

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ARIENE ANGELINI DOS SANTOS

**IDOSOS COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS: UM ESTUDO SOBRE A
FUNCIONALIDADE FAMILIAR EM CONTEXTO DE POBREZA**

**SÃO CARLOS
2009**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ARIENE ANGELINI DOS SANTOS

**IDOSOS COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS: UM ESTUDO SOBRE A
FUNCIONALIDADE FAMILIAR EM CONTEXTO DE POBREZA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sob orientação da Prof^a Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini e apoio financeiro da FAPESP (Bolsa Mestrado).

**SÃO CARLOS
2009**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S237ia

Santos, Ariene Angelini dos.

Idosos com alterações cognitivas : um estudo sobre a funcionalidade familiar em contexto de pobreza / Ariene Angelini dos Santos. -- São Carlos : UFSCar, 2009.
183 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2009.

1. Enfermagem. 2. Idosos. 3. Demência. 4. Relações familiares. 5. Programa Saúde da Família. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PPGenf – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Via Washington Luís, km 235 – Caixa Postal, 676.


Cep 13565-905 – São Carlos/SP - Brasil

Fone: (16) 3351-8338 E-mail: ppgenf@ufscar.br

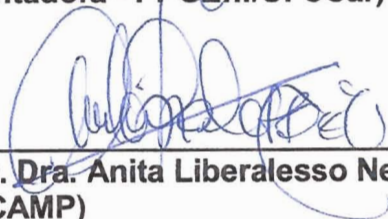
FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: ARIENE ANGELINI DOS SANTOS

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 15/12/09
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:**



Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini
(Orientadora - PPGenf/UFSCar)



Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri
(UNICAMP)



Profa. Dra. Maria José D'Elboux
(UNICAMP)



Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

**Dedico este trabalho a todos
os idosos que fizeram com que
esse estudo se tornasse realidade.**

“Para todos os seres humanos constitui quase um dever, pensar que o que já tiver sido realizado é sempre pouco em comparação com o que resta fazer”.

João XVII

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu forças para seguir esse caminho, me iluminou, me abençoou durante toda minha vida e que sempre esteve ao meu lado, no silêncio do meu quarto, no entardecer e ao nascer de uma nova manhã.

Aos meus pais, Finamor e Eloise, a minha homenagem e a minha gratidão, por tudo que me ensinaram, pelo amor, compreensão, companheirismo e apoio nas horas difíceis.

Ao meu namorado, Marcos Alexandre, que me encorajou a trilhar o mundo acadêmico, sempre me incentivando e sendo companheiro em todos os momentos.

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Sofia Cristina Iost Pavarini, pelo carinho, dedicação, cumplicidade, pelos ensinamentos, por ter acreditado em meu potencial e por ter me auxiliado a concluir esta etapa tão importante em minha vida.

À Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) pela oportunidade de realizar o curso de Mestrado.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela competência e seriedade.

A todos os membros do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento pelas relevantes sugestões para que meu trabalho pudesse ser aperfeiçoado.

Aos colegas da primeira turma do curso de Mestrado pelos momentos compartilhados nessa jornada.

Aos membros titulares e suplentes, Anita Liberalesso Neri, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Maria José D'Elboux e Elizabeth Joan Barham que, com valiosas e oportunas sugestões contribuíram para o aperfeiçoamento e a valorização desse trabalho, no Exame de Qualificação.

À FAPESP e à CAPES pelo apoio financeiro para que este trabalho pudesse ser desenvolvido.

A todos os funcionários das Unidades de Saúde da Família por terem facilitado o meu contato com as famílias.

E a todos os idosos que contribuíram para que este estudo se tornasse realidade.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE GRÁFICOS	
LISTA DE QUADROS	
LISTA DE TABELAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
INTRODUÇÃO	20
O envelhecimento populacional	20
A Política de Atenção à Saúde do idoso	21
O contexto do cuidado ao idoso com alterações cognitivas	24
<u>A Estrutura Familiar</u>	32
<u>A Funcionalidade Familiar</u>	38
<u>A Vulnerabilidade Social</u>	43
OBJETIVO GERAL	49
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
METODOLOGIA.....	50
<i>Participantes</i>	50
<i>Método de obtenção da amostra</i>	52
<i>Método de seleção dos participantes</i>	53
<i>Caracterização dos participantes</i>	53
<i>Procedimentos metodológicos</i>	54
<i>Instrumentos</i>	55
<u>Critério Brasil</u>	55
<u>Genograma</u>	56
<u>Mini Exame do Estado Mental</u>	56
<u>APGAR de Família</u>	57
<u>Índice de Katz para Atividades de Vida Diária</u>	58
<u>Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer</u>	58
<u>Cadastro da família</u>	59
<u>Complemento dos dados do cuidador primário</u>	59
<i>Procedimentos éticos</i>	59

<i>Relato sobre a coleta de dados</i>	60
<i>Análise dos dados</i>	60
RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
PARTE 1. CARACTERIZANDO OS IDOSOS	61
1 Condições sócio-demográficas dos idosos.....	61
2 Condições cognitivas dos idosos: desempenho no Mini-Exame do Estado Mental	76
3 Condições funcionais dos idosos: desempenho nas atividades básicas de vida diária – Índice de Katz	78
4 Condições funcionais dos idosos: desempenho nas atividades instrumentais de vida diária – Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer.....	88
PARTE 2. CARACTERIZANDO O CONTEXTO FAMILIAR DOS IDOSOS	95
1 A Estrutura Familiar dos Idosos Pobres	95
2 Os cuidadores dos idosos	105
PARTE 3. AVALIANDO A FUNCIONALIDADE FAMILIAR (APGAR DE FAMÍLIA)	117
1 APGAR DOS IDOSOS	117
1.1 Apgar de Família e sexo dos idosos pobres	131
1.2 Apgar de Família e idade dos idosos pobres.....	137
1.3 Apgar de Família e grau de dependência dos idosos pobres	138
1.4 Apgar de Família dos idosos pobres e informações do cuidador	140
2 APGAR DA FAMÍLIA DOS IDOSOS	144
3 APGAR DOS CUIDADORES DOS IDOSOS	145
CONCLUSÃO	149
REFERÊNCIAS	153
ANEXOS	171
APÊNDICES	181

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Estrutura familiar da idosa “Maria Luzia”	95
Figura 2.	Estrutura familiar do idoso “Gerson”	96
Figura 3.	Estrutura familiar da idosa “Terezinha”	97
Figura 4.	Estrutura familiar do idoso “Natanael”	97
Figura 5.	Estrutura familiar da idosa “Erminda”	98
Figura 6.	Estrutura familiar da idosa “Benilde”	99
Figura 7.	Estrutura familiar do idoso “Elói”	100
Figura 8.	Estrutura familiar do idoso “Serafim”	101
Figura 9.	Estrutura familiar da idosa “Beatriz”	102
Figura 10.	Estrutura familiar do idoso “Cleiton”	102
Figura 11.	Estrutura familiar da idosa “Eufrásia”	103
Figura 12.	Estrutura familiar do idoso “Guilherme”	104

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição dos idosos por regiões de vulnerabilidade social.....	61
Gráfico 2.	Distribuição dos idosos segundo o gênero e as regiões de vulnerabilidade social.....	62
Gráfico 3.	Distribuição dos idosos segundo a faixa etária e as regiões de vulnerabilidade social.....	62
Gráfico 4.	Distribuição dos idosos segundo a classe social e as regiões de vulnerabilidade social.....	63
Gráfico 5.	Distribuição dos idosos segundo o estado civil e as regiões de vulnerabilidade social.....	65
Gráfico 6.	Distribuição dos idosos segundo o grau de escolaridade e as regiões de vulnerabilidade social.....	66
Gráfico 7.	Distribuição dos idosos segundo a renda e as regiões de vulnerabilidade social.....	67
Gráfico 8.	Distribuição dos idosos segundo as regiões de vulnerabilidade social e se o idoso é o principal responsável pela renda familiar.....	67
Gráfico 9.	Distribuição da renda média dos membros da família e as regiões de vulnerabilidade social.....	68
Gráfico 10.	Distribuição dos idosos que trabalham ou não segundo as regiões de vulnerabilidade social.....	68
Gráfico 11.	Distribuição dos idosos segundo o convênio de saúde e as regiões de vulnerabilidade social.....	70
Gráfico 12.	Distribuição do número de pessoas que vivem na mesma casa segundo as regiões de vulnerabilidade social.....	70
Gráfico 13.	Distribuição dos idosos por condição referida segundo as regiões de vulnerabilidade social.....	72
Gráfico 14.	Distribuição dos idosos que possuem ou não um cuidador segundo as regiões de vulnerabilidade social...	73

Gráfico 15.	Distribuição da relação de parentesco com seu cuidador primário segundo as regiões de vulnerabilidade social....	73
Gráfico 16.	Distribuição da relação de parentesco do idoso com seu cuidador secundário segundo as regiões de vulnerabilidade social.....	74
Gráfico 17.	Distribuição dos parentes que vivem com o idoso segundo as regiões de vulnerabilidade social.....	75
Gráfico 18.	Distribuição dos idosos segundo os resultados do Índice de Katz.....	79
Gráfico 19.	Distribuição dos idosos segundo os resultados do Índice de Katz e o sexo.....	82
Gráfico 20.	Distribuição dos idosos segundo os resultados do Índice de Katz e faixa etária.....	83
Gráfico 21 .	Distribuição dos idosos segundo os resultados do Índice de Katz e as regiões de vulnerabilidade social.....	84
Gráfico 22.	Distribuição dos idosos segundo cada domínio do Índice de Katz.....	85
Gráfico 23.	Distribuição dos idosos segundo cada domínio do Índice de Katz e as regiões de vulnerabilidade social.....	87
Gráfico 24.	Distribuição dos idosos segundo os resultados do Questionário de Pfeffer.....	88
Gráfico 25.	Distribuição dos idosos segundo os resultados do Questionário de Pfeffer e sexo.....	90
Gráfico 26.	Distribuição dos idosos segundo os resultados do Questionário de Pfeffer e faixa etária.....	91
Gráfico 27.	Distribuição dos idosos segundo os resultados do Questionário de Pfeffer e as regiões de vulnerabilidade social.....	93
Gráfico 28.	Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo o gênero.....	106
Gráfico 29.	Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo o estado civil.....	106

Gráfico 30.	Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo a faixa etária.....	107
Gráfico 31.	Distribuição dos cuidadores dos idosos que moram na mesma casa que o idoso ou não.....	109
Gráfico 32.	Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo a escolaridade.....	110
Gráfico 33.	Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo o exercício de atividades fora de casa.....	111
Gráfico 34.	Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo a renda.....	111
Gráfico 35.	Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo a possibilidade de ser o principal responsável pela renda..	112
Gráfico 36.	Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo a relação que existe entre o cuidador e o idoso.....	113
Gráfico 37.	Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo o motivo do cuidado ser exercido.....	114
Gráfico 38.	Distribuição de doenças ou condição referida dos cuidadores dos idosos.....	114
Gráfico 39.	Distribuição da ajuda recebida para cuidar do idoso.....	115
Gráfico 40.	Distribuição da funcionalidade familiar segundo a visão dos idosos.....	117
Gráfico 41.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo sexo.....	120
Gráfico 42.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo faixa etária.....	121
Gráfico 43.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo as regiões de vulnerabilidade social.....	122
Gráfico 44.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão A do APGAR de Família (referente à adaptação) segundo sexo.....	124

Gráfico 45.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão B do APGAR de Família (referente ao companheirismo) segundo sexo.....	124
Gráfico 46.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão C do APGAR de Família (referente ao desenvolvimento) segundo sexo.....	125
Gráfico 47.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão D do APGAR de Família (referente à afetividade) segundo sexo.....	126
Gráfico 48.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão E do APGAR de Família (referente à capacidade resolutiva) segundo sexo.....	126
Gráfico 49.	Porcentagem dos idosos em relação à funcionalidade familiar segundo sexo.....	132
Gráfico 50.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão A (referente à adaptação) segundo sexo.....	134
Gráfico 51.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão B (referente ao companheirismo) segundo sexo.....	134
Gráfico 52.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão C (referente ao desenvolvimento) segundo sexo.....	135
Gráfico 53.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão D (referente à afetividade) segundo sexo.....	136
Gráfico 54.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão E (referente à capacidade resolutiva) segundo sexo.....	136
Gráfico 55.	Relação entre o escore APGAR de família e idade dos sujeitos.....	138
Gráfico 56.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo o Índice de Katz.....	139

Gráfico 57.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo o Questionário de Pfeffer.....	139
Gráfico 58.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo sexo do cuidador.....	140
Gráfico 59.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo faixa etária do cuidador.....	141
Gráfico 60.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo quem é o cuidador.....	142
Gráfico 61.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos em relação ao fato do cuidador morar com o idoso ou não.....	142
Gráfico 62.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar segundo o tipo de relação existente entre o cuidador e o idoso.....	143
Gráfico 63.	Distribuição da funcionalidade familiar segundo a visão dos familiares dos idosos.....	144
Gráfico 64.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo as regiões de vulnerabilidade social.....	145
Gráfico 65.	Distribuição da funcionalidade familiar segundo a visão dos cuidadores dos idosos.....	146
Gráfico 66.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos cuidadores dos idosos segundo sexo.....	147
Gráfico 67.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos cuidadores dos idosos segundo faixa etária.....	147
Gráfico 68.	Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos cuidadores dos idosos segundo as regiões de vulnerabilidade social.....	148

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos elegidas para a amostra com seus respectivos IPVS, idosos cadastrados, avaliados e com indicativo de alterações cognitivas.....	51
Quadro 2.	Amostra de idosos em cada uma das Unidades de Saúde da Família.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição do percentual abaixo do esperado do resultado do MEEM por sexo.....	76
Tabela 2.	Distribuição do percentual abaixo do esperado do resultado do MEEM por faixas etárias.....	77
Tabela 3.	Distribuição do percentual abaixo do esperado do resultado do MEEM por áreas de vulnerabilidade social.....	78
Tabela 4.	Relação entre as dimensões do Índice de Katz e o grau de dependência e a idade dos idosos.....	86
Tabela 5.	Correlações significativas entre os a idade dos idosos e cada questão do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer.....	92
Tabela 6.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão A do APGAR de Família (referente à adaptação) segundo as faixas etárias...	127
Tabela 7.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão B do APGAR de Família (referente ao companheirismo) segundo as faixas etárias.....	127
Tabela 8.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão C do APGAR de Família (referente ao desenvolvimento) segundo as faixas etárias.....	128
Tabela 9.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão D do APGAR de Família (referente à afetividade) segundo as faixas etárias...	128
Tabela 10.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão E do APGAR de Família (referente à capacidade resolutiva) segundo as faixas etárias.....	129

Tabela 11.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão A do APGAR de Família (referente à adaptação) segundo os grupos de vulnerabilidade social.....	129
Tabela 12.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão B do APGAR de Família (referente ao companheirismo) segundo os grupos de vulnerabilidade social.....	130
Tabela 13.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão C do APGAR de Família (referente ao desenvolvimento) segundo os grupos de vulnerabilidade social.....	130
Tabela 14.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão D do APGAR de Família (referente à afetividade) segundo os grupos de vulnerabilidade social.....	131
Tabela 15.	Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão E do APGAR de Família (referente à capacidade resolutive) segundo os grupos de vulnerabilidade social.....	131
Tabela 16.	Análise estatística comparativa de cada dimensão do APGAR de Família para homens e mulheres por meio do teste de Mann-Whitney.....	133
Tabela 17.	Correlação entre o escore de cada dimensão do Apgar de família e a idade dos sujeitos.....	137

RESUMO

Idosos com alterações cognitivas geralmente recebem cuidados de seus familiares. Atualmente, a família vem sofrendo mudanças na sua estrutura e no seu funcionamento que podem comprometer esse cuidado, especialmente em contextos de pobreza. Este trabalho teve por objetivo analisar a funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas, cadastrados em Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos-SP e que moram em contextos de pobreza. Baseado nos pressupostos da pesquisa quantitativa foram realizadas entrevistas individuais e domiciliares com os idosos e seus familiares. Todos os cuidados éticos foram observados. Foram aplicados o Critério Brasil, o Genograma, o Mini - Exame do Estado Mental, o APGAR de Família, o Índice de Katz e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer. Métodos estatísticos foram empregados para a análise dos dados. Os resultados mostram que os idosos que vivem em contexto de pobreza são, predominantemente, do sexo feminino (77%), da faixa etária de 71 a 75 anos (33%), casados (60%), analfabetos (51%), moram em lares multigeracionais, são independentes (96%) para as atividades básicas de vida diária e dependentes (58%) para as atividades instrumentais de vida diária. Em relação à funcionalidade familiar dos idosos pobres entrevistados, verificou-se que 62% das mulheres e 95% dos homens apresentam boa funcionalidade familiar, 21% das mulheres e 5% dos homens moderada disfunção familiar e apenas as mulheres apresentam elevada disfunção familiar, perfazendo 17%. Houve influência do gênero e não houve influência da idade nos resultados do APGAR de Família. Esses dados poderão auxiliar na implantação de uma linha de cuidado a idosos com alterações cognitivas no município no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, especialmente pelo fato de que o cuidado destinado a idosos no Brasil é realizado na maioria das vezes por familiares do sexo feminino.

Palavras-chave: Idoso. Demência. Relações Familiares. Programa Saúde da Família. Enfermagem.

ABSTRACT

Elderly Brazilians with cognitive impairments normally get cares of their family members. Nowadays, family has been suffering changes on its structure and on its functioning that can compromise this cares, especially in poverty contexts. This worksheet had the main goal of analyze the family functioning of the elderly Brazilians with cognitive impairments that are from the Family health units from the city of São Carlos - SP and that lives in impoverished neighborhoods. Based on the presupposed quantity inquiry methods, were realized individual interviews and at home with elderly and their family members. All ethical guidelines for research were followed. They have been put on the "Critério Brasil" , the Genogram , the Mini Mental State Exam, the Family APGAR, Katz Index and Pfeffer Functional activities questionnaire. Statistics methods were used for the data analysis. The results indicate that elderly that lives in poverty context are mainly, female (77%), from 71 and 75 years old (33%), married (60%), without education (51%), are independent (96%) for basic daily life activities and dependent (58%) for instrumental daily life activities. If we take a look at the poor elderly family functioning, we can see that 62% of the women and 95% of the men rated their family functioning as "good", 21% of the women and 5% of the men reported moderate family dysfunction and only women (17%) reported high levels of dysfunction. There was influence of gender and there wasn't from age at the Family APGAR results. These data may help in implantation of the cares line for elderly with cognitive impairments at the city on the field Family Health Strategie, especially by the fact that the elderly brazilians care is most of the times made by famales family members.

Key words: Elderly. Dementia. Family relationships. Family Health Program. Nursing.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem atingindo um crescimento expressivo. O aumento da expectativa de vida representa uma das maiores conquistas do último século e está sendo comemorado em várias regiões do mundo, pois nos dias atuais, atingir idade avançada não é mais privilégio de poucas pessoas (FERREIRA; OLIVEIRA, 2005; ONU, 2002). No Brasil, a definição etária para idoso é a pessoa que tem 60 anos de idade ou mais (BRASIL, 2007).

Atualmente, o número de idosos no Brasil é de aproximadamente 15 milhões de pessoas, o que corresponde a aproximadamente 9% da população do país (IBGE, 2000a). De acordo com Barreto et al (2003), espera-se que, em 2025, esse número chegue a 32 milhões, colocando a nação como a sexta população de idosos no mundo em termos absolutos.

