicos sobrescritos, atribuindo a cada fonte usada (artigo) um número que o identifique. A numeração deverá ser inserida em ordem crescente, considerado o aparecimento no texto, repetindo-se a mesma numeração quantas vezes for citada uma determinada fonte no decorrer de todo o artigo (para mais detalhes ver link [Acesse Aqui](#)).

Exemplos:

A revisão integrativa é de grande importância na área da saúde, possibilita que seja feita uma síntese das pesquisas disponíveis acerca de um tema específico e permite o direcionamento da prática a partir do conhecimento científico.<sup>1</sup>

Ou:

Souza et al<sup>1</sup> afirmam que a revisão integrativa é de grande importância na área da saúde, pois possibilita que seja feita uma síntese das pesquisas disponíveis acerca de um tema específico e permite o direcionamento da prática a partir do conhecimento científico.

Para citações diretas de referências bibliográficas deve-se usar aspas na sequência do texto, de acordo com o Estilo de Vancouver, atribuindo a cada artigo um número que o identifique; citações de falas/depoimentos dos sujeitos de pesquisa deverão ser apresentadas entre aspas.

## **CONCLUSÃO**

Texto com recuo de parágrafo de 1,25 cm, justificado, fonte Times New Roman, tamanho 12 pts, com espaçamento entre linhas de 1,5 cm, com espaçamento 0 (zero) entre parágrafos.

Deve-se apresentar a conclusão ou o conjunto de conclusões mais importantes, evitando detalhes não pertinentes, bem como repetição de resultados e discussão. A conclusão deverá se deter a responder aos objetivos propostos na introdução do trabalho.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Texto sem recuo, justificado, fonte Times New Roman, tamanho 12 pts, com espaçamento entre linhas de 1,5 cm. Usar **enter** entre as referências e outra, devendo aparecer na ordem em que foram citadas, enumeradas conforme numeração no texto. Usar, no mínimo, 70% das referências publicadas nos últimos 5 anos.

Para mais detalhes consultar as orientações na norma para citação disponível no portal da revista ([Acesse Aqui](#)).

As referências de 1 a 6 que seguem foram utilizadas como base para elaboração deste modelo e podem ser consultadas pelos autores para melhor entendimento da escrita científica (modelos para citação de artigos publicados em revistas científicas). As demais seguem apenas como modelo para citação de: organização como autor<sup>7</sup>; livro<sup>8</sup>; capítulo de livro.<sup>9</sup>

Exemplos:

1. Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010 Mar; 8(1), 102-06.
2. Brandau, R., Monteiro, R., & Braile, D. M. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2005 Jan/Mar; 20(1), VII-IX.
3. Botelho, L. L. R., de Almeida Cunha, C. C., & Macedo, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*. 2011 Maio/Ago; 5(11), 121-36.
4. Rother, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2007 Nov/Dez; 34(6): 428-31.
5. Cruz, R. M., Borges-Andrade, J. E., Andrade, A. L. D., Moscon, D. C. B., Micheletto, M. R. D., Kienen, N., et al. Redação científica de artigos: problemas comuns. *Rev. Psi: Org e Trab*. 2020 Set; 20(3), 1-2.

6. Thirteenth Pan American Sanitary Conference, Regional Committee, World Health Organization. Bol Oficina Sanit Panam. 1951 Mar; 30(3):343-67.
7. Araújo H, Rodrigues L, editores. Manual de microbiologia médica. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.
8. Saraiva PJ. Hidatidose. In: Ferreira AW, Ávila SLM, editores. Diagnóstico laboratorial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 201-7.

**Atenção:** As referências de 1 a 5 podem ser consultadas para melhor entendimento da escrita científica.

**APÊNDICES****APÊNDICE A****QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO****1. Iniciais do nome:** \_\_\_\_\_**2. Você tem 60 anos ou mais de idade? \***

Sim ( )

Não ( )

**3. Você mora sozinho?**

Sim ( )

Não ( )

**4. Se não, com quem você mora?**

Filho (s) ( )

Cuidador ( )

Cônjuge /Companheiro ( )

Outros ( ) \_\_\_\_\_

**5. Qual sua idade? \_\_\_\_\_****6. Qual seu estado Civil?**

Casado ( )

Solteiro ( )

Viúvo ( )

Divorciado ( )

**7. Qual seu sexo?**

Feminino ( )

Masculino ( )

**8. Você trabalha?**

Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Não ( )

**9. Qual a sua escolaridade?**

Ensino Fundamental Completo ( )

Ensino Médio Completo ( )

Ensino Superior Completo ( )

Ensino Fundamental Incompleto ( )

Ensino Médio Incompleto ( )

Ensino Superior Incompleto ( )

**10. Quantos anos você estudou? \_\_\_\_\_**

**11. Qual sua cor ou raça/etnia?**

Branca ( )

Preta ( )

Parda ( )

Amarela ( )

Indígena ( )

**12. Moradia**

Própria ( )

Alugada ( )

Cedida ( )

**13. Qual a renda mensal familiar? (Salário Mínimo)**

\_\_\_\_\_ salários mínimos

Não possui renda ( )

Não sabe ( )

**14. Você consome bebidas alcoólicas?**

Sim ( )

Não ( )

**15. Você fuma?**

Sim ( )

Não ( )

**16. Como você percebe o seu estado geral de saúde?**

Ótimo ( )

Bom ( )

Regular ( )

Péssimo ( )

**17. Você tem alguma doença crônica?**

Sim ( )

Não ( )

**18. Se sim, quais?**

Hipertensão arterial ( )

Diabetes ( )