Esse aumento do número de idosos no Brasil vem ocorrendo devido a mudanças tecnológicas, científicas, políticas e sociais que têm ocorrido no país desde a década de 1960 e que culminaram em transformações marcantes na sociedade brasileira (NASCIMENTO; MENDES, 2002). Tal envelhecimento populacional é atribuído às medidas e instrumentos de prevenção precoce e oportuna, aos avanços nos campos da genética, da imunologia e das tecnologias de diagnósticos e de tratamentos em saúde mais eficazes. Acrescentam-se também, fatores como a melhoria da qualidade de vida, a inserção de uma porcentagem maior das pessoas no mercado de trabalho, oportunidades educacionais mais amplas, além de melhores condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia que corroboraram para a inversão no perfil da população brasileira (BRASIL, 1999; SAYEG, 1998).

Waldman (2000) descreve que as modificações da estrutura demográfica caracterizam-se pela acentuada queda da mortalidade, diminuição da fecundidade e aumento da expectativa de vida, resultando no envelhecimento da população.

Como decorrência dessa transição demográfica, temos o aumento das doenças e agravos crônicos não transmissíveis, corroborando para a transição

epidemiológica. Essa se caracteriza pelo declínio acentuado da morbimortalidade por doenças infecciosas, parasitárias e pela significativa elevação das taxas de doenças e agravos crônicos não transmissíveis, particularmente das cardiovasculares, câncer, demência e causas externas (BOBADILLA et al 1993 apud WALDMAN, 2000; ALVES, 2007).

A velocidade com que ocorreram as transições demográfica e epidemiológica colaborou para o surgimento de dificuldades, principalmente para os países em desenvolvimento, quando esses não estão preparados para absorver e gerenciar o aumento crescente da população idosa que provoca grande demanda por recursos médico-assistencial-previdenciários, fato que repercute na área da saúde, especialmente em relação à necessidade de (re) organizar os modelos assistenciais (FERREIRA; OLIVEIRA, 2005).

A Política de Atenção à Saúde do idoso

No Brasil, apenas no final da década de 70, conforme Farinasso (2004), é que as diferentes propostas de reorganização do sistema de saúde tiveram início, trazendo para o debate político questões que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse Sistema segue os princípios da universalidade (garantia de acesso a todo e qualquer cidadão, sem restrições), equidade (todo cidadão será atendido de acordo com as suas necessidades), integralidade (o homem é um ser integral e não dividido em órgãos ou partes do corpo), regionalização e hierarquização (a atenção ocorre em territórios delimitados e deve haver a referência do nível primário para a média e alta complexidades), resolubilidade (os problemas de saúde devem ser enfrentados e resolvidos até a competência de cada nível de atenção), descentralização (as responsabilidades são distribuídas nas três esferas do governo), participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado (MORALES, 2007).

O SUS apresenta como porta de entrada para o sistema a Atenção Básica à Saúde. A Atenção Básica à Saúde deve estar pronta para resolver os problemas mais comuns da população, sendo importante conhecer o perfil epidemiológico da comunidade. Legislativamente é definido que a atenção básica

deve resolver 85% da demanda, o que leva ao entendimento de que esta deva ser capaz de responder às necessidades básicas de atenção à saúde da população (CARVALHO, 1992).

A atenção básica ou atenção primária à saúde caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde física, social e psicológica, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvidas no âmbito individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais, gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas (COSTA NETO, 2000a; RONZANI; SILVA, 2008). Considera o usuário na sua complexidade, singularidade, integralidade, inserção sócio-cultural e busca promover sua saúde e tratar suas doenças, diminuindo assim os sofrimentos ou danos que venham a comprometer a vida saudável (RODRIGUES et al, 2007).

Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). O PSF é tido como a estratégia para a reorganização do modelo vigente de atenção à saúde, por meio do vínculo estabelecido com a comunidade, desenvolvida de forma mais humanizada e voltada à vigilância à saúde (BRASIL, 2007).

O potencial para a reorganização do atual modelo de atenção à saúde advém do conteúdo estratégico, que visa romper com a passividade das unidades básicas de saúde e fortalecer as ações voltadas à população, e para isto contar com a participação da mesma. Constituem princípios de atuação: o desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre serviços de saúde, profissionais e população (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008). A ESF se baseia na possibilidade de integração e organização de atividades com o propósito de resolver problemas em nível individual e coletivo, com trabalho multi e interdisciplinar, articulado, quando necessário, com o nível intersetorial (CASTRO; VARGAS, 2005).

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais das equipes de saúde da família necessitam de programas e conteúdos que os possibilitem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população adstrita. Todas essas atribuições deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com

avaliação permanente por meio do acompanhamento de indicadores de saúde da área de abrangência (COSTA NETO, 1999; COSTA NETO, 2000b).

As ações dos profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) estão voltadas para todos os membros da família, desde a criança até o idoso. Considera-se o contexto familiar e social da população adstrita para oferecimento de uma assistência mais holística, humanitária e contínua. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de uma relação estreita entre profissionais e comunidade, de maneira a criar vínculo e co-responsabilidades, objetivando um cuidado com qualidade. Torna-se assim, imprescindível focar o perfil epidemiológico da população a ser atendida, de acordo com a demanda local, e oferecer maior atenção aos idosos, em decorrência de suas necessidades e do seu aumento numérico progressivo (SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006).

A Estratégia Saúde da Família visa reestruturar o modelo assistencial, até então vigente, orientado para a cura de doenças e caracterizado pela prática hospitalocêntrica e pelo uso irracional de recursos tecnológicos com pouca resolubilidade. Nesse novo modelo, a família passa a ser compreendida a partir do meio onde vive. Assim, as equipes de saúde da família passam a ter uma visão ampla do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008).

A preocupação com os idosos no campo das políticas públicas é recente no Brasil. As Políticas Nacionais de Atenção ao Idoso asseguram seus direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8842/94 e Decreto nº 1948/96) (BRASIL, 2007; FARINASSO, 2004).

Em 2003, o Estatuto do Idoso foi publicado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O capítulo IV deste Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social nos parece ainda

incipiente nas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tornando imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006 b).

Em 19 de outubro de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (portaria nº 2528), que tem como objetivos a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 2002). Segundo tal portaria, o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais de forma a comprometer o desempenho de suas atividades cotidianas (BRASIL, 2007; BRASIL, 1999).

Ainda em 2006, foram publicadas as Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida (portaria nº 399/GM), colocando a saúde do idoso como a primeira das seis prioridades pactuadas entre as três esferas do governo. São apresentadas várias ações que visam, em última instância, a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. Trata-se de um avanço importante, embora muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira (BRASIL, 2007).

O contexto do cuidado ao idoso com alterações cognitivas

No cenário da transição demográfica brasileira encontra-se o aumento da longevidade. Entretanto, esse aumento da longevidade acarreta a fragilização do idoso, podendo torná-lo vulnerável às diversas situações de vida e saúde. No Brasil, estima-se que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e destes, no mínimo, 10% com co-morbidades. Assim, a situação de cronicidade de problemas de saúde aliada à maior expectativa de vida pode contribuir para o aumento de idosos brasileiros limitados funcionalmente (GONÇALVES et al, 2006).

A Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso estabelece como frágeis os idosos acamados, hospitalizados recentemente por qualquer razão,

portadores de doenças causadoras de incapacidade funcional, vítimas da violência doméstica e também os maiores de 75 anos. A fragilidade pode interferir na funcionalidade dos idosos, causando em geral uma maior dependência (BRASIL, 2006 a; TEIXEIRA, 2006a).

O termo fragilidade ainda não possui definição consensual. É tida como uma síndrome multidimensional, que envolve interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, como declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (TEIXEIRA, 2006 b; FRIED et al, 2001).

Alguns profissionais de saúde consideram a fragilidade condição intrínseca do envelhecimento, atitude que pode ocasionar intervenções tardias, com potencial mínimo de reversão das conseqüências adversas da síndrome, o que inclui a redução da expectativa de vida saudável ou livre de incapacidades (FRIED et al, 2001).

Com o envelhecimento há um aumento na prevalência de demências. A demência é uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global das funções cognitivas, na ausência de um comprometimento agudo do estado de consciência, e que seja suficientemente importante para interferir nas atividades sociais e ocupacionais do indivíduo (COREY-BLOOM et al, 1995; BOTTINO; LAKS; BLAY, 2006; NITRINI et al, 2005). Estudos mostram que a prevalência de demência aumenta com a idade (SANTOS; RIFIOTIS, 2003; ENGELHARDT et al, 1998). Silveira, Caldas e Carneiro (2006) apontam que a prevalência da demência é de 5% a 10% entre os idosos acima de 65 anos, 20% entre as pessoas com mais de 80 anos, podendo chegar a 47% dos idosos com mais de 85 anos. Dentre todas as causas de demências, a Doença de Alzheimer (DA) é a mais freqüente e acomete de 8% a 15% da população mundial com mais de 65 anos. Não existem dados precisos no Brasil sobre a prevalência dessa doença, mas estima-se cerca de um milhão e duzentas mil pessoas com DA (RITCHIE; KILDEA, 1995).

Dessa forma, idosos longevos com alterações cognitivas podem ser considerados como componentes de um grupo de risco para a fragilidade na velhice

por virem a ter maior probabilidade de alterações na sua capacidade funcional (BOTTINO; LAKS; BLAY, 2006). Sabe-se que o declínio em capacidades funcionais pode levar o idoso à dependência funcional, de forma gradual até atingir todos os domínios da funcionalidade do idoso. A dependência funcional pode ser definida como a incapacidade de executar as atividades de vida diária. Assim, o idoso perde a capacidade de cuidar de si próprio e de responder por si mesmo, o que leva a um aumento da demanda por cuidados, que geralmente são cada vez mais complexos (PAVARINI; NERI, 2000; LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

O cuidador é o indivíduo que presta cuidados diretos ao idoso dependente, relacionados ao cotidiano, podendo ser classificado como: principal, aquele que detém a maior responsabilidade pelo idoso e, secundário, aquele que presta cuidados complementares (LEMOS; MEDEIROS, 2002).

Na grande maioria dos países ocidentais, assim como no contexto brasileiro, esses cuidados são desempenhados pela família e pela comunidade, sendo o domicílio o espaço sociocultural natural (ROSSI; ROSSI, 1990). Apesar das modificações em sua estrutura ao longo dos anos, a família predomina como suporte informal ao idoso, sendo a fonte primária de apoio (SCAZUFCA, 2004).

Segundo nossa Constituição, enquanto instituição social, a família é tida legalmente como a responsável por atender as necessidades de seus membros idosos. Esse conceito está tão forte em nossa sociedade que, muitas vezes, chega a ser inquestionável (DUARTE, 2001).

A palavra família origina-se do latim *famulus*, que significa escravo, servente. Assim, representa a dependência nativa entre seus membros (DUARTE, 2001). A família “é um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo” (PINTOS, 1997).

O termo família pode ser definido por duas ou mais pessoas que são ligadas por íntimas associações, recursos e valores e é reconhecida quando os membros consideram os elementos que a constituem como família (BOMAR, 2004).

Há sistemas familiares que são maduros ou funcionais e outros imaturos ou disfuncionais. O grupo familiar funcional está apto a responder aos conflitos e situações críticas com certa estabilidade emocional. O problema é solucionado sem

desestruturação do equilíbrio na dinâmica funcional da família, não havendo sobrecarga a nenhum integrante da mesma. Seus membros são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva. É tida como uma família “normal” (PINTOS, 1997).

Já na família disfuncional os membros priorizam interesses particulares em detrimento do grupo e não assumem seus papéis dentro do sistema. Seus vínculos afetivos são superficiais e instáveis, raramente são capazes de resolver situações críticas como uma questão grupal e de forma adequada. Seus membros não se adaptam a situações novas e nem readequam seus papéis frente às mesmas, provocando assim a desarmonia do sistema familiar. Famílias disfuncionais podem ter sua capacidade assistencial prejudicada, não conseguindo prover satisfatoriamente o atendimento sistemático das necessidades de cuidados de seus parentes idosos. Esses são frequentemente institucionalizados ou isolados do grupo, por serem considerados geradores de problemas, ou os membros da família se afastam para não se envolverem com tal questão (PINTOS, 1997; DUARTE, 2001).

Dentro dos sistemas considerados disfuncionais, Pintos (1997) classificou as famílias em quatro tipos no que se refere à atenção ao idoso:

- Família tipo clã: organiza-se em torno de um de seus membros que representa o líder. Não são capazes de responder às demandas do idoso, e frente a elas, o clã poderá assumir diferentes posições conforme o papel ocupado pelo idoso em questão. Se ele não for o líder do grupo, este tenderá a obedecer às orientações do mesmo. Porém, se o problema estiver com o líder idoso, o sistema sente-se ameaçado, pois sua força está no líder, agora debilitado.
- Família abandonadora: seus membros estão voltados aos próprios interesses e atividades. São incapazes de se relacionarem efetivamente com os outros membros da família. Esperam que outras pessoas dêem solução aos problemas do idoso, pois acham que não se trata de um problema próprio.
- Família distante: difere da família abandonadora por ter a tendência a intelectualizar a questão, sempre apresentando razões lógicas e argumentos válidos que justifiquem a não atenção às necessidades do idoso. Tende a exigir que outros resolvam os problemas relacionados ao idoso, para que o sistema volte ao “normal”.
- Família superprotetora: nesse seio familiar, a proteção assume um caráter extremo, passando a ser asfixiante. Os idosos são tratados como crianças que

devem ser vigiadas, têm menor participação dentro da família, pois são desvalorizados e inutilizados devido às suas atitudes. Essa família não responde adequadamente às demandas reais do idoso, além de anular a capacidade de resposta do mesmo.

Geralmente, quem desempenha as tarefas de cuidar em família é uma mulher, uma vez que prestar cuidado é secularmente uma atribuição feminina (ROSSI; ROSSI, 1990).

Como as mulheres são mais longevas que os homens e, em geral, mais novas que os maridos, a cuidadora preferencial é a esposa. Depois, vêm as descendentes de segunda geração, em que a candidata mais provável é a filha mais velha. Raramente o cuidador é outro parente ou uma pessoa jovem, e mais raramente ainda é um homem. Além de normas sociais, a elegibilidade para o papel de cuidador segue a lógica de quem está mais disponível ou mais bem preparado (PENNING, 1991).

Nos últimos anos, muitos estudos têm sido publicados sobre o papel da família como cuidadora de seus membros idosos. Autores afirmam que o cuidado destinado aos membros idosos é um papel natural que a família desenvolve ao longo da vida (KIM; KNIGHT, 2008).

Para Dassel e Schmitt (2008), os familiares de idosos com alterações cognitivas são muito importantes no fornecimento de informações completas e precisas sobre a saúde do idoso, seu funcionamento físico, afetivo e capacidade cognitiva, pois são eles que convivem com o idoso a maior parte do tempo. Esta informação é utilizada no diagnóstico e no tratamento de várias condições de saúde desses idosos.

Um trabalho realizado com cuidadores coreanos de idosos com demência (N=87) mostrou que a maioria dos cuidadores era mulheres, casadas, com idade média de 63,31 anos, hipertensas, com 12 anos de escolaridade aproximadamente, que co-residiam com os idosos e apresentavam uma média de 9,26 anos de cuidado (KIM; KNIGHT, 2008).

Atualmente, nos EUA, as famílias provêm 80 a 90% dos cuidados aos idosos na comunidade. Um estudo realizado nos EUA teve como sujeitos 272 cuidadores de idosos com alterações cognitivas. Destes, 55% moravam na zona rural, 77% eram mulheres e com idade média de 61 anos. Essas mulheres eram cônjuges (48%) dos idosos com declínio cognitivo (BURGIO et al, 2009).

Foram sujeitos de uma outra pesquisa realizada nos EUA 80 cuidadores de idosos com demência. Os resultados mostram que a maioria desses cuidadores era mulheres (73,8%), com idade média de 60,53 anos, com mais de 12 anos de escolaridade (91,3%), que dispensavam 42,87 horas semanais de cuidado durante 47,59 meses (HOLLEY; MAST, 2009).

Além de fatores geracionais, de gênero e parentesco, ser escolhido ou decidir assumir as tarefas de cuidar pode depender de outros eventos. Entre eles, morar na mesma casa, ter condições financeiras e dispor de tempo são determinantes comuns da elegibilidade do cuidado. Os laços afetivos, a relação de intimidade entre o idoso e o possível cuidador, a proximidade geográfica entre eles, a personalidade do cuidador, sua história de relacionamento com o idoso e com outros membros da família, sua motivação e sua capacidade de doação também interferem na disponibilidade para cuidar. O nível socioeconômico também interfere. Em famílias de nível socioeconômico mais baixo, há maior probabilidade de recebimento de auxílio familiar do que nas classes média e alta (NERI; SOMMERHALDER, 2002; SANTOS; RIFIOTIS, 2003; MORAGAS, 1997).

A demência causa um ônus crescente sobre o idoso e a família e um enorme custo financeiro para o sistema de saúde. A doença de Alzheimer é apontada pelo relatório sobre saúde mental no mundo como um dos transtornos mentais de grande impacto negativo para a qualidade de vida dos indivíduos e famílias e um pronunciado impacto econômico direto e indireto nas sociedades, incluindo o custo dos serviços (OMS, 2001).

O cuidar de um idoso com alterações cognitivas pode acarretar sobrecarga física e emocional à vida do cuidador, associadas ao comprometimento das atividades da vida diária do idoso, gerando situações de estresse que, se não forem elaboradas adequadamente, poderão trazer transtornos tanto para o cuidador, como para o indivíduo doente e seus familiares. O estresse maior está relacionado à falta de ajuda por parte dos familiares, pois, na maioria das vezes, o cuidador desempenha seu papel sozinho, sem a ajuda de outras pessoas, sejam familiares ou profissionais (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Uma meta-análise foi realizada nos EUA e integrou os resultados de 176 estudos sobre a saúde física do cuidador. Como resultados obtiveram que os

sintomas depressivos do cuidador apresentaram forte associação com a saúde física deles. Observaram que quanto maior é a idade do cuidador, quanto mais baixo é o nível socioeconômico, quanto menores os níveis de apoio informal e se esse indivíduo cuida de um idoso com demência, piores são as condições de saúde desses cuidadores e mais estressados eles se tornam. Notaram também que a co-residência com o idoso também aumenta os níveis de estresse porque o cuidador fica o tempo todo cuidando do idoso demenciado (PINQUART; SÖRENSEN, 2007).

Essa sobrecarga emocional vivenciada pelo cuidador pode interferir no cuidado prestado ao paciente, sendo inclusive fator preditor de maior número de hospitalizações entre os pacientes e aumento de institucionalizações (GRATÃO, 2006; BALARDY, 2005; TORTI et al, 2004).

Os familiares tentam encontrar soluções para o cuidado de seus idosos, evitando uma provável institucionalização. Porém, esta atitude nem sempre é a mais desejada pelos membros da família, mas muitas vezes é a única alternativa possível para atender às necessidades do indivíduo doente (QUEIROZ, 2000). Nielsen et al (1996) afirmam que a institucionalização do idoso é decorrente da inexistência de serviços suficientes capazes de assistir as necessidades tanto dos idosos quanto de seus membros familiares.

Alguns dos estressores relatados pelos cuidadores de idosos com alterações cognitivas são: cuidados diretos e contínuos e necessidade de constante vigilância; falta de preparo e conhecimento para executar o cuidado; problemas de saúde associados ao excesso de trabalho e à idade avançada; conflitos familiares pela falta de divisão do trabalho e pela falta de reconhecimento por parte de outros membros da família; dificuldades de adaptação à nova situação, incluindo aspectos financeiros, redução de atividades profissionais, sociais e de lazer (AZEVEDO; SANTOS, 2006).

Desempenhar a tarefa de cuidar de um idoso com doença crônica por si já é uma atividade desgastante. Quando esses cuidados são realizados apenas por um familiar, se tornam ainda mais estressantes, causando frustrações e perdas sociais. Muitas vezes as pessoas sentem vontade de abandonar tudo, mas não o fazem, principalmente, por uma questão de caridade e por se sentirem obrigadas a

realizar estas funções, mesmo que isto represente grandes prejuízos na sua vida pessoal (BOCCHI, 2001; SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

É notório o maior número de estudos que abordam os aspectos negativos do ato de cuidar. Poucos pesquisadores se debruçaram sobre os possíveis benefícios pessoais resultantes das atividades de cuidado. No entanto, é vantajoso investir nesses aspectos positivos. Em primeiro lugar, porque o cuidador fala deles e isso o beneficia emocionalmente. Em segundo lugar, porque poderemos ter uma visão mais completa e multidimensional da questão. Em terceiro lugar, porque o conhecimento sistemático sobre esses efeitos pode auxiliar a planejar intervenções voltadas para o aprimoramento dos cuidadores e do cuidado e para o domínio das emoções negativas. Esta área de estudo ainda é incipiente e oferece muito menos informação do que a pesquisa sobre os efeitos negativos (NERI; SOMMERHALDER, 2002).

Segundo a literatura internacional, são exemplos de benefícios relatados pelos cuidadores: aumento do sentimento de orgulho, aumento da habilidade para encarar desafios, crescimento pessoal, melhora no relacionamento com o idoso e com os outros, aumento do senso de controle, aumento do senso de significado na vida, prazer e satisfação (ALBERT, 1992; HEINRICHSEN; HERNANDEZ; POLLOCK, 1992; BEACH, 1997; KRAMER, 1997 apud NERI; CARVALHO, 2002).

Vale ressaltar, por último, que as famílias passaram por profundas transformações nas últimas décadas e como consequência se tornaram menores e com um maior número de idosos em sua composição. Os membros mais velhos e frágeis estão vivendo por mais tempo, o que significa uma convivência familiar intergeracional mais prolongada (CAMARANO; PASINATO; LEMOS, 2007; SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007). O fato de as famílias terem se tornado menores nos dias atuais, seja pela redução do número de filhos ou pela maior instabilidade dos casamentos, traz a necessidade de se rever o suporte familiar disponível ao idoso, visto que esse apoio pode ficar limitado (ALVES, 2007).

Nesse contexto, admite-se a família como unidade de diagnóstico e terapêutica a partir do reconhecimento de que a doença surge no seio da mesma e é diretamente influenciada por sua organização e funcionamento (MORAGAS, 1997).

A Estrutura Familiar

Segundo Pavarini et al (2008), um instrumento útil para avaliar a estrutura familiar dos idosos é o genograma. Os autores concluíram que a aplicação desse instrumento permite uma aproximação com as famílias, é eficaz para verificar a composição familiar dos idosos, permite visualizar a qualidade das relações entre os membros da família, além de contribuir com outras informações para um melhor planejamento do cuidado aos idosos.

O genograma consiste na elaboração da árvore familiar com informações adicionais importantes para atendimentos na área de saúde. É um diagrama do grupo familiar que detalha a composição da família do idoso atualmente e de sua família de origem, registrando casos de morte, as condições de saúde de cada pessoa e a qualidade das relações entre os membros da família (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A maioria dos estudos no Brasil que usou o genograma para avaliar a composição familiar foi realizada com crianças (CAVICCHIOLI, 2005; NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005; CASTOLDI; LOPES; PRATI, 2006; ROQUE; FERRIANI, 2007; AMAZONAS et al, 2003). Cavicchioli (2005) aplicou o genograma em famílias de crianças com câncer para “quebrar o gelo” e facilitar a relação entrevistador-entrevistado. O instrumento mostrou-se adequado para verificação das relações familiares, das opções de mudanças nas famílias, das características únicas das famílias e ainda para permitir ao entrevistado manifestar-se pela linguagem não verbal. Também foi muito útil para refletir sobre a dinâmica familiar e facilitar a aproximação entrevistador-entrevistado.

Em um estudo realizado com crianças que estavam iniciando a vida escolar, o genograma demonstrou ser um instrumento importante para identificar os eventos estressores (morte ou separação conjugal) no ciclo vital das famílias dessas

crianças, contribuindo para o estudo do desenvolvimento emocional infantil (CASTOLDI; LOPES; PRATI, 2006).

Para analisarem as contribuições do genograma para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica, as autoras realizaram a coleta de dados com nove famílias de crianças com câncer e concluíram que o instrumento permitiu visualizar as relações familiares, fortalecendo o vínculo e a confiança entre o entrevistador e os familiares. Além disso, a criança expressou o que achava das relações, melhorando as informações para o planejamento e orientação do cuidado. O instrumento foi avaliado como um elemento gráfico útil, pois permite uma visualização objetiva e clara das relações, mas tem como desvantagem a possibilidade de simplificar dados complexos. Neste sentido, as autoras ressaltam que as relações familiares devem ser sempre reavaliadas, pois são complexas e dinâmicas, mudando ao longo do tempo (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

Um estudo realizado no interior paulista teve como objetivos conhecer a trajetória e a percepção da família de crianças e adolescentes, vítimas de violência, acerca dos acontecimentos ligados à intervenção da justiça na violência cometida; quantificar e analisar os processos forenses no período de 2000 a 2005, caracterizando situações de violência na família e de revitimização. A metodologia adotada foi quantitativa, usando como instrumentos a análise de processos, o preenchimento dos mapas censitários, a elaboração de genograma e ecomapa. A análise inspirou-se na hermenêutica dialética. Os resultados apontaram 1.766 processos judiciais de infância e juventude, dos quais 8,21% são de violência (física, negligência e sexual) na família, envolvendo 257 vítimas, dessas, 121 do sexo feminino e 136 do sexo masculino. A violência física foi a que apresentou maior incidência (44,1%), seguida de negligência (42,1%) e violência sexual (13,8%). Para as autoras, as famílias acreditam que a justiça seja ineficiente, mediante o acontecimento de violência e, ainda, consideram essa mesma justiça como organização autoritária, centralizada, rígida e burocrática. A elaboração dos genogramas permitiu definir a composição dessas famílias como resultante de diferentes e sucessivas relações amorosas, permeadas por rupturas regulares, envolvendo elementos de violência, não reconhecimento de paternidade dos filhos, sucessivas mudanças de domicílio, entrega de filhos em adoção, pouca inserção no mundo do trabalho, alguns com trajetórias profissionais instáveis no meio rural, ou como pintor de parede e pedreiro (ROQUE; FERRIANI, 2007).

Um estudo realizado em Recife objetivou conhecer o funcionamento e os arranjos familiares de crianças de uma escola pública. A amostra se constituiu de 100 pessoas, sendo 50 adultos (pais ou responsáveis pelas crianças) e 50 crianças de 06 a 11 anos. Foram utilizados como instrumento a Entrevista do Genograma e o Desenho da Família com Estória. A aplicação do Genograma se deu preferencialmente com as mães das crianças, na própria escola ou na residência dos entrevistados, em particular e individualmente. Nos resultados observa-se predomínio da família nuclear (32,7%), seguido pelo de família extensa (24,5%), de recasados (16,3%), monoparental (14,3%), adotiva (8,2%) e abrangente (4,1%). A família nuclear apresenta-se, com maior frequência, nas famílias de crianças de uma faixa etária menor, o que nos faz pensar que, à medida que aumenta a idade das crianças e o número de anos de convivência do casal, iniciam-se as separações, ou ainda outros membros da família se juntam ao casal, dando origem às famílias monoparentais, de recasados e extensas. A presença de famílias adotivas é relativamente pequena nesta amostra, e quase sempre os casos se referem à adoção por parentes, tios ou avós. Quanto ao funcionamento, a maioria dessas famílias se organiza em torno de mulheres, sendo as figuras masculinas fragilizadas pelo desemprego, uso de álcool ou outras drogas. Em uma parte significativa dos casos, há a centralização das figuras femininas nestas famílias. Estas são figuras-chave dentro do âmbito familiar. Em contrapartida, as figuras masculinas aparecem bastante fragilizadas. Isto pode se manifestar através do desemprego, envolvimento com polícia, uso de drogas ou, ainda, pouco ou nenhum envolvimento com a família (AMAZONAS et al, 2003).

Na área da saúde mental, foi realizado um estudo em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município do interior paulista com o objetivo de apresentar a história de uma família de um usuário com transtorno mental grave inscrito no CAPS. Para avaliar a estrutura familiar foram usados o genograma e o ecomapa durante a coleta de dados. Além disso, realizaram uma entrevista semi-estruturada por meio de visita domiciliar que foi gravada e transcrita posteriormente. Com a ajuda desses instrumentos, as autoras puderam conhecer melhor a composição familiar desse usuário portador de transtorno mental grave. Por questões éticas, o usuário ganhou o nome fictício de “Leão” nessa pesquisa e, sua mãe, de Rubi. Rubi tem 65 anos, é viúva, refere ser analfabeta por não ter tido oportunidade de estudar, fala com dificuldades por ter tido um AVC há cinco anos

que deixou seqüelas em sua comunicação. Mãe de cinco filhos: o primeiro com 47 anos, mora com a mãe, estudou até a quarta série, não trabalha, sofre de cirrose, hepatomegalia, problemas cardíacos e esquizofrenia, sendo acompanhado por uma Unidade Básica de Saúde; o segundo com 43 anos, mora com a esposa e dois filhos em outro bairro, estudou até a quarta série, é recolhedor de frango, porém estava desempregado no momento da entrevista; o terceiro com 37 anos, mora com sua família em uma casa na frente da de sua mãe, estudou até a oitava série, é frentista, sua esposa tem 32 anos, é do lar, estudou até a quarta série, sua primeira filha tem 13 anos, a segunda está na terceira série do Ensino Fundamental e a terceira está na primeira série. A quarta filha de Rubi trabalhava de doméstica e, de repente, começou a ficar com medo. Aos 18 anos entrou em crise, ficou agressiva e foi internada no hospital psiquiátrico. Atualmente mora com a mãe Rubi. Relatam que essa filha é muito dependente e vive sem roupas pela casa. Quando está em crise, ela fica brava, chora, grita e não dorme à noite. O quinto filho de Rubi (Leão) tem 29 anos, mora com a mãe, estudou até a quarta série, é frentista afastado, tem esquizofrenia e faz tratamento no CAPS. Aos 19 anos, começou a temer as pessoas e não conseguia fazer amizades no trabalho. Relatam que o medo de sair foi aumentando, surgiram as alucinações, parou de alimentar-se até que foi necessário a internação num hospital psiquiátrico. Recebe dois salários mínimos e meio, complementando a renda da família. Concluíram que para apoiar as famílias no cuidado a seu familiar é necessário, primeiramente, conhecer e compreender a estrutura familiar (FILIZOLA; RIBEIRO; PAVARINI, 2003).

Uma pesquisa realizada no interior paulista, inserida nos pressupostos do método qualitativo de investigação, teve como objetivo identificar a estrutura, as relações, a rede de suporte e a vivência de famílias diante do alcoolismo. A coleta de dados foi realizada tanto no domicílio quanto na própria Unidade de Saúde da Família (USF), através de entrevistas semi-estruturadas com cinco famílias de alcoolistas de uma USF. Os autores puderam verificar que o alcoolismo constituiu-se no maior problema para as famílias, afetando toda a família. Observaram também que a família demonstrava pouco conhecimento sobre o tema. Quanto às relações familiares, obtidas por meio do genograma, verificou-se que elas são, na maioria das vezes, conturbadas. Os filhos afastam-se dos pais alcoolistas por medo e vergonha e algumas esposas estão sempre considerando a possibilidade de separação como

única forma de solucionar o problema, relatando também que há prejuízos para a vida conjugal (FILIZOLA et al, 2006).

No contexto das Unidades de Saúde da Família também foram encontrados estudos que usaram o genograma como instrumento para coleta de dados. Para Machado et al (2005), embora utilizado na clínica há muitos anos, com a implantação da Estratégia Saúde da Família, o uso do genograma como instrumento de abordagem familiar, tem permitido aos profissionais superar a prática centrada exclusivamente na doença e visualizar a família como recurso e unidade promotora de cuidado. Conhecer as relações que se desenvolvem dentro de um contexto familiar, as condições geneticamente determinadas e os fatores que interferem no processo saúde/doença são de grande importância na prática das Equipes de Saúde da Família.

Um estudo retrospectivo, de caráter documental, realizado a partir de dados registrados em prontuários de uma amostra de 322 pacientes e suas famílias, atendidos no Ambulatório de Medicina Familiar e Comunitária da Univali, no período de 2003 a julho de 2005, objetivou identificar riscos intrafamiliares, utilizando como instrumento o genograma. Os resultados mostraram a presença de grupos de risco como a idade, baixa ou nenhuma escolaridade e populações vulneráveis (crianças e idosos), tabagismo, alcoolismo, uso de drogas; riscos psicossociais como separação e divórcio, desestruturação familiar e riscos genéticos, como: morbidade e comorbidades, doenças crônicas, principalmente hipertensão e diabetes e que foram também causas de morte na família. A avaliação da história mórbida pregressa aponta pacientes vulneráveis a cardiopatias e câncer e fatores de risco para violência intrafamiliar, como etilismo, uso de drogas e relações tumultuosas. O estudo de riscos a partir do genograma permitiu compreender o contexto familiar e verificar os padrões de repetição de hábitos de vida, relações intrafamiliares e patologias hereditárias que interferem no processo saúde-doença (MACHADO et al, 2005).

Um estudo de caso descritivo, realizado em Londrina, teve como objetivo conhecer a opinião dos médicos que atuam nas equipes de Saúde de Família quanto ao uso do genograma e a possibilidade da aplicação deste instrumento no cotidiano de trabalho dos mesmos. Foram entrevistados 10 dos 38 médicos que atuam na área urbana do município e que fizeram o curso de Especialização em Habilidades Clínicas em Medicina de Família. Houve uma boa

participação dos médicos e, pelos depoimentos, pode-se constatar que para oito dos dez médicos, o genograma foi percebido como um instrumento que permite uma melhor abordagem da família e, conseqüentemente, do diagnóstico familiar. Apesar de ser reconhecido como um bom instrumento ele não está sendo utilizado pela maioria dos médicos que, mesmo tendo sido capacitados pelo referido curso para seu uso, encontram grandes dificuldades para sua aplicabilidade em função da atual organização do processo de trabalho nas USFs (ATHAYDE; GIL, 2005).

Um estudo descritivo e transversal realizado no México, entre março e junho de 1999, teve como objetivo identificar os motivos pelos quais um grupo de especialistas em medicina familiar não utilizam o genograma em sua prática médica diária. Foram selecionados dez médicos para a aplicação de um questionário sobre as desvantagens de tal instrumento. Como principais resultados obtiveram que dos dez médicos entrevistados, seis relataram usar o genograma e os quatro restantes disseram que nunca ou quase nunca usam o genograma. A maioria dos médicos afirmou que a principal desvantagem em relação ao uso do genograma é o tempo que se requer para elaborá-lo (ROSAS-PÉREZ; GONZÁLEZ-SALINAS, 2002).

Com relação à aplicabilidade do genograma com idosos, foi realizado um estudo no interior paulista com o objetivo de avaliar a composição familiar de pessoas com mais de 60 anos, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. Participaram desse estudo 49 idosos. Como resultados, relataram que a composição familiar era multigeracional para a maioria dos idosos, sendo que a maior parte estava casada e morando com um filho adulto. Em média, havia quatro pessoas por domicílio. De acordo com a nomenclatura usada pelo genograma, a maioria dos idosos relatou ligação normal com seus familiares (PAVARINI et al, 2008).

Um estudo qualitativo, realizado no interior paulista, teve por objetivo descrever como um sistema familiar reage perante a situação de dependência em um membro idoso, quais recursos utiliza para manter sua estabilidade e a assistência de enfermagem disponibilizada neste contexto. Utilizou-se como referencial teórico a abordagem dos sistemas familiares e como método a pesquisa-ação. Os dados foram colhidos no domicílio da família da idosa selecionada, de novembro de 2004 a janeiro de 2005, por meio da aplicação do genograma, do

ecomapa e do levantamento de problemas. Como principais resultados encontraram que as principais demandas familiares eram luto antecipado, sobrecarga do papel de cuidador, falta de conhecimento sobre a doença e desajustamento familiar perante a crise. Como principais intervenções apontaram o incentivo à narrativa da enfermidade, o oferecimento de sugestões e informações, os elogios às forças familiares e assegurar pronto atendimento. As atividades relacionadas ao cuidado da idosa dependente ficavam sob responsabilidade de sua filha. Segundo ela (filha), o pai e o esposo não estavam aptos a cuidar de sua mãe idosa pelo fato de serem homens, o que pode ser explicado pela questão de gênero, permeada por um conjunto de crenças sobre as expectativas de condutas e experiências femininas e masculinas. (SILVA; GALERA; MORENO, 2007; WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Além de conhecermos a estrutura familiar de idosos, também é importante avaliarmos a funcionalidade da rede de apoio familiar dessa faixa etária, a fim de compreendermos como o idoso está sendo cuidado e por quem.

A Funcionalidade Familiar

Embora a estrutura familiar mais freqüentemente encontrada para idosos morando na comunidade seja a família multigeracional, não há garantia de que as famílias estejam preparadas para assumir o papel de cuidadora do idoso (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Para Freitas et al (2006), a avaliação da funcionalidade familiar enquanto um recurso terapêutico é uma ferramenta importante no auxílio às equipes assistenciais. Isso pode ser realizado com um instrumento denominado APGAR de Família.

O Apgar de Família (Family Apgar), desenvolvido por Smilkstein em 1978, é um instrumento composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva. Esse instrumento permite identificar as percepções individuais dos valores da família como um recurso psicossocial (escore elevado) ou como um suporte social deficitário e possível fator estressor (escore baixo). No Brasil, o APGAR de família foi

traduzido e adaptado para ser aplicado em idosos (DUARTE, 2001; SMILKSTEIN, 1978).

Estudos que aplicaram o instrumento APGAR de Família foram encontrados na literatura em relação a adolescentes, mulheres e idosos. O APGAR de família foi utilizado na sua versão original em um estudo feito na capital maranhense a fim de se avaliar e classificar a funcionalidade das famílias de adolescentes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Nesse estudo, as autoras realizaram a coleta de dados no período de março a maio de 2004, com 24 sujeitos, sendo 12 adolescentes e 12 familiares destes. Concluíram que esse instrumento se fez útil no sentido de possibilitar aos adolescentes a avaliação de sua família quanto aos aspectos relacionados ao funcionamento familiar, além de ter permitido à equipe de enfermagem conhecer a estrutura e identificar as disfunções nas famílias destes indivíduos (MARTINI et al, 2007).