Osteoartrite ( )

Câncer ( )

Osteoporose ( )

Enfisema pulmonar ( )

Bronquite ( )

Asma ( )

Outros \_\_\_\_\_

**19. Você utiliza medicamentos?**

Sim ( )

Não ( )

**20. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_**

**21. Você tem plano de Saúde?**

Sim ( )

Não ( )

**22. Você pratica atividade física?**

Sim ( )

Não ( )

**23. Se sim, com que frequência?**

1 vez por semana ( )

2 vezes por semana ( )

3 vezes por semana ( )

4 vezes por semana ( )

5 vezes por semana ( )

Todos os dias ( )

**24. Quantos minutos de atividade cada vez? \_\_\_\_\_**

**25. Sua família te incentiva a praticar atividade física?**

Sim ( )

Não ( )

**26. Nos últimos 12 meses o senhor (a) sofreu alguma queda?**

SIM Quantas? \_\_\_\_\_

NÃO

**27. Caso você queira receber o resultado dos questionários informe seu e-mail ou outro contato \_\_\_\_\_**

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa que tem como título “Fatores relacionados à funcionalidade familiar em idosos”. Meu nome é Cejane Oliveira Martins Prudente, sou docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e pesquisadora responsável por esta pesquisa. Fazem parte da equipe deste projeto as acadêmicas de fisioterapia Helen Duarte Momente, Ana Paula de Souza Ferreira e Talita Rodrigues Chaves. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, pelo participante e pela pesquisadora, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da equipe de pesquisa e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo, através do endereço 1ª Avenida, nº 1190, bloco B, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, através do e-mail cejanemp@hotmail.com, ou pelo telefone (62) 984343686. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Goiás, via e-mail (cep@pucgoias.edu.br) ou telefone: (62) 3946-1512, que é localizado na Avenida Universitária, Nº 1069, St. Universitário, Goiânia/GO, funcionamento das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

Você pode levar este termo para casa, avaliar com calma e decidir depois se deseja mesmo participar desta pesquisa. Sua participação será voluntária, você não receberá gratificação financeira por participar da pesquisa. Em qualquer momento, você pode retirar o seu consentimento e deixar de participar deste estudo, sem sofrer nenhum prejuízo ou perda.

O motivo que nos leva a propor essa pesquisa é a necessidade de entender se a dinâmica familiar tem relação com a capacidade funcional, medo de cair, prática de atividade física e autopercepção da saúde dos idosos. À partir deste achado, estratégias serão direcionadas aos idosos, visando um envelhecimento mais saudável. Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar os fatores associados à funcionalidade familiar em idosos.

Caso você aceite participar, irá responder por meio de entrevista seis questionários, sobre condição cognitiva; perfil sociodemográfico, hábitos de vida e saúde; funcionalidade familiar; nível de atividade física; atividade instrumental da vida diária; e medo de cair. Estes questionários serão respondidos nas dependências do Projeto Vitalidade, em um horário que não interfira nas suas atividades e de sua escolha, no dia que você já irá para o Projeto Vitalidade. O tempo previsto para preenchimento será de 30 minutos.

Esta pesquisa, por envolver apenas respostas de questionários, tem risco mínimo de acarretar transtornos emocionais ou desconfortos em decorrência de sua participação. Podem surgir por exemplo sentimentos de ansiedade, medo, tristeza e constrangimento. Para evitar e/ou reduzir estes riscos da sua participação, as entrevistas acontecerão em um lugar reservado e iremos tirar todas as suas dúvidas. Além disso, você pode deixar de responder qualquer pergunta caso ache necessário. Se você sentir qualquer desconforto é assegurado assistência imediata e integral de forma gratuita, para danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios de qualquer natureza para dirimir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa.

Esta pesquisa terá benefícios diretos, pois os idosos participantes podem conhecer como está a sua funcionalidade familiar e alguns aspectos da capacidade funcional; e indiretos, pois os 31 resultados encontrados podem contribuir para a implementação de estratégias de promoção de saúde voltadas para os idosos, visando um envelhecimento saudável.

Não há necessidade de identificação, ficando assegurados o sigilo e a privacidade. Caso você se sinta desconfortável por qualquer motivo, poderá interromper a entrevista a qualquer momento e esta decisão não produzirá qualquer penalização ou prejuízo. Você poderá solicitar a retirada de seus dados coletados na pesquisa a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem prejuízo. Os dados coletados serão guardados por, no mínimo 5 anos e, após esse período os dados serão incinerados ou reciclados. Se você sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo, tem direito a pleitear indenização.

Esta pesquisa não lhe trará nenhum custo, pois o nosso encontro acontecerá dentro das dependências do Projeto Vitalidade. Todavia, qualquer outra despesa desta pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e, caso haja eventuais gastos no decorrer do estudo, você será ressarcido.

As informações deste estudo serão divulgadas somente para fins científicos, sendo os dados coletados apresentados em eventos científicos e revistas científicas, em forma de artigos e trabalhos de conclusão de curso. Em nenhum momento seu nome será divulgado.

Após o término do estudo, informaremos pelas redes sociais da Primeira Igreja Batista de Goiânia a data de defesa dos trabalhos de conclusão de curso. Caso você tenha dúvidas ou queira discutir seu resultado individual, poderá ser agendado um momento privativo.

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declaram: que cumprirão todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, à assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, discuti com a pesquisadora Cejane Oliveira Martins Prudente e equipe de pesquisadoras a minha decisão em participar da pesquisa que tem como título “Fatores relacionados à funcionalidade familiar em idosos”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Goiânia, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de 202\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data