Um estudo realizado no período de setembro a novembro de 2002 em La Paz, Bolívia, teve como objetivo avaliar a funcionalidade familiar de adolescentes, na faixa etária de 14 a 20 anos, inscritos em colégios da cidade e relacioná-la à classe social, segundo a estratificação de Goldthorpe. O APGAR de família foi aplicado em 126 adolescentes, de ambos os sexos. O grupo um foi constituído de 56 estudantes, do turno vespertino, do Colégio Nacional Simon Bolívar e o grupo dois constituído de 70 estudantes dos colégios de El Alto. Foram avaliadas as atividades, o tipo de família, o estrato social, a educação materna, o chefe de família e a funcionalidade familiar. Os resultados mostraram que, em ambos os grupos, há adolescentes que trabalham e estudam. As famílias nucleares completas correspondem a 33% no grupo um e 48,9% no grupo dois. É grande a proporção de famílias incompletas, sendo 47,3% no grupo um e 40,4% no grupo dois. No grupo um, predominam os estratos sociais IV e V e no grupo dois, III e IV. Os chefes de família são predominantemente as mães desses adolescentes (46,4%), seguido pelos pais (40,2%). Ambos os grupos mostram pouca satisfação relacionada à funcionalidade familiar (CASTELLON SANJINES, 2003).

Foi realizado um estudo no município de Barranquilla (Colômbia) a fim de se determinar a prevalência de violência contra mulheres em idade fértil que vivem com seus parceiros, assim como identificar os fatores pessoais, socioeconômicos e a funcionalidade familiar associados a esse fenômeno. Nesse estudo realizado com 275 mulheres, com idades entre 15 e 44 anos, casadas e que

conviviam com seus parceiros, o APGAR de família demonstrou ser um instrumento válido para detectar o impacto da funcionalidade familiar na saúde de seus membros, assim como para conhecer até que ponto a família influencia na saúde de seus membros. Como principais resultados encontraram que a prevalência de maltratos foi de 22,9%, sendo que o grupo mais afetado se encontrava dentro da faixa etária de 25 a 29 anos. Dentre os fatores associados à violência do estudo em questão destacam-se o consumo habitual de álcool tanto pelas mulheres quanto pelos maridos, o consumo de substâncias psicoativas pelos maridos e o recebimento de um salário mensal de menos de 300,000 pesos colombianos (equivalentes a 140 euros). Segundo resultados obtidos pela aplicação do APGAR familiar, 38,5% das mulheres apresentavam disfunção familiar leve. (TUESCA; BORDA, 2003).

Um estudo descritivo, transversal, realizado no mês de junho de 1998, no Chile, teve como objetivo conhecer a relação que existe entre a funcionalidade e estrutura familiar e as práticas de autocuidado em saúde dos escolares do sexto ano básico. Foram sujeitos dessa pesquisa 165 crianças de colégios rurais. Os dados mostraram que essas crianças, em geral, possuíam condutas de autocuidado. Crianças pertencentes a famílias nucleares completas e com bom funcionamento familiar realizavam mais atividades relacionadas ao autocuidado se comparadas a crianças que viviam com famílias nucleares incompletas e que apresentavam algum grau de disfunção familiar (AGUILAR FAÚNDEZ; GUAJARDO VIDAL, 1999).

Em um estudo realizado no interior paulista com 93 pessoas com mais de 60 anos de idade, independentes e participantes de um programa de alfabetização para adultos, o APGAR de família mostrou ser um instrumento simples de usar para se avaliar a funcionalidade familiar desses idosos, contribuindo para a compreensão dos relatos dos entrevistados sobre a escolha do seu cuidador na velhice (PAVARINI et al, 2006).

Um estudo realizado em Concepción, Chile, usou como instrumento de coleta de dados o APGAR de família na sua versão adaptada no próprio país para idosos e teve como objetivo conhecer o funcionamento social dos idosos segundo algumas dimensões psicossocioculturais e familiares que os caracterizam, como a auto-estima e o funcionamento familiar. Participaram dessa pesquisa 300 idosos inscritos no “Programa del Adulto Mayor” de Unidades de Atención Básica e seus cuidadores. Como resultados, obtiveram que 84% desses idosos afirmaram ter um bom funcionamento familiar, descrevendo como altamente positivo o funcionamento

de sua família (MERCEDES ZAVALA et al, 2006). Esses dados estão de acordo com um estudo realizado no Brasil, o qual mostrou que 87,1% dos idosos apresentavam boa funcionalidade familiar (PAVARINI et al, 2006).

Um estudo retrospectivo e descritivo realizado durante o ano de 1995, em San Cristobal, Cuba, também usou o APGAR de família com o objetivo de determinar a adequação desse instrumento como método para diagnosticar a funcionalidade familiar segundo a percepção de idosos e sua relação com a idade, estrutura familiar, funcionamento familiar e vínculo laboral. Foram sujeitos 70 idosos, com 60 anos de idade ou mais, não institucionalizados e sem alterações cognitivas. Os dados mostraram que a associação entre as pontuações obtidas no APGAR familiar com os diferentes grupos de faixa etária não apresentou resultados estatisticamente significativos, predominando uma boa funcionalidade familiar no grupo de idosos com 65 a 69 anos. Em relação à estrutura familiar, os idosos que moravam em contextos familiares multigeracionais afirmaram ter uma moderada funcionalidade familiar. Em relação aos idosos que viviam em famílias com estrutura nuclear foi verificada boa funcionalidade familiar. Em relação ao funcionamento familiar, comprovou-se uma correspondência muito significativa entre a percepção da funcionalidade familiar pelo idoso e a mesma avaliação, realizada pelo investigador. Em relação ao vínculo laboral, as diferenças não foram estatisticamente significativas para idosos vinculados ou não ao trabalho, embora tenha havido predomínio discreto de boa funcionalidade familiar relacionada aos idosos que são aposentados, mas que ainda trabalham (DÍAZ TABARES; SOLER QUINTANA; GARCÍA CAPOTE, 1998).

Um estudo descritivo, transversal, com enfoque quantitativo, realizado em Concepcion, Chile, usou como instrumentos de coleta de dados o questionário de qualidade de vida SF-36, um questionário socioeconômico e o APGAR de família, com o objetivo de verificar a qualidade de vida de cuidadores informais de pacientes com diagnóstico de Alzheimer. Foram sujeitos dessa pesquisa 18 pessoas, sendo a maioria mulheres, casadas e filhas desses pacientes, que possuíam de 51 a 60 anos. Os dados revelaram que a qualidade de vida desses cuidadores se mostra favorável, sendo que as dimensões mais afetadas por esse cuidado são a vitalidade e a dor corporal (GARRIDO INZULZA et al, 2005).

Uma pesquisa realizada em Chiloé, no período de janeiro a abril de 1997, teve como objetivo medir o grau de privação afetiva em que viviam os idosos

de uma comunidade rural pobre. Foram entrevistados 102 pacientes, com idade maior que 60 anos. A população do estudo foi constituída de 88,2% de mulheres e 11,8% de homens. Os resultados evidenciaram que a causa mais freqüente de consulta estava relacionada ao controle de enfermidades crônicas não transmissíveis, em destaque a hipertensão arterial. Aproximadamente 48,1% das consultas se referiam a transtornos afetivos e psicológicos. Em relação aos aspectos socioeconômicos, 72,5% vivem em situação de indigência. Noventa e oito por cento moram com familiares e 29,4% são casados. O APGAR de família revelou 80,4% com boa funcionalidade familiar (ROCHA MIZ; MUÑOZ ACUÑA; CARRIEL CASTILLO, 1997).

Um estudo realizado em San Juan de Dios, Chile, no período de setembro a novembro de 1989, teve como objetivos quantificar o apoio familiar e de amigos a pacientes idosos hospitalizados. Foram sujeitos dessa pesquisa 86 pacientes, maiores de 65 anos, de ambos os sexos, internados no Hospital de San Juan de Dios, sendo 39,5% homens e 60,5% mulheres. Dentre eles, 23% eram analfabetos e 93% moravam com a família. As patologias mais freqüentes foram tumores e afecções cardiovasculares e digestivas. Os resultados obtidos com o APGAR de família mostraram que 22,1% dos casos apresentaram disfunção familiar severa em relação ao apoio familiar. Em relação ao apoio oferecido pelos amigos, 60,55% dos casos apresentaram uma disfunção severa (VARELA JERALDO et al, 1991).

Outro estudo realizado em San Juan de Dios teve como objetivos caracterizar os residentes de uma instituição para idosos. Foram sujeitos dessa pesquisa 82 idosos. Os resultados mais significativos apontaram que 86,5% possuíam duas ou mais patologias, 60% dos idosos apresentaram disfunção severa, relacionada tanto ao apoio familiar quanto aquele oferecido por amigos (VARELA JERALDO et al, 1990).

Um estudo descritivo realizado na Venezuela objetivou conhecer a prevalência de sintomas depressivos, sua relação com a funcionalidade familiar, enfermidades e a intensidade do uso dos serviços de saúde por meio da aplicação do instrumento APGAR de família. Participaram dessa pesquisa 140 idosos de um ambulatório, dos quais 70 faziam parte do grupo controle (tinham outros problemas de saúde e não apresentavam a depressão) e os outros 70 idosos eram portadores de depressão. Como resultados, notaram um alto índice de disfunção familiar (61%)

e dentro deste percentual, 30% era considerada como disfunção severa (BENEVIDES; ORTIZ, HERRERA, 1999).

A Vulnerabilidade Social

Pessoas vulneráveis são pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses, conforme a definição das Diretrizes Éticas Internacionais de Ciências Médicas. Dessa forma, a principal característica do ser vulnerável seria uma capacidade ou liberdade limitada. Dentre as pessoas que se encaixam nesse quadro estão os idosos com demência, os residentes em asilos, pessoas que recebem benefícios da seguridade ou assistência social, pessoas pobres e desempregadas, dentre outros (ARÁN; PEIXOTO JÚNIOR, 2007).

A idade cronológica não é um bom preditor de vulnerabilidade à doença e deficiência, pois há vulnerabilidade em todas as fases da vida (LIMA et al, 2008). Assim, percebe-se que a vulnerabilidade pode estar relacionada tanto a pessoas momentaneamente incapazes de executar sua liberdade por um problema físico quanto por uma incapacidade relacionada a questões sociais (ARÁN; PEIXOTO JÚNIOR, 2007). Portanto, as pessoas não “são” vulneráveis, elas “estão” vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma, e num certo ponto do tempo e espaço (AYRES et al, 2003).

Vulnerabilidade social é um construto multidimensional entendido como um processo de estar em risco para alteração na condição de saúde, resultante de recurso econômico, social, psicológico, familiar, cognitivo ou físico inadequado (SHEPARD; MAHON, 2002). Esse conceito pode ser “resumido como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos” (AYRES et al, 2003, p.123).

Para Clark et al (2007), vulnerabilidade é um processo de adaptação negativa que resulta em uma diminuição da capacidade para lidar com estressores. Na literatura internacional também está claro que o baixo status socioeconômico é

uma causa de vulnerabilidade. Sabe-se que idosos com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade sofrem taxas mais elevadas de doenças, invalidez e mortalidade.

Nos EUA, estima-se que até um terço dos idosos com doenças crônicas são mais vulneráveis socioeconomicamente, pois têm baixos rendimentos, baixa escolaridade e/ou piores condições de saúde (CLARK et al, 2008).

Pessoas idosas em uma menor posição social parecem ser altamente vulneráveis aos estressores, ficando mais expostas a problemas de saúde. Em relação à depressão, por exemplo, pode-se dizer que mulheres idosas têm maior prevalência de depressão em comparação aos homens. Isso é resultante da desvantagem social e econômica existente entre eles: os baixos níveis de educação, com rendimentos mais baixos e ocupações menos qualificadas, a pobreza, a maior probabilidade de viuvez e dificuldades financeiras durante a sua aposentadoria fazem com que as mulheres estejam mais expostas à depressão (ALVARADO et al, 2007).

Um estudo qualitativo foi realizado nos EUA com 23 idosos vulneráveis socioeconomicamente (estavam na faixa da pobreza) e 12 idosos não vulneráveis socioeconomicamente (com seguro de saúde privado). Foram recrutados homens e mulheres, negros e brancos. No grupo dos idosos não vulneráveis havia 3 mulheres negras, 3 homens negros, 3 mulheres brancas e 3 homens brancos. O grupo dos idosos vulneráveis foi composto por 9 mulheres negras, 4 homens negros, 4 mulheres brancas e 6 homens brancos. Foram feitas visitas domiciliares. Os resultados mostraram que ambos os grupos tinham idade média de 72,1 anos. Todos os participantes possuíam doenças crônicas, sendo as principais hipertensão arterial, diabetes e asma. Os idosos vulneráveis possuíam menor escolaridade e menor renda do que os idosos não vulneráveis, sendo que 40% dos participantes vulneráveis não completaram o ensino médio. A maioria dos idosos não vulneráveis apresentava 13 anos de escolaridade ou mais. O grupo de idosos não vulneráveis cuidavam de seus netos ocasionalmente enquanto que os idosos vulneráveis cuidavam diariamente de seus netos ou bisnetos. No grupo dos idosos vulneráveis a aquisição de medicamentos e alimentos era insuficiente, devido à baixa renda mensal. Na maioria das vezes, eles nem sabiam por que tomavam determinados medicamentos. Já o grupo dos idosos não vulneráveis disse que eles tomavam medicamentos para melhorar suas condições de saúde. Quando perguntados sobre

o que fazer para envelhecer de forma saudável, o grupo dos idosos não vulneráveis disse que deveriam fazer atividade física, mental e comer alimentos saudáveis. Já o grupo vulnerável comia o que tinham na mesa e não se preocupavam com sua saúde. O grupo dos idosos não vulneráveis ainda queria viver por mais tempo em contrapartida os idosos vulneráveis diziam que tinham pouco tempo de vida e não tinham objetivos a serem alcançados. Como era de se esperar, o acesso à informação é diferente nesses dois grupos. Experiências com doença, morte e acidentes foram mais comumente relatadas entre os idosos vulneráveis. Os idosos vulneráveis dificilmente deixavam seus lares, pois tinham que cuidar de alguém, como os netos, sendo fonte de estresse (CLARK et al, 2008).

Um estudo realizado por Paz, Santos e Eidt (2006), a partir da pesquisa bibliográfica das áreas temáticas envelhecimento e vulnerabilidade, buscou identificar os elementos que contribuem para a vulnerabilidade individual e social das pessoas idosas, a fim de fornecer subsídios para a gestão dos serviços de saúde e para as ações de prevenção e controle de agravos à saúde. As autoras revelaram que é muito importante conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais, pois “possibilita a implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças bem como promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva” (p. 341). Relatam que, no Brasil, o baixo valor da aposentadoria constitui uma vulnerabilidade social na medida em que expõe o idoso a condições de vida de baixa qualidade.

Dessa forma, as principais limitações frente à necessidade de cuidar de um idoso no contexto familiar estão relacionadas aos aspectos de ordem financeira, pessoal e social (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Um dos aspectos que comprometem o cotidiano da maioria das famílias cuidadoras da camada mais pobre da população é a dificuldade financeira. Muitos cuidadores estão desempregados e sobrevivem dos recursos provenientes da própria aposentadoria do idoso que, em muitos casos, são insuficientes para atender as necessidades básicas do próprio idoso e também dos membros de uma família multigeracional (CAMARANO, 2004; GONÇALVES et al, 2006).

A qualidade do apoio familiar no cuidado de um idoso frágil pode ser extremamente importante para a longevidade desse idoso, uma vez que as famílias num contexto de alta vulnerabilidade social (aquelas que possuem condição

socioeconômica baixa e os chefes desse domicílio apresentam níveis baixos de renda e escolaridade) parecem não possuir recursos financeiros suficientes para suprir as necessidades básicas dos membros e, menos ainda, para contratar serviços de terceiros para apoiar o idoso (PAVARINI et al, 2009). Souza, Skubs e Brêtas (2007) também fazem essa afirmação em seu estudo quando relatam que a classe mais pobre é a que tem maiores dificuldades de amparar o idoso.

Uma das medidas que estão sendo usadas para representar a vulnerabilidade social no contexto paulista é o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). O IPVS leva em consideração a multideterminação da vulnerabilidade social e está sendo usado para subsidiar a definição de prioridades e estratégias da ação pública, visando o combate à pobreza. Este índice classifica os setores censitários do Estado de São Paulo segundo níveis de vulnerabilidade social a que estão sujeitos os seus residentes, com base nas características socioeconômicas e demográficas dos residentes no conjunto do Estado comparáveis entre si para os municípios do Estado de São Paulo (FUNDAÇÃO SEADE, 2007, p.5-6). Existem seis níveis de vulnerabilidade captados pelo IPVS:

“Grupo 1: Nenhuma vulnerabilidade: engloba os setores censitários em melhor situação socioeconômica (muita alta), com os responsáveis pelo domicílio possuindo os mais elevados níveis de renda e escolaridade. Apesar de o estagio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor do grupo, seus responsáveis tendem a ser mais velhos, com menor presença de crianças pequenas e moradores nos domicílios, quando comparados com o conjunto do Estado de São Paulo.

Grupo 2: Vulnerabilidade Muito baixa: abrange os setores censitários que se classificam em segundo lugar, no Estado, em termos da dimensão socioeconômica (média ou alta). Nessas áreas concentram-se, em média, as famílias mais velhas.

Grupo 3: Vulnerabilidade Baixa: formado pelos setores censitários que se classificam nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica e seu perfil demográfico caracteriza-se pela predominância de famílias jovens e adultas.

Grupo 4: Vulnerabilidade média: composto pelos setores que apresentam níveis médios na dimensão socioeconômica, estando em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio. Nesses setores concentram-se famílias jovens, isto é, com forte presença de chefes jovens (com menos de 30 anos) e de crianças pequenas.

Grupo 5: Vulnerabilidade Alta: engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda

e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.

Grupo 6: Vulnerabilidade Muito Alta: o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. “A combinação entre os chefes jovens com baixos níveis de renda e escolaridade e a presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza”.

Uma pesquisa realizada com octogenários cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família no município de São Carlos, SP, teve como objetivo identificar a relação entre uma medida de vulnerabilidade social (IPVS) e alguns indicadores de apoio familiar para idosos acima de 80 anos, com alterações cognitivas. Os dados mostraram que a grande maioria dos entrevistados morava com a família (88%). Em metade das famílias, os idosos moravam com mais um (41%) ou mais dois idosos (9%). Além disso, em média havia uma pessoa a mais, não idosa, morando no contexto familiar de alta vulnerabilidade do que no contexto de muito baixa vulnerabilidade (PAVARINI et al, 2009).

Conhecer a estrutura familiar, sem dúvida, é importante para implantar políticas de atenção à saúde do idoso. Dentro do contexto familiar, entretanto, existem relações afetivas e pessoais na construção histórica de cada um de seus membros, que precisam ser analisadas. A qualidade dessas relações familiares pode influenciar na qualidade do cuidado. Sabe-se que o vínculo emocional entre o idoso e seu cuidador é importante para que se construa uma relação de intimidade e confiança. Esse cuidado, porém, pode ser penoso e inadequado, tanto para o cuidador quanto para o idoso, quando as relações familiares se baseiam em tensão, crises e conflitos (PAVARINI et al, 2006). Souza, Skubs e Brêtas (2007) afirmam que as relações familiares não são neutras no que diz respeito ao cuidado do idoso. Neste sentido, é muito importante associar o papel da família do idoso à qualidade do cuidado, pois esta acompanha o cotidiano do mesmo, tendo que lidar com o processo do envelhecimento e com os problemas que o idoso pode vir a apresentar. Para Duarte e Barros (2000), a qualidade apresentada por essas relações parece ser mais significativa para os idosos. Isto é representado pelo potencial de relação de ajuda existente na família e que concretamente é reconhecido pelo idoso em caso de necessidade.

Em nosso contexto, a família geralmente constitui a primeira rede de apoio social do indivíduo, exercendo função protetora diante das tensões geradas pela vida cotidiana (BERNAL, 2003). Uma adequada funcionalidade familiar sugere que essa família esteja apta a absorver e lidar com situações de crise. Esse tipo de avaliação pode auxiliar os profissionais da área de saúde a planejarem suas intervenções (FREITAS et al, 2006). Por exemplo, um idoso que passa a necessitar de cuidados especiais no seu domicílio, que está sendo acompanhado pela Unidade de Saúde da Família certamente contará com esse apoio numa família que tenha um bom funcionamento, onde todos os membros estão dispostos a zelar por esse idoso, já que a família passa a maior parte do tempo com o idoso e sabe dizer aos profissionais de saúde quais são as maiores carências que esse indivíduo possui, auxiliando-os a desenvolver um plano de atendimento específico para aquele idoso, diferentemente se houvesse uma disfuncionalidade familiar.

Dessa forma, parece importante e pertinente compreender o contexto familiar de idosos e a funcionalidade da rede de apoio familiar a eles, especialmente os que moram em situações de maior vulnerabilidade social, pois infelizmente no Brasil, o crescimento dessa população ocorre em ambiente de pobreza e de grandes desigualdades sociais. Conhecer a funcionalidade de uma família possibilita desvelar seus pontos vulneráveis permitindo aos profissionais direcionarem sua assistência.

OBJETIVO GERAL

Este trabalho teve por objetivo analisar a funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas, cadastrados em Unidades de Saúde da Família, que moram em contextos de alta vulnerabilidade social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a estrutura familiar dos idosos pobres através do genograma.
- Avaliar o grau de dependência dos idosos no desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária, através do Índice de Katz para Atividades de Vida Diária e Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer.
- Identificar a funcionalidade familiar dos idosos, da família e dos cuidadores através do APGAR de família.
- Correlacionar a funcionalidade familiar com as variáveis número de pessoas na família, grau de dependência do idoso, gênero do cuidador e grau de parentesco com o idoso.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, baseado nos pressupostos da pesquisa quantitativa. Foi realizado no município de São Carlos, situado na região central do estado de São Paulo, fundado em 1857. Compreende uma grande diversidade nos setores industrial, educacional e da agricultura e tem se destacado como sendo uma das cidades da região com população em crescimento mais acelerado nos últimos cinco anos, em torno de 9,24%. Segundo o censo de 2000, a população da cidade era de 192.998 habitantes, 11% dos quais apresentando 60 anos ou mais. A estimativa da população para 2008 foi de 218.080 habitantes (IBGE, 2000b).

São Carlos contava no início desta pesquisa com doze equipes de Saúde da Família, distribuídas nas onze Unidades de Programa Saúde da Família existentes. O número de idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família em dezembro de 2007 era de aproximadamente 4700 pessoas, correspondendo a 8,7% do total de pessoas de todas as idades cadastradas.

Participantes

Foram sujeitos desta pesquisa pessoas com idade a partir de 60 anos, cadastradas e avaliadas em Unidades de Saúde da Família de regiões com alto índice de vulnerabilidade social (IPVS 5 e 6) (N=45) do município de São Carlos, que apresentaram resultado no Mini Exame do Estado Mental abaixo da nota de corte (de acordo com o grau de escolaridade, em estudo anterior), que não tinham comprometimentos graves de linguagem ou compreensão e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fizeram parte do grupo controle (N=43) idosos com alterações cognitivas, também cadastrados e avaliados em Unidades da Saúde da Família, com vulnerabilidade social muito baixa, baixa e média, respectivamente, IPVS 2, 3 e 4, que também estiveram dentro dos critérios de elegibilidade descritos no parágrafo anterior.

O Quadro 1 mostra as Unidades de Saúde da Família do município consideradas para definição da amostra com seus respectivos IPVS, idosos cadastrados, avaliados e com indicativo de alterações cognitivas.

Quadro 1. Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos elegidas para a amostra com seus respectivos IPVS, idosos cadastrados, avaliados e com indicativo de alterações cognitivas.

UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	IPVS	IDOSOS CADASTRADOS	IDOSOS AVALIADOS	MEEM ↓ (TOTAL)
Antenor Garcia	6	162	105	42
Jardim Gonzaga	5	208	92	43
Jardim Munique	4	287	204	27
Jardim São Carlos	2	574	156	44
Jockey Club	3	141	94	20
Tortorelli	4	206	104	19

Também participaram desse estudo os cuidadores familiares responsáveis pelo idoso em questão (N=72) e outros familiares que estavam presentes no momento da coleta de dados (N=45).

Os idosos com MEEM abaixo da nota de corte que moravam em regiões cobertas por Unidades de Saúde da Família que não possuíam IPVS ou com IPVS 1 foram excluídos. Foram desconsiderados os idosos relativos às USFs Água Vermelha e Santa Eudóxia por serem consideradas distritos de São Carlos. Foram excluídos também os idosos com alterações cognitivas graves, que apresentavam problemas de linguagem ou compreensão e aqueles que estavam em atendimento na Unidade Saúde Escola (USE), pois na USE são oferecidas orientações aos familiares dos idosos com alterações cognitivas sobre a doença e como cuidar desses idosos. Assim, poderia haver interferência nas respostas dos familiares relacionadas ao instrumento APGAR de família, sendo considerado um viés. Também foram excluídos os idosos que estavam com o resultado do MEEM acima da nota de corte (Notas de corte: analfabetos: 18 pontos, pessoas com um a três anos de escolaridade: 21 pontos, pessoas com quatro a sete anos de escolaridade: 24 pontos e pessoas com oito anos de escolaridade ou mais: 26 pontos) (NITRINI et al, 2005).

Método de obtenção da Amostra

Para a amostra piloto foram avaliados cinco idosos de cada uma das USF. Para o cálculo do tamanho da amostra foram utilizados dados da amostra piloto, na qual se observou uma proporção de 25% de idosos com algum grau de disfunção familiar nas Unidades de Saúde da Família com IPVS 5 ou 6, e de 21% nas Unidades de Saúde da Família com IPVS 2, 3 ou 4. Considerou-se um nível de 95% de confiança e uma precisão de 10%. Foi realizada alocação proporcional para distribuir a amostra pelos estratos. O Quadro 2 apresenta a amostra de idosos em cada uma das Unidades de Saúde da Família.

Quadro 2. Amostra de idosos em cada uma das Unidades de Saúde da Família.

UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)	IPVS	NÚMERO DE IDOSOS CADASTRADOS NAS USFs	IDOSOS AVALIADOS EM ESTUDO ANTERIOR	TOTAL DE IDOSOS AVALIADOS COM MEEM ↓	NÚMERO DE IDOSOS NA AMOSTRA (N)
Antenor Garcia	6	162	105	42	18
Jardim Gonzaga	5	208	92	43	27
Jardim Munique	4	287	204	27	7
Tortorelli	4	206	104	19	7
Jockey Club	3	141	94	20	5
Jardim São Carlos	2	574	156	44	27
TOTAL	—	1578	755	195	91

A amostra foi formada por 91 idosos cadastrados e avaliados em seis USF do município de São Carlos. Havia 1578 idosos cadastrados nas seis Unidades descritas no quadro acima. Destes, 755 idosos foram avaliados em um estudo anterior, dos quais 195 apresentaram resultados no MEEM abaixo da nota de corte.

Para a obtenção de uma amostra significativa, foram realizados testes estatísticos, obtendo-se uma amostra de 91 idosos. Porém, no presente estudo, houve três idosos que não puderam participar da coleta, pois pontuaram acima da nota de corte no MEEM, de acordo com a escolaridade. Por isso, foram excluídos. Assim, a amostra final foi de 88 idosos.

Método de Seleção dos Participantes para Amostra

Com base na listagem fornecida dos idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família, com resultado do MEEM abaixo do esperado, foi gerada uma coluna com uma seqüência de números aleatórios de uma distribuição uniforme, com valores entre 0 e 1. Em seguida a lista de cadastrados em cada uma das Unidades de Saúde da Família foi ordenada do menor valor para o maior (ordem crescente), e assim se obteve a seqüência de amostragem dos idosos, onde o primeiro elemento na lista ordenada deveria ser o primeiro a ser entrevistado e assim por diante até o elemento N. Caso a entrevista de algum elemento da amostra não tenha sido possível, passou-se para o próximo idoso da lista.

O software utilizado para a geração da distribuição foi o Excel.

Caracterização dos participantes

Foram realizadas entrevistas individuais e domiciliárias com 88 idosos em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Destes, 49% (n=43) pertencem a regiões de baixa e média vulnerabilidade social e 51% (n=45) a regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social.

A maioria dos idosos (65%) é do sexo feminino. Houve predomínio discreto da faixa etária de 80 anos e mais (26%) e da classe social C (44%).

A maioria dos idosos (45%) é casada ou vive com o companheiro, seguido pelos viúvos (41%). Somente 7% deles são solteiros e nunca se casaram. Os outros 7% são separados, desquitados ou divorciados.

Em relação à escolaridade, observa-se uma significativa porcentagem de idosos analfabetos (41%), seguidos de 38% com ensino fundamental incompleto,

14% de idosos com alfabetização de adultos, 6% com ensino fundamental completo, 1% com ensino médio completo e 1% com ensino superior completo.

Para a análise da renda dos idosos utilizou-se o valor do salário mínimo vigente na época da coleta dos dados, que era de R\$415,00. A maioria dos idosos possui de meio a um salário mínimo (68%), sendo que 63% dos idosos entrevistados são os principais responsáveis pela renda familiar. Já a renda média da família (idoso + pessoas que vivem na casa) é de um a dois salários mínimos (44%).

Dos idosos entrevistados, 98% relatam não trabalhar, enquanto que 2% ainda trabalham em período integral.

Em relação aos problemas de saúde referidos pelos idosos, os mais citados são hipertensão arterial (69%) seguido pela diabetes (23%).

Quanto aos convênios de saúde, 82% dos idosos não possui convênio particular de saúde, sendo todos usuários do Sistema Único de Saúde.

Na maior parte das famílias (35%) os idosos moram com mais uma pessoa na casa, em 28% dos casos os idosos moram com mais duas pessoas, 11% são famílias multigeracionais com cinco ou mais pessoas e 11% dos idosos vivem sozinhos.

O (a) filho (a) / enteado (a) é o parente mais citado que vive com o idoso (56%), seguido do (a) esposo (a) / companheiro (a) (45%) e dos netos (as) (28%).

Em 82% dos casos, os idosos relatam possuir um cuidador que na maioria das vezes, é a filha/enteada (42%), seguida pela esposa/companheira em 22% dos casos. Fato semelhante ocorre quando se trata do cuidador secundário, ou seja, 39% destes são representados pelas filhas/enteadas.

Procedimentos metodológicos

Em primeiro lugar, foi realizado o levantamento das Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos e identificado o setor censitário com o seu respectivo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS).

Os idosos foram identificados junto à equipe de Saúde da Família e selecionados os com alterações cognitivas, segundo dados recentemente coletados pelo Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento. Foram realizadas avaliações

individuais e domiciliárias, a partir de um agendamento prévio com as famílias. A coleta de dados consistiu de uma entrevista estruturada com os idosos e seus familiares utilizando-se: a) Cadastro da família (Apêndice A), b) Genograma para a compreensão da estrutura familiar (Anexo A), c) Mini Exame do Estado Mental para reavaliação das condições cognitivas (Anexo B), d) Índice de Katz para Atividades de Vida Diária, para avaliação do desempenho nas atividades básicas de vida diária (Anexo C), e) Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer para avaliação do desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (Anexo D), f) APGAR de Família para avaliar a funcionalidade familiar (Anexo E), g) Critério Brasil para classificar economicamente as famílias entrevistadas (Anexo F), h) Complemento dos dados do cuidador primário (Apêndice B).

Com o cuidador familiar responsável pelo idoso (N=72) foram aplicados o Critério Brasil, o Índice de Katz, o Questionário de Pfeffer e o APGAR de Família, separadamente do idoso.

Com os idosos (N=88) foram aplicados o Mini Exame do Estado Mental e o APGAR de Família, separadamente do restante da família, a fim de evitar possíveis influências familiares nas respostas dadas pelo idoso.

O APGAR de Família foi aplicado também a todos os membros da família que estavam presentes durante a coleta de dados (N=45). O Genograma e o cadastro da família foram confeccionados com o auxílio de todos os membros da família que estavam presentes no momento da entrevista.

Instrumentos

Critério de Classificação Econômica Brasil: é o critério padrão de classificação econômica da população brasileira, que foi desenvolvido a partir do levantamento socioeconômico realizado pelo IBOPE. Foi homologado em 1997 e, a partir de 2002, passou por inúmeras revisões, até que a última versão é a de 2008. O sistema de pontos atribuídos a itens tem se mostrado mais simples e menos sujeito a erros por parte do entrevistador. A padronização do sistema em todo o território brasileiro permite ao mercado comparar resultados de pesquisas realizadas em diferentes locais, empresas e períodos. Tem como objetivos: discriminar grandes grupos de acordo com sua capacidade de consumo de produtos e serviços acessíveis a uma parte significativa da população; classificar os domicílios, assumindo, como

pressuposto, que a classe é uma característica familiar e utilizar informações objetivas e precisas de fácil coleta e operacionalização. É realizada a soma dos pontos de acordo com o grau de escolaridade do chefe da família e a posse dos itens listados nesse instrumento. A partir dessa pontuação, o entrevistador sabe a qual classe (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E) pertence a família entrevistada (ABEP, 2008).

Genograma: é o diagrama do grupo familiar que detalha a estrutura e o histórico familiar. O entrevistador deve iniciar a construção desse diagrama fazendo a seguinte pergunta: Quem faz parte da sua família? . Mendel o introduziu para descrever as linhas de transmissão familiar de algumas enfermidades através de diferentes gerações. Consiste na elaboração da árvore da família e caracteriza-se como uma representação gráfica desta, incluindo nos instrumentos dados demográficos (idade, naturalidade, nível educacional, ocupação, entre outros), de posição funcional e recursos (estado de saúde, interesses, atividades de lazer, aspectos psicológicos, emocionais e suporte social) e acontecimentos críticos na dinâmica familiar (sucessos e realizações, prejuízos, períodos de transição da família, experiência de vida e crises). Inclui pelo menos três gerações, sendo que as anotações são feitas seguindo a ordem cronológica, ou seja, do mais velho para o mais novo, da esquerda para a direita em cada uma das gerações. São usados diferentes símbolos para eventos importantes como nascimento, morte, casamento e separação (HERT, 1989; WRIGHT; LEAHEY, 2002; QUEIROZ, 2003; MACHADO et al, 2005).

Mini Exame do Estado Mental: foi desenvolvido por Folstein e colaboradores em 1975. É um instrumento de rastreamento de deterioração cognitiva, utilizado internacionalmente, que fornece informações sobre diferentes dimensões cognitivas. Sinaliza se é provável que haja alguma alteração cognitiva e em que área. No Brasil, o Mini Exame do Estado Mental foi traduzido, adaptado e validado por Bertolucci et al (1994). Envolve categorias de respostas verbais e não verbais, medindo os seguintes aspectos cognitivos: orientação espaço-temporal, memória imediata ou operacional, de evocação e de procedimento, atenção, linguagem e coordenação perceptivo-motora. O teste é composto por 12 itens, com pontuação máxima de 30

pontos. A nota de corte, pontuação que indica provável presença de alterações cognitivas, varia de acordo com o nível de escolaridade dos indivíduos, como vemos a seguir:

Analfabetos (se souber escrever o nome, mas não freqüentou a escola) ... 18 pontos
 Alfabetização de adultos (1 a 3 anos de escolaridade) 21 pontos ou mais
 Ensino fundamental incompleto (4 a 7 anos de escolaridade)24 pontos ou mais
 Ensino fundamental completo (8 anos de escolaridade)26 pontos ou mais
 Ensino médio incompleto (9 a 11 anos de escolaridade)26 pontos ou mais
 Ensino médio completo (12 anos de escolaridade)26 pontos ou mais
 Ensino superior incompleto (mais de 12 anos de escolaridade)26 pontos ou mais
 Ensino superior completo (mais de 12 anos de escolaridade)26 pontos ou mais

(ALMEIDA, 2000; TOMBAUGHT E MCINTYRE, 1992; NITRINI et al, 2005; FOLSTEIN et al, 1975).

APGAR de Família: O Apgar de Família ou Family Apgar, desenvolvido por Smilkstein em 1978, é um instrumento composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva. No Brasil, o APGAR de família foi traduzido, adaptado e validado para ser aplicado em idosos (DUARTE, 2001; SMILKSTEIN, 1978). O acrônimo **APGAR**, proveniente da língua inglesa, deriva de:

Adaptation (Adaptação): representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares para a resolução de problemas que alteraram o equilíbrio da referida família;

Partnership (Companheirismo): representa a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. É a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a proteger seus membros;

Growth (Desenvolvimento): representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcançar a maturidade ou desenvolvimento emocional. É a maturidade emocional e estrutural da família bem como o seu desenvolvimento obtido por meio do apoio, auxílio e orientações mútuas;

Affection (Afetividade): representa a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais no âmbito familiar. É a relação afetiva que existe entre os componentes familiares;

Resolve (Capacidade resolutiva): representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. É a decisão, resolutividade existente em uma unidade familiar.

O termo APGAR, no entanto, é universalmente reconhecido como a mensuração numérica do status de saúde de recém-nascidos. Analogamente, o “Family APGAR” de Smilkstein, permite a avaliação dos cinco componentes citados anteriormente, aos quais são atribuídos escores que, ao final, são somados resultando num escore total cujo valor numérico relaciona-se diretamente com a condição da funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta disfuncionalidade) (DUARTE, 2001).

Índice de Katz para Atividades de Vida Diária: foi desenvolvido por Sidney Katz em 1963. Aborda áreas como banho, capacidade para vestir-se, usar o banheiro, locomoção, continência e alimentação. Há três escores possíveis para cada um dos itens, de acordo com o nível de dependência do paciente: independente, necessita de assistência e dependente. Esta escala pode ser respondida pelo cuidador ou pelo próprio idoso (KATZ et al, 1963; NITRINI et al, 2005). Segundo revisão bibliográfica feita por Paixão Jr. e Reichenheim (2005, p. 14) o Índice possui “validade conceitual, preditiva e concorrente” e sua validade foi considerada boa. Ele também é o segundo instrumento mais utilizado para este fim, encontrado na literatura.

Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer: foi desenvolvido por Pfeffer e colaboradores em 1982. Avalia as atividades instrumentais de vida diária, tais como controlar finanças pessoais, cozinhar, compreender o meio em que vive, entre

outros. Este instrumento possui dez questões. Em cada questão, o idoso pode obter de 0 a 3 pontos, totalizando um máximo de 30 pontos. Entretanto, uma pontuação maior ou igual a cinco pontos já caracteriza o idoso como dependente. As questões são respondidas preferencialmente pelo cuidador, mas na ausência deste, o próprio idoso pode responder desde que não apresente alterações cognitivas (PFEFFER et al, 1982).

Cadastro da família: foi construído um instrumento para a caracterização da família contendo dados como nome, idade, sexo, estado civil, nível educacional, ocupação, renda, entre outros.

Complemento dos dados do cuidador primário: foi elaborado um instrumento para complementar os dados de caracterização do cuidador primário do idoso existentes no cadastro da família.

Procedimentos éticos

Por tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram observados e respeitados os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 196/96 regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde, assegurando aos participantes sua desvinculação da pesquisa no momento em que desejassem, assim como a manutenção de sigilo quanto às informações coletadas e da privacidade dos mesmos, dentre outros (BRASIL, 1997).

Os idosos e seus familiares foram informados claramente dos objetivos das avaliações e nenhum procedimento foi realizado sem o esclarecimento e consentimento prévio dos idosos. Os idosos, seus familiares e a equipe da Unidade de Saúde da Família puderam ter acesso aos resultados das avaliações dessa pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) foi assinado pelo idoso e pelo seu familiar responsável, visto que o idoso poderia apresentar alterações cognitivas mais acentuadas, não compreendendo tal Termo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (Parecer 253/ 2008).

Relato sobre a coleta de dados

Cabe ressaltar que para a etapa de coleta de dados, foi previsto um treinamento prévio para aplicação dos instrumentos pela líder do grupo de pesquisa Saúde e Envelhecimento. A coleta de dados teve início após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tanto pelo idoso portador de alterações cognitivas quanto pelo cuidador primário ou familiar responsável. Foram realizadas visitas domiciliares previamente agendadas, nas residências dos 88 idosos. Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2008, pela mestrande e por duas alunas do curso de graduação em Enfermagem que eram bolsistas de iniciação científica. Quando os dados foram coletados com os idosos, a família e cuidador retiravam-se do local onde estava o entrevistador e o idoso, a fim de descartar interferências. O mesmo era feito com os outros participantes. A duração média de cada entrevista realizada foi de aproximadamente 45 minutos. As anotações foram realizadas imediatamente após cada resposta dada pelo sujeito.

Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram analisados por meio de métodos estatísticos, correlacionando a funcionalidade familiar com as variáveis número de pessoas na família, grau de dependência do idoso, gênero do cuidador e grau de parentesco com o idoso. Teste estatístico Mann-Whitney e coeficiente de Spearman foram alguns dos procedimentos estatísticos realizados. Para comparar os resultados entre os participantes dependentes e independentes (segundo o Índice de Katz) utilizou-se o teste-t e para investigar a relação entre a idade dos participantes e os valores do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer utilizou-se o teste de correlação de Kendall. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Os dados tabulados foram apresentados sob a forma de gráficos ou tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em três partes. A primeira apresenta uma caracterização dos idosos quanto aos dados sócio - demográficos e funcionalidade, a segunda descreve o contexto familiar dos idosos e a terceira parte relata os resultados da funcionalidade familiar do ponto de vista dos idosos, dos cuidadores e da família dos idosos.

PARTE 1. CARACTERIZANDO OS IDOSOS

1 Condições sócio-demográficas dos idosos

Foram realizadas entrevistas individuais e domiciliárias com 88 idosos em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Destes, 49% (n=43) pertencem a regiões de baixa e média vulnerabilidade social e 51% (n=45) a regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social (Gráfico 1).

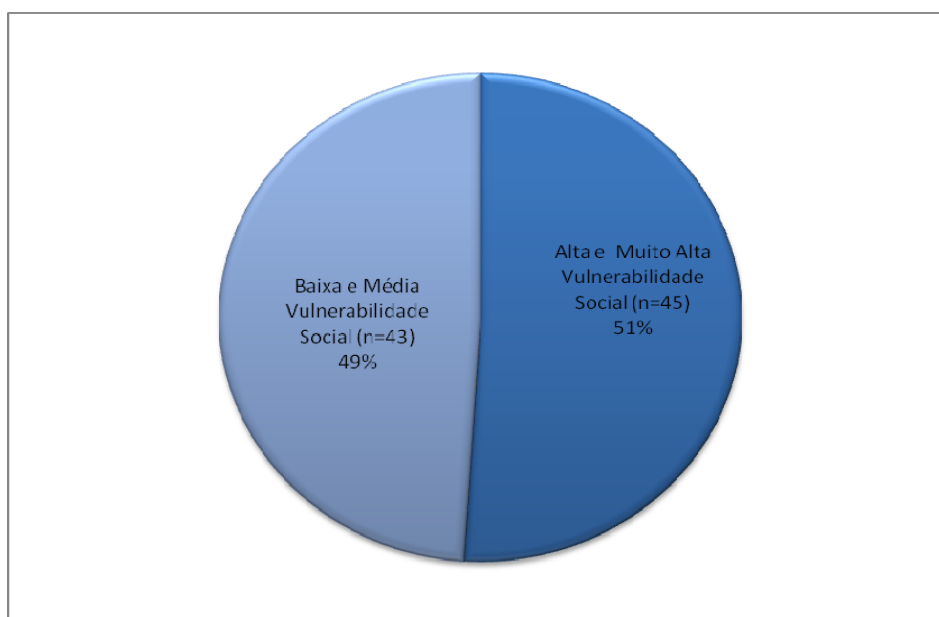


Gráfico 1 – Distribuição dos idosos por regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

Nas regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social, há predomínio do sexo feminino (77%), da faixa etária dos 60 aos 75 anos (77%), ou seja, de idosos jovens, e da classe social C (53%), conforme Gráficos 2, 3 e 4, respectivamente.

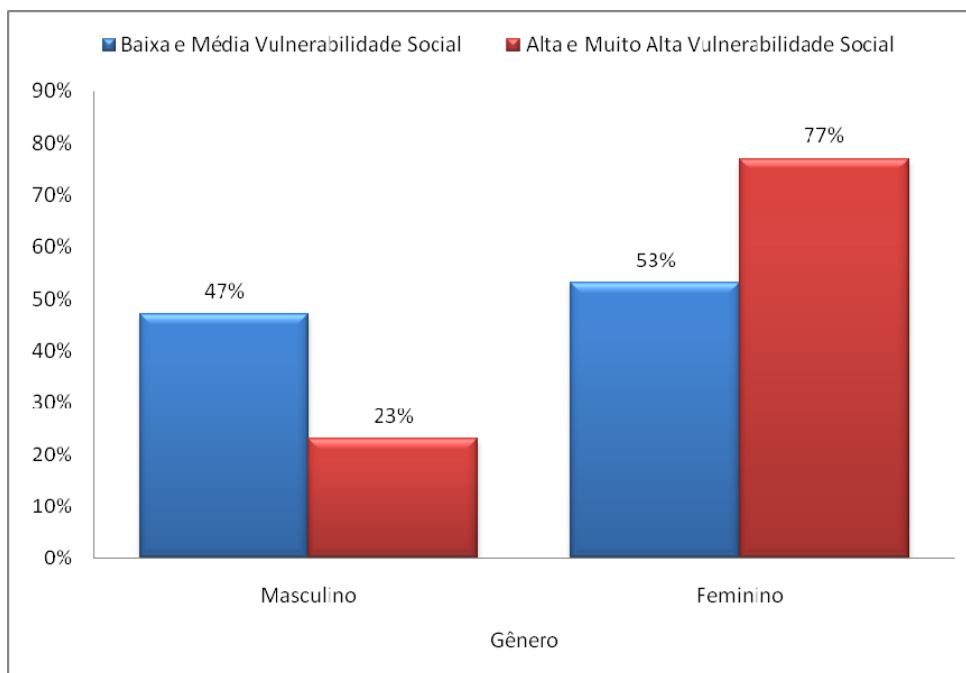


Gráfico 2 – Distribuição dos idosos segundo o gênero e as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

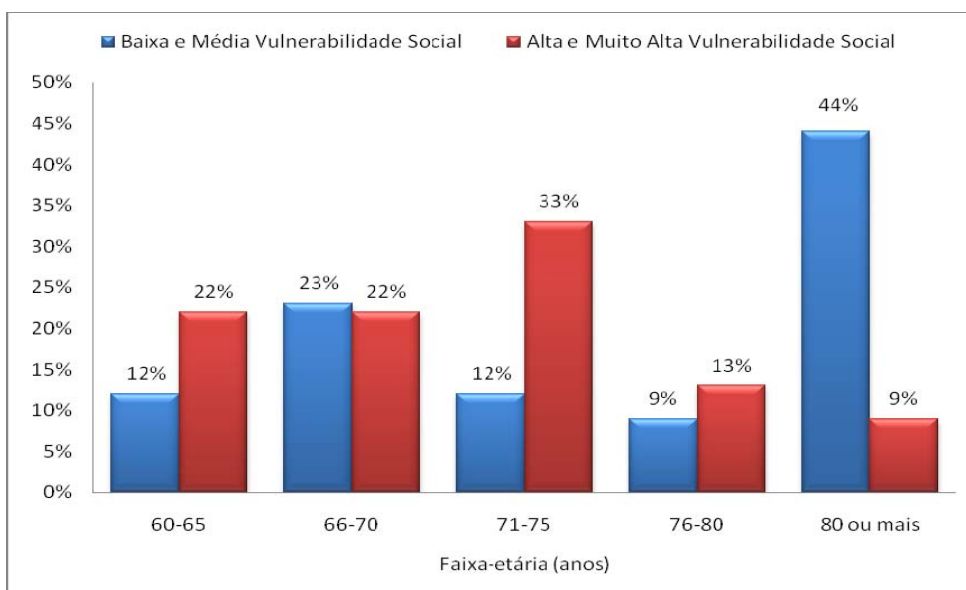


Gráfico 3 – Distribuição dos idosos segundo a faixa etária e as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

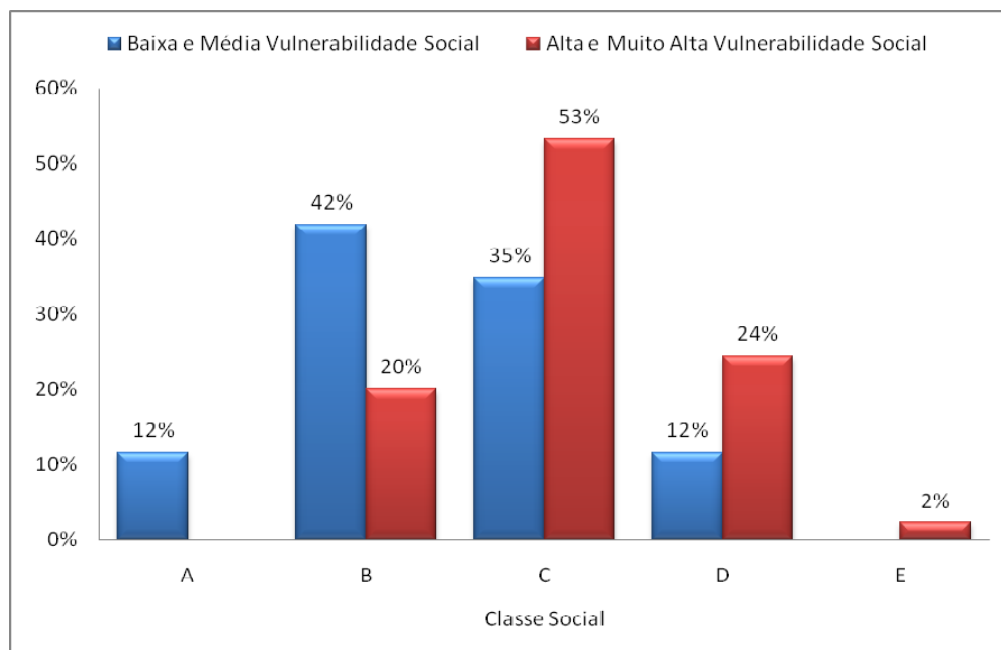


Gráfico 4 – Distribuição dos idosos segundo a classe social e as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

Estes números são semelhantes aos encontrados por Feliciano, Moraes e Freitas (2004), em um estudo feito com 523 idosos, no município de São Carlos, no bairro Cidade Aracy, onde há predomínio de pessoas consideradas como de baixa renda. Esta pesquisa mostrou que aproximadamente 55% dos idosos entrevistados pertenciam ao sexo feminino e que 80,9% da amostra era composta por idosos com idade entre 60 a 74,9 anos.

Lemos, Gazzola e Ramos (2006) também encontraram dados semelhantes em seu estudo realizado com 45 idosos e 29 cuidadores em São Paulo, o qual mostrou que a amostra de idosos apresentou uma maioria feminina (72,4%), média etária de 79,17 anos, sendo a maior concentração de idade na faixa etária de 71 a 80 anos.

Uma pesquisa realizada por Luzardo, Gorini e Silva (2006) no Serviço de Neurogeriatria do Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre teve como sujeitos 36 idosos com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores. Os resultados mostram que a maioria dos idosos era do sexo feminino (66,7%), com idades variando de 61 a 86 anos.

Marra et al (2007) realizaram um trabalho com o objetivo de comparar o desempenho de idosos com diferentes níveis de gravidade de demência em questionários de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Foram sujeitos

desse trabalho 90 idosos com diagnóstico clínico de demência, atendidos no Centro de Referência do Idoso-MG. Os resultados mostraram uma predominância de pessoas do sexo feminino (75,5%), com idade média de 75,46 anos.

No estudo de Bustamante et al (2003), realizado com o objetivo de investigar a combinação de uma escala de avaliação funcional com um teste cognitivo na precisão do diagnóstico de demência, encontraram uma idade média de 73,9 anos e maior proporção de indivíduos do sexo feminino (53%).

Herrera Júnior et al (2002), com o objetivo de investigar a prevalência de demência e a frequência relativa das causas dos processos demenciais em uma população de idosos comunitários da cidade de Catanduva, São Paulo, encontraram uma predominância de indivíduos com idade entre 65 e 74 anos (65%), do sexo feminino (59%) e uma proporção de 34,2% classificados como analfabetos, sendo a doença de Alzheimer o diagnóstico mais comum de demência (55,1%).

O estudo de Oliveira (2006) foi realizado com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde dos idosos com declínio cognitivo e conhecer as reais necessidades de ajuda e a ajuda recebida pela rede de apoio, segundo arranjos domiciliares e a rede de suporte social. Para isso, contou com os dados do Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) na América Latina e Caribe, desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde e realizado em sete países, para conhecer as demandas de saúde que poderão emergir da população que se tornou rapidamente idosa. No Brasil, o Estudo SABE foi realizado no município de São Paulo com 2143 idosos. Em relação aos idosos com declínio cognitivo, 67,4% são do sexo feminino, com predomínio da faixa etária de 80 anos e mais (40,1%).

Enfim, observa-se o predomínio de mulheres principalmente entre as faixas etárias mais avançadas com declínio cognitivo. Esse dado pode ser corroborado com outras pesquisas recentes (TOGNONI et al, 2005; LOPES; BOTTINO, 2002; NITRINI et al, 2004).

Os idosos que vivem em contextos de alta e muito alta vulnerabilidade social são, na maioria dos casos, casados (60%), seguidos pelos viúvos (29%), como se observa no Gráfico 5.

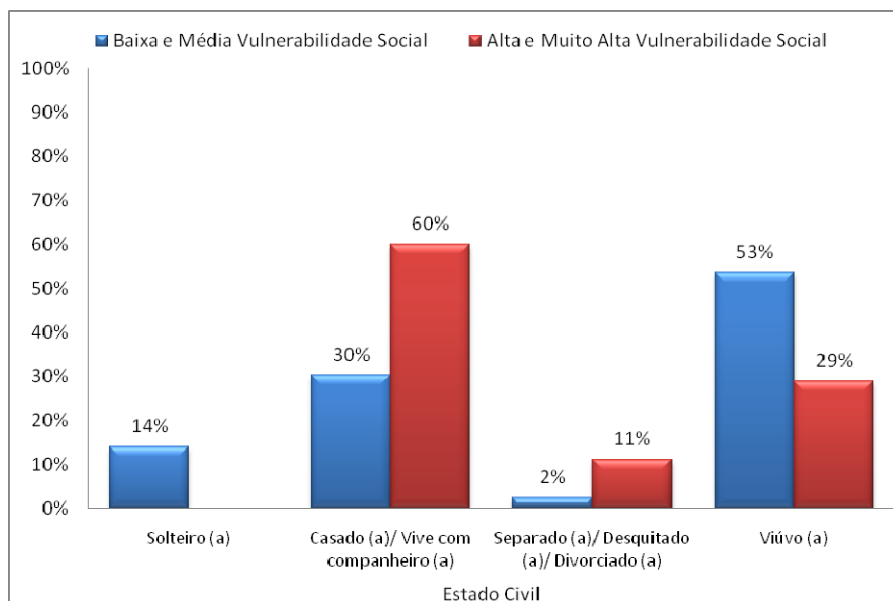


Gráfico 5 – Distribuição dos idosos segundo o estado civil e as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

Estes resultados se assemelham aos encontrados por Feliciano, Moraes e Freitas (2004), em que 61,6% dos idosos vivem com companheiro.

Romero (2002), em seu estudo com 19727 idosos encontrou que a maioria dos homens (80,9%) morava com seu cônjuge, mas que as mulheres viviam em arranjos diversos, mas ainda prevalecendo a maioria (46%) com o cônjuge. Luzardo, Gorini e Silva (2006) revelaram que 50% dos idosos eram casados. Já Pereira et al (2006) mostraram que de 211 idosos estudados, 62,6% viviam com companheiros. Um outro estudo que nos mostra resultados diferenciados é o de Lemos, Gazzola e Ramos (2006), que encontraram que 48,3% dos idosos entrevistados eram viúvos e 10,3% solteiros. Marra et al (2007) entrevistaram 90 idosos e, destes, 45,5% eram casados e 46,7% eram viúvos.

No Estudo SABE, a maioria dos idosos com declínio cognitivo era viúva (48,2%), seguidos pelos casados (30,2%) (LEBRÃO, 2003; CERQUEIRA, 2003; OLIVEIRA, 2006).

O Gráfico 6 mostra que 51% dos idosos entrevistados nunca estudaram ou tiveram apenas o ensino fundamental incompleto (31%).

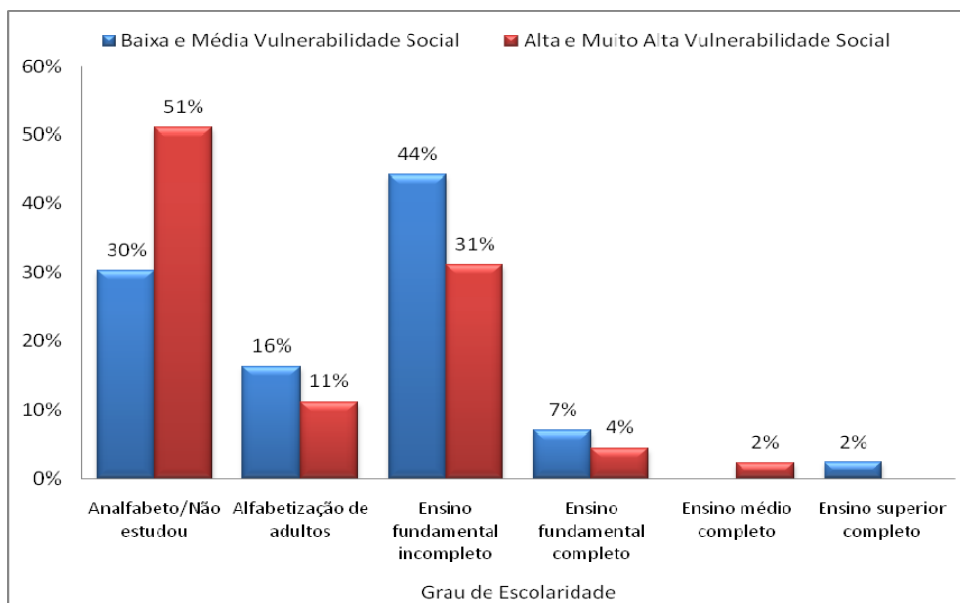


Gráfico 6 – Distribuição dos idosos segundo o grau de escolaridade e as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

Em relação à escolaridade, o estudo de Feliciano, Moraes e Freitas (2004) mostrou que 56,3% eram analfabetos, 26,2% possuíam de um a três anos de escolaridade, 15% de quatro a sete anos, 2,5% com oito anos ou mais.

Lemos, Gazzola e Ramos (2006) mostraram em seu estudo que a maioria dos idosos tiveram até quatro anos de estudo (62,1%). Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Luzardo, Gorini e Silva (2006), na qual mostrou que a escolaridade variava em torno de quatro anos.

No Estudo SABE (2003), os idosos com declínio cognitivo apresentaram escolaridade em torno de um a seis anos (54,1%), seguidos pelos idosos sem escolaridade (43,1%).

O estudo de Marra et al (2007) mostrou que 56,6% da população possuía de 1 a 7 anos de escolaridade.

Dados do último Censo revelam que 64,8% dos idosos brasileiros e 79,4% dos idosos de São Carlos são alfabetizados (IBGE, 2000 a, 2000 b).

Os idosos que vivem em ambientes de alta ou muito alta vulnerabilidade social possuem de meio a um salário mínimo (69%) (Gráfico 7), sendo que 64% dos idosos são os principais responsáveis por essa renda familiar (Gráfico 8). A renda média dos membros de sua família varia de menos de um a dois salários mínimos (76%), como mostra o Gráfico 9. Noventa e seis por cento dos idosos que vivem em contextos de alta e muito alta vulnerabilidade social não

trabalham, ou seja, a renda destes é proveniente de aposentadoria ou pensão (Gráfico 10).

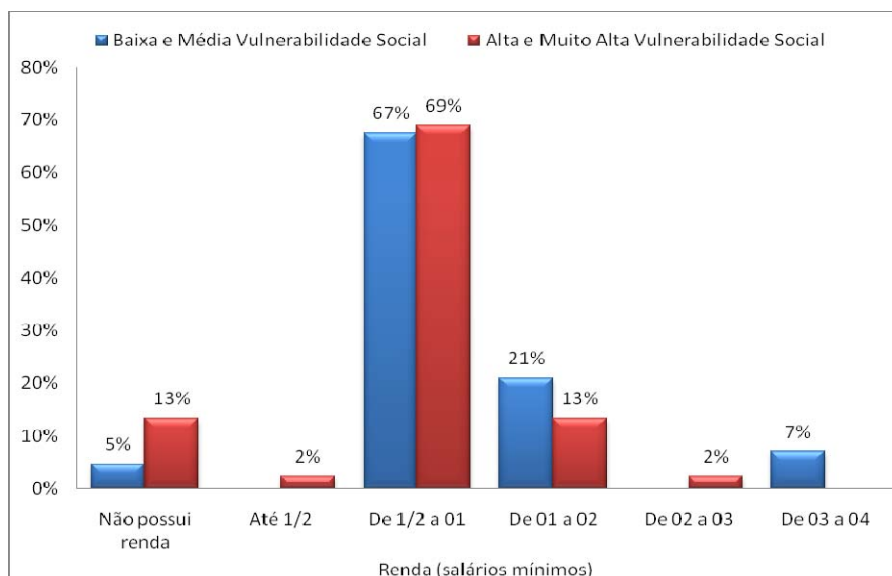


Gráfico 7 – Distribuição dos idosos segundo a renda e as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

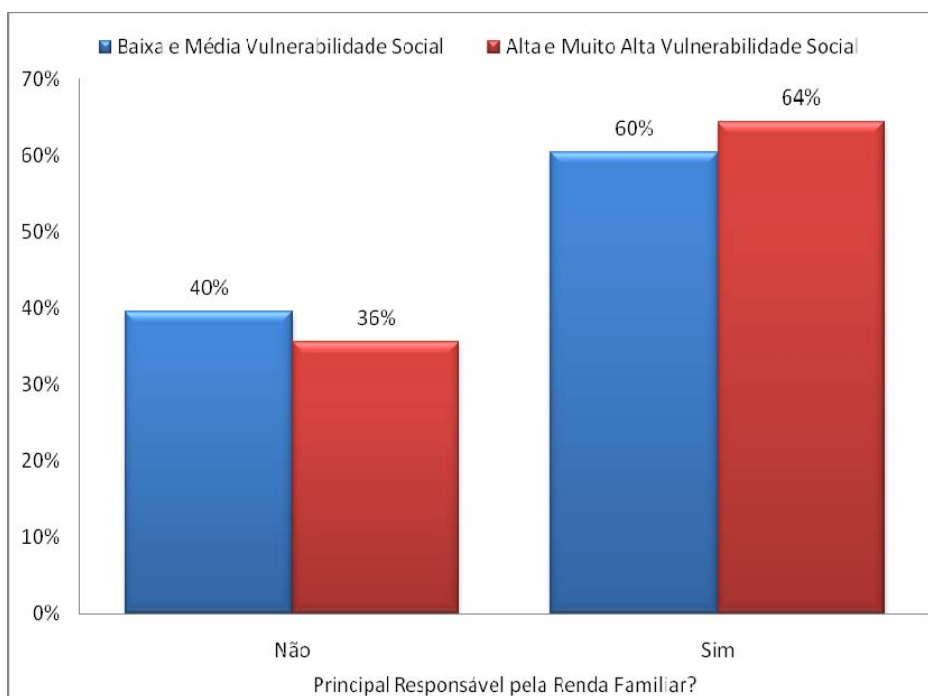


Gráfico 8 – Distribuição dos idosos segundo as regiões de vulnerabilidade social e se o idoso é o principal responsável pela renda familiar. São Carlos, 2009.

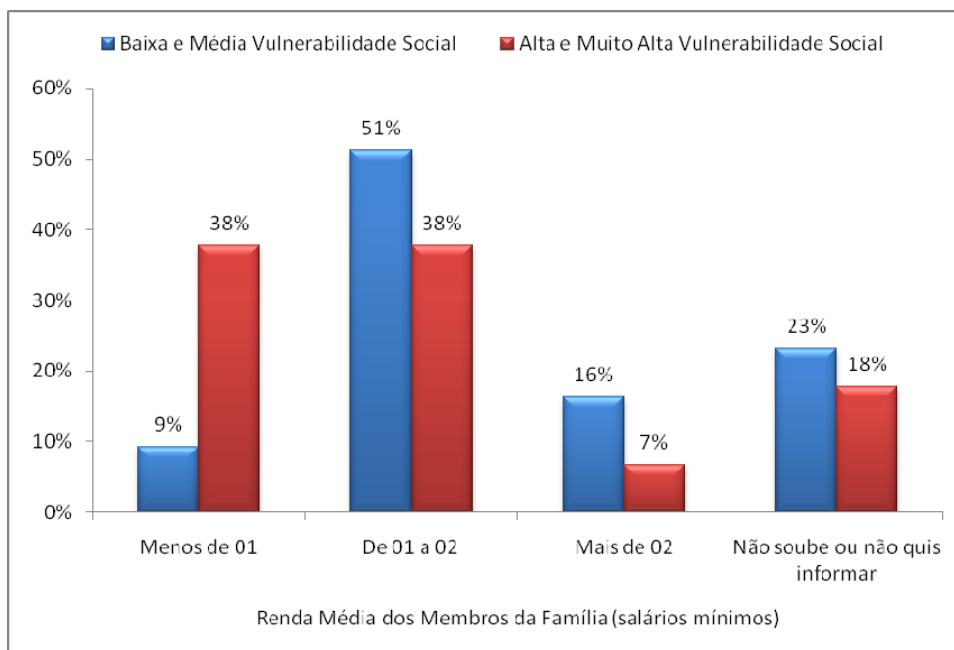


Gráfico 9 – Distribuição da renda média dos membros da família e as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

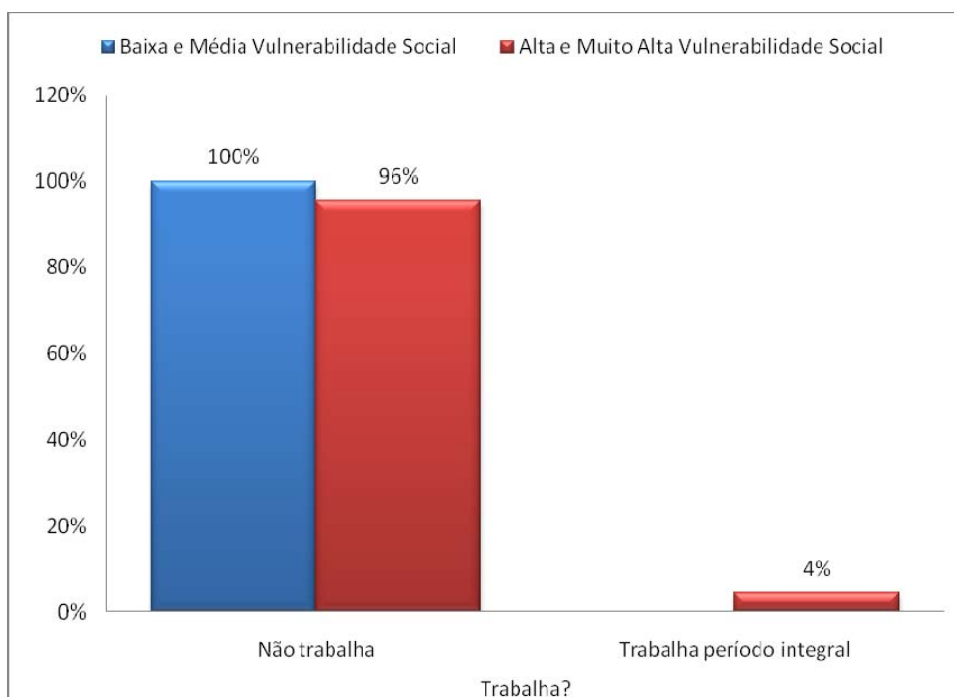


Gráfico 10 – Distribuição dos idosos que trabalham ou não segundo as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

O estudo de Feliciano, Moraes e Freitas (2004) mostra que 82,8% dos idosos também não exercem atividade remunerada e 75,2% deles recebem aposentadoria.

Utilizando-se de dados do IPEA, Areosa e Areosa (2008) afirmam que a aposentadoria tem-se transformado na única fonte de renda de 12 milhões de famílias brasileiras.

Souza, Skubs e Brêtas (2007) afirmam que os idosos mais pobres se mostram mais ativos na dinâmica familiar, seja sustentando ou ajudando no sustento dos membros da família, sendo o idoso um provedor fundamental.

Rosa (2004) salienta que raramente é citado na literatura o papel do idoso como cuidador ou provedor de apoio familiar, principalmente nas mais pobres. Afirma também que, em muitos casos, o idoso é o provedor do sustento ou exerce o papel de cuidar dos netos enquanto os outros membros da família trabalham fora do espaço doméstico.

Saad (2003) também se refere a esta questão quando menciona que estudos recentes sobre a população idosa brasileira têm trazido a existência de um importante e crescente fluxo de apoio no sentido que vai do idoso à família, e que, muitas vezes, chega a se equiparar em intensidade ao fluxo no sentido inverso.

Caldas (2003) coloca que, apesar do idoso brasileiro nos estratos mais pobres contribuir com sua renda para o sustento da família, nem sempre ele recebe o respaldo de que necessita, tanto por insuficiência de recursos quanto pelas dificuldades da família no cuidado, assim como por necessidades materiais, emocionais ou de informação. Dessa forma, participar das relações de troca com seus familiares, seja com dinheiro ou no cuidado dos netos, não dá garantia ao idoso de que a família terá recursos para apoiá-lo.

Para Camarano (2004), um dos aspectos que compromete o cotidiano da maioria das famílias cuidadoras da camada mais pobre da população é a dificuldade financeira. Muitas vezes as famílias sobrevivem dos recursos provenientes da própria aposentadoria do idoso que, em muitos casos, são insuficientes para atender as necessidades básicas do próprio idoso e também dos membros de uma família multigeracional.

O Gráfico 11 mostra que 91% dos idosos que vivem em contextos de alta ou muito alta vulnerabilidade social não possuem convênio de saúde e recorrem ao Sistema Único de Saúde quando precisam de atendimento.

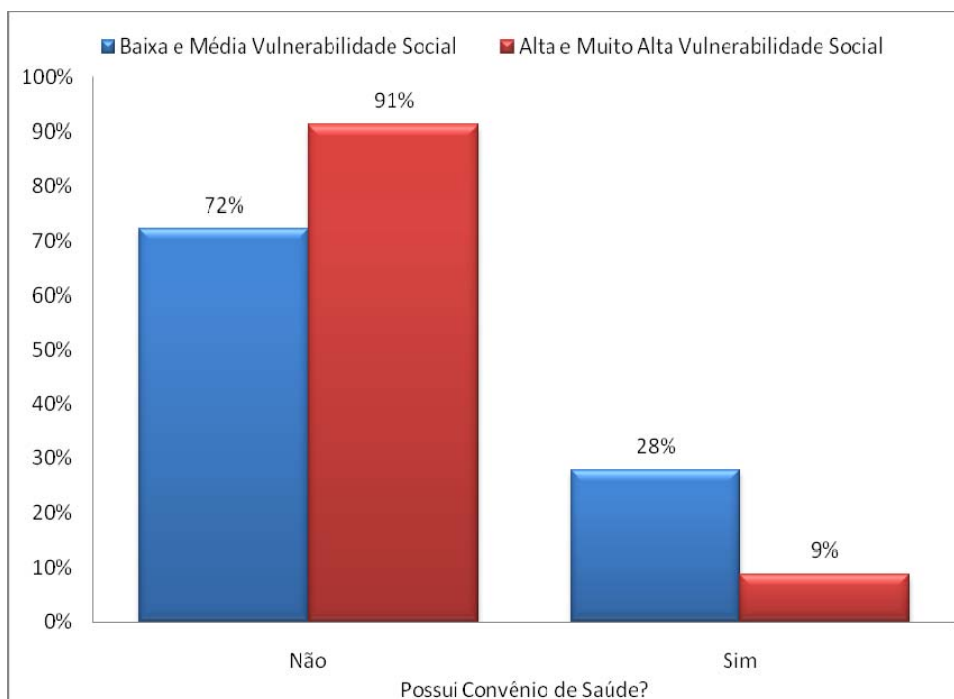


Gráfico 11 – Distribuição dos idosos segundo o convênio de saúde e as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

No contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social, apenas 7% dos idosos vivem sozinhos, 38% vivem com mais uma pessoa, 33% vivem com mais duas pessoas e 20% vivem com quatro pessoas ou mais, conforme Gráfico 12.

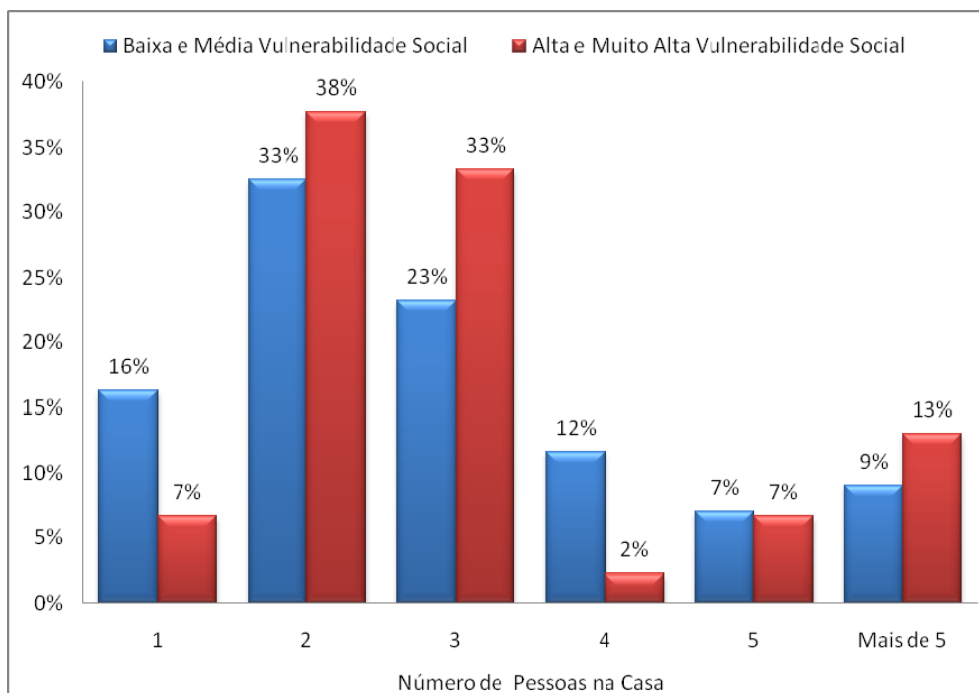


Gráfico 12 – Distribuição do número de pessoas que vivem na mesma casa segundo as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

Um total aproximado de idosos vivendo sozinhos (12,2%) foi encontrado por Feliciano, Moraes e Freitas (2004) no bairro Cidade Aracy em um município do interior paulista. Para as autoras, em relação às características de composição familiar, a condição de vida encontrada entre os idosos residentes na periferia do município de São Carlos, mostrou que metade deles tem convivido em lares multigeracionais.

Dados diferenciados foram encontrados em um estudo realizado com 49 idosos, em uma cidade do interior paulista, no qual o número médio era de três pessoas mais o idoso vivendo no mesmo domicílio. A maior parte dos idosos (32,6%) morava com mais duas pessoas na mesma casa e aproximadamente 20% viviam com mais três pessoas (PAVARINI et al, 2008).

Luzardo, Gorini e Silva (2006) relataram em seu estudo que o número de residentes por moradia, incluindo o idoso, era de até três pessoas (83,3%) e o restante convivia com mais de três pessoas no mesmo domicílio. Esses dados se assemelham aos resultados obtidos neste estudo.

Camargos, Machado e Rodrigues (2007) realizaram uma pesquisa com o objetivo de analisar a relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos, utilizando como base de dados o Projeto Sabe. Os resultados mostraram que entre os idosos com elevado nível de renda e educação, as chances de viverem sozinhos são maiores.

Yazaki (1992) analisou os arranjos domiciliares e o suporte familiar oferecido a 66 idosos do município de São Paulo, pertencentes a arranjos de duas ou três gerações, segundo a renda. A autora destaca que, de modo geral, o motivo que desencadeia os arranjos multigeracionais é a falta de autonomia econômica e/ou física dos idosos, embora tenham sido observados problemas econômicos por parte dos filhos, fazendo com que ambos se beneficiem desse tipo de arranjo.

Para Camarano e El Ghaouri (2003), a co-residência pode ser considerada uma estratégia das famílias para beneficiar tanto as gerações mais velhas como as mais jovens e, no nosso país isso pode significar melhora nas condições de vida.

Várias pessoas morando na mesma residência pode ser um fator benéfico tanto para os idosos quanto para o cuidador primário, pois há maiores chances desse idoso ser cuidado por alguém e não haver sobrecarga para uma única pessoa.

Assim, Gonçalves et al (2006), relata que a convivência intergeracional tem-se mostrado positiva à medida que membros da família assumem o papel de cuidadores secundários, minimizando situação geradora de estresse sobre a cuidadora principal.

Quanto aos problemas de saúde mais referidos pelos idosos encontram-se hipertensão arterial em 73% dos casos e diabetes em 18%, como mostra o Gráfico 13.

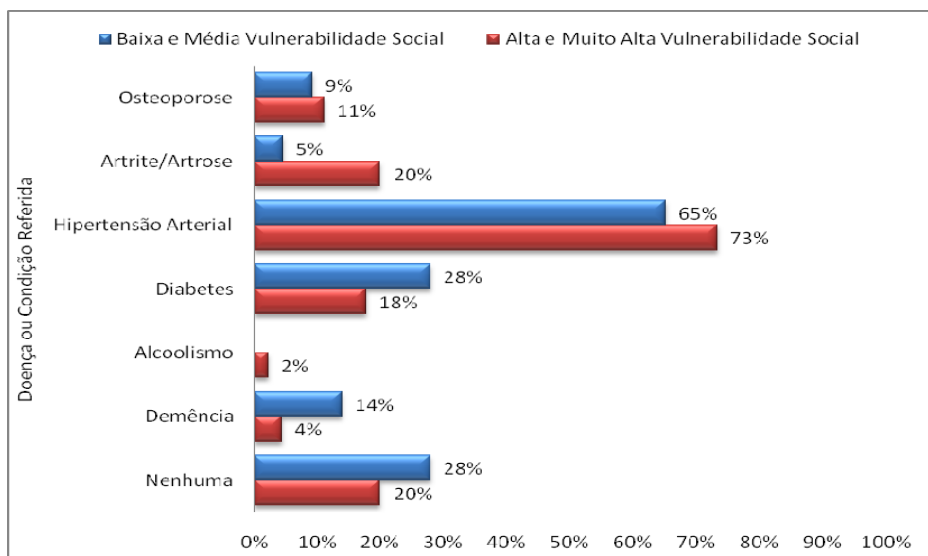


Gráfico 13 – Distribuição dos idosos por condição referida segundo as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

O estudo feito por Feliciano, Moraes e Freitas (2004) também verificou a morbidade referida pelo idoso, obtendo um percentual de 61% de idosos referindo a hipertensão arterial e 19,5% a diabetes. Para as autoras, pessoas que vivem em situação econômica precária estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer, quadro este que se intensifica em populações mais desprotegidas ou vulneráveis, como os idosos.

Gonçalves et al (2006) também questionaram sobre a situação de saúde, doenças ou problemas que afetavam os idosos. Os resultados mostraram que 75,6% referiram sofrer de hipertensão arterial, 49,5% problemas cardiovasculares, 53% diabetes mellitus e 29,5% conseqüências de AVC, muitas vezes em situações de comorbidade.

Rodrigues et al (2008) realizaram um estudo com 195 idosos atendidos em um serviço ambulatorial de um hospital escola de Ribeirão Preto-SP, a

fim de identificar a interferência de morbidades na capacidade funcional desses idosos. Como resultados, obtiveram que 72,3% dos idosos apresentavam hipertensão arterial, seguidas de artrose (24,1%), artrite (23%) e diabetes (21,5%).

Em relação aos cuidadores primários, 80% dos idosos que vivem em contextos de pobreza afirmam possuir um cuidador (Gráfico 14), sendo este as filhas/enteadas em 39% dos casos, seguido de esposas/companheiras em 33% dos relatos (Gráfico 15). Em relação ao cuidador secundário, 47% são representadas pelas filhas/enteadas (Gráfico 16).

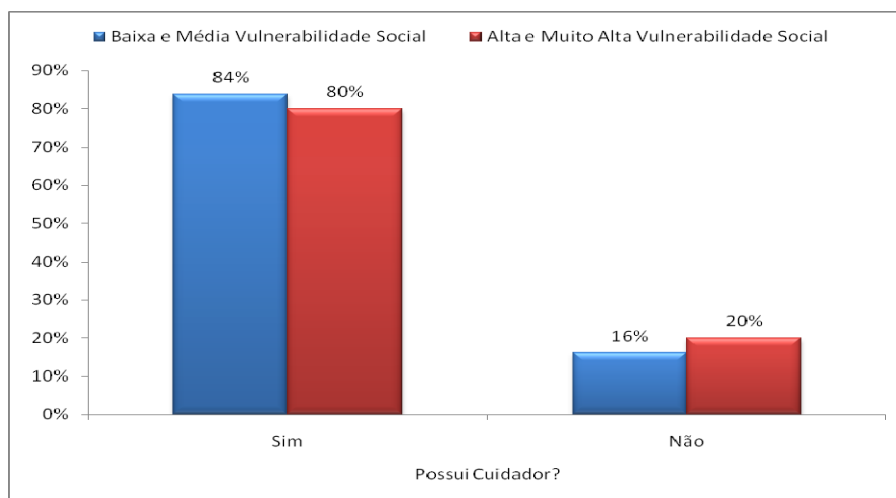


Gráfico 14 – Distribuição dos idosos que possuem ou não um cuidador segundo as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

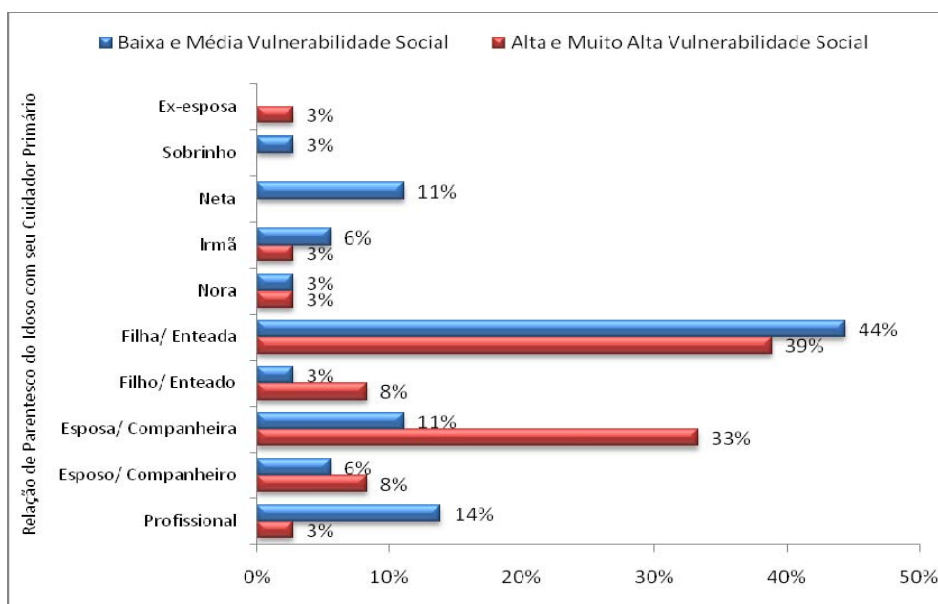


Gráfico 15 – Distribuição da relação de parentesco com seu cuidador primário segundo as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

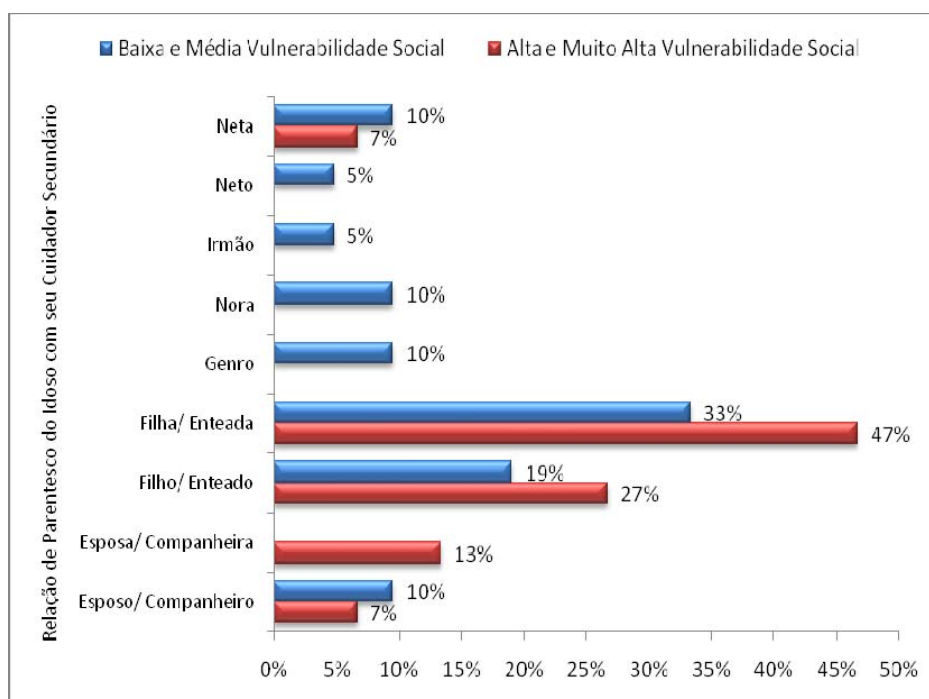


Gráfico 16 – Distribuição da relação de parentesco do idoso com seu cuidador secundário segundo as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

Geralmente, quem desempenha as tarefas de cuidar em família é uma mulher, uma vez que prestar cuidado é secularmente uma atribuição feminina, quer seja esposa, filha ou irmã (ROSSI; ROSSI, 1990; NERI; SOMMERHALDER, 2002).

Estudos mostram que a filha surge como primeira opção de escolha, fato semelhante aos dados encontrados no presente estudo. Pavarini et al (2006) realizaram um estudo com 93 idosos participantes de um movimento de alfabetização de adultos em uma cidade do interior paulista. Destes idosos, nove foram selecionados para a entrevista em profundidade a fim de identificar, pelos relatos dos idosos, quem escolheriam para cuidar deles na velhice. Os resultados mostraram que a filha foi a primeira opção de escolha feita pelos idosos. O estudo de Lemos, Gazzola e Ramos (2006) mostrou que 55,2% dos cuidadores eram filhas e 27,6% cônjuges.

O estudo de Feliciano, Moraes e Freitas (2004) mostra que o cuidado oferecido aos idosos é proveniente em 47,7% dos filhos, seguido de 39,6% dos cônjuges.

No estudo de Luzardo, Gorini e Silva (2006), todos os idosos possuíam um cuidador da família, mesmo que 55,6% deles apresentassem dependência

importante, 22,2%, dependência parcial quanto às atividades básicas de vida diária e 22,2% independência. Com relação ao tipo de cuidador estes autores encontraram que 44,4% dos cuidadores dos idosos era a filha e 30,6% correspondiam às esposas.

Porém, há estudos que mostram que o cônjuge é tido como o cuidador principal, fruto da obrigação matrimonial e do dever moral estabelecido pela sociedade (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004; KARSCH, 2003; SANTOS, 2003).

Penning (1991) traz a discussão que, como as mulheres são mais longevas que os homens e, em geral, mais novas que os maridos, a cuidadora preferencial é a esposa. Depois, vêm as descendentes de segunda geração, em que a candidata mais provável é a filha mais velha. Raramente o cuidador é outro parente ou uma pessoa jovem, e mais raramente ainda é um homem. Além de normas sociais, a elegibilidade para o papel de cuidador segue a lógica de quem está mais disponível ou mais bem preparado.

O Gráfico 17 mostra que em 60% dos casos, os idosos vivem com seu esposo/ companheiro, seguidos dos filhos (56%) e netos (31%).

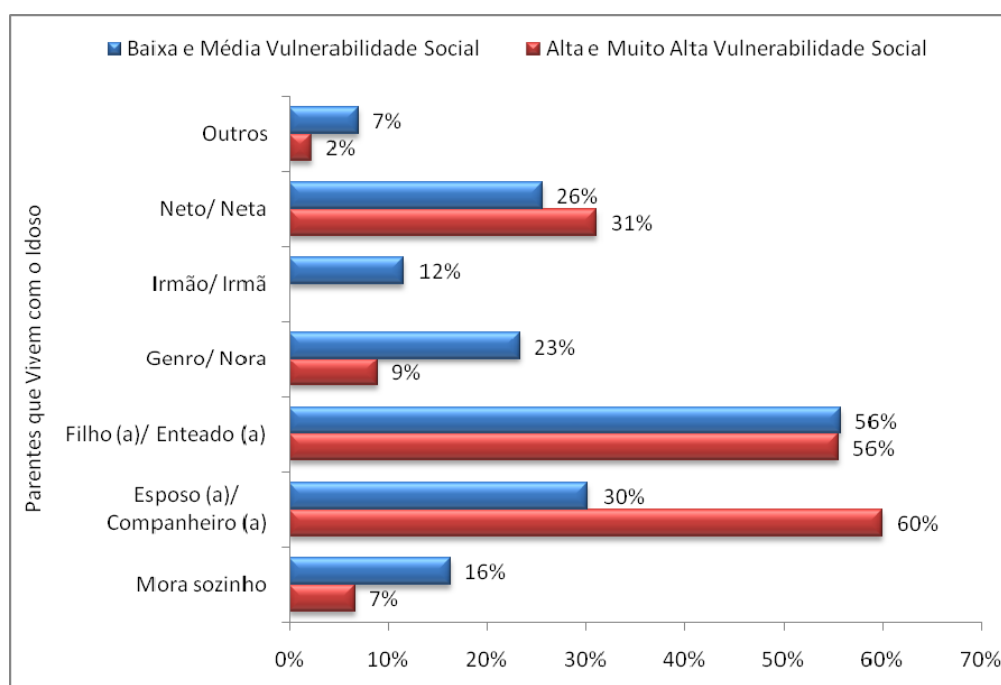


Gráfico 17 – Distribuição dos parentes que vivem com o idoso segundo as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

O estudo realizado por Pavarini et al (2008) encontrou que 57% dos idosos viviam com um companheiro ou irmão e a grande maioria (73,5%) com os

filhos. Já com os netos esta porcentagem diminui um pouco, totalizando 36,7%. Estes números também foram verificados no estudo de Feliciano, Moraes e Freitas (2004), que observou que somente 1,9% vivem com os bisnetos, 29,6% com os netos e 53,3% (a maioria) com os filhos. Já os que vivem com companheiro totalizaram 36,9%.

2 Condições cognitivas dos idosos: desempenho no Mini-Exame do Estado Mental

Os resultados do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) revelam que, segundo o grau de escolaridade, 36 pessoas (41%) apresentam pontuação de até 10% abaixo da nota de corte esperada, sendo 21 mulheres e 15 homens. Enquanto que 14 pessoas (16%) apresentam uma pontuação com mais de 40% abaixo da nota de corte, sendo 10 mulheres e 4 homens, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição do percentual abaixo do esperado do resultado do MEEM por sexo. São Carlos, 2009.

MEEM	Sexo				Total	
	F		M			
% Abaixo do Esperado	Freq.	Freq. %	Freq.	Freq. %	Freq.	Freq. %
Até 10%	21	37%	15	48%	36	41%
11% à 20%	13	23%	6	19%	19	22%
21% à 30%	6	11%	4	13%	10	11%
31% à 40%	7	12%	2	6%	9	10%
Acima de 40%	10	18%	4	13%	14	16%
Total	57	100%	31	100%	88	100%

De acordo com o teste de Mann Whitney ($p=0,481$), não houve diferença significativa entre homens e mulheres em relação à diferença entre os resultados obtidos e esperados no MEEM.

Com relação à faixa etária, a maioria dos idosos com até 65 anos de idade (67%) apresentam uma pontuação de até 10% abaixo da nota de corte esperada. A maior parte dos idosos com idade entre 66 e 70 anos (80%) apresenta uma pontuação de até 20% abaixo da nota de corte esperada. Os idosos com idade entre 71 e 75 anos (90%) têm uma pontuação de até 30% abaixo da nota de corte esperada. A faixa etária dos 76 a 80 anos tem pontuação 40% abaixo da nota de

corde esperada. A maioria dos idosos de 80 anos e mais (35%) pontuou mais de 40% abaixo da nota de corte esperada, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição do percentual abaixo do esperado do resultado do MEEM por faixas etárias. São Carlos, 2009.

MEEM	Faixa-etária											
	Até 65 anos		66-70		71-75		76-80		80 e mais		Total	
% Abaixo do Esperado	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Até 10%	10	67%	9	45%	11	55%	3	30%	3	13%	36	41%
11% à 20%	3	20%	7	35%	4	20%			5	22%	19	22%
21% à 30%	1	7%	1	5%	3	15%	3	30%	2	9%	10	11%
31% à 40%	1	7%	1	5%	1	5%	1	10%	5	22%	9	10%
Acima de 40%			2	10%	1	5%	3	30%	8	35%	14	16%
Total	15	100%	20	100%	20	100%	10	100%	23	100%	88	100%

Isso nos mostra que a prevalência de alterações cognitivas aumenta com a idade, pois à medida que a faixa etária aumenta, o percentual da pontuação obtida foi muito menor ao esperado.

Através da correlação de Spearman verificou-se uma correlação moderada (coeficiente de correlação = 0,449) e significativa ($p= 0,000$) entre faixa etária e a diferença entre o observado e o esperado no MEEM. Assim, à medida que a idade aumenta, a alteração cognitiva também tende a aparecer mais (diferença entre o esperado e o obtido no MEEM).

O nível de escolaridade influencia nos resultados do Mini Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI et al, 1994; NITRINI et al, 2005, HERRERA JÚNIOR et al, 2002). Estudos mostram que a prevalência de demências aumenta com a idade (NITRINI et al, 2004; SANTOS; RIFIOTIS, 2003, ENGELHARDT et al, 1998; RITCHIE; KILDEA, 1995). Os transtornos demenciais passam de 1,3% nos indivíduos entre 65 e 69 anos para cerca de 17% entre os com 80 e 84 anos, chegando a alcançar aproximadamente 37,8% entre os que possuem 85 anos e mais (NITRINI; CARAMELLI, 2003). Lopes e Bottino (2002) afirmam que a prevalência de demência dobra a cada cinco anos de aumento da faixa etária.

Pode-se observar na Tabela 3 que 51% dos idosos do contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social obtiveram uma pontuação de até 10% menor que a nota de corte esperada. Enquanto que os idosos que vivem em contextos de baixa e média vulnerabilidade social apresentam porcentagens elevadas em todas as

faixas de pontuação abaixo do esperado, tendo destaque para a pontuação com mais de 40% abaixo da nota de corte esperada.

Tabela 3 – Distribuição do percentual abaixo do esperado do resultado do MEEM por áreas de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

MEEM	Grupo				Total	
	Alta e Muito alta Vulnerabilidade Social		Baixa e Média Vulnerabilidade Social			
% Abaixo do Esperado	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Até 10%	23	51%	13	30%	36	41%
11% à 20%	12	27%	7	16%	19	22%
21% à 30%	6	13%	4	9%	10	11%
31% à 40%	1	2%	8	19%	9	10%
Acima de 40%	3	7%	11	26%	14	16%
Total	45	100%	43	100%	88	100%

Considerando que os idosos que vivem no contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social são idosos jovens e que os que vivem em contextos de baixa e média vulnerabilidade social são idosos mais velhos, pode-se dizer que a prevalência de demências aumenta com a idade.

Por meio do teste de Mann Whitney ($p= 0,015$), verificou-se que há diferenças significativas entre esses dois grupos, que talvez possa ser explicado pela diferente composição da faixa etária existente entre eles.

O declínio cognitivo está fortemente associado à diminuição da capacidade funcional e incapacidade, como mostram vários estudos (AGUERO-TORRES et al, 2002; NYGARD, 2003; LAKS et al, 2005; ISHIZAKI et al, 2006; DIRIK et al, 2006; SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008).

3 Condições funcionais dos idosos: desempenho nas atividades básicas de vida diária – Índice de Katz

Na avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária, o Índice de Katz revelou que 89% dos idosos entrevistados são independentes, 6% são parcialmente dependentes e os outros 6% possuem uma dependência importante, conforme Gráfico 18.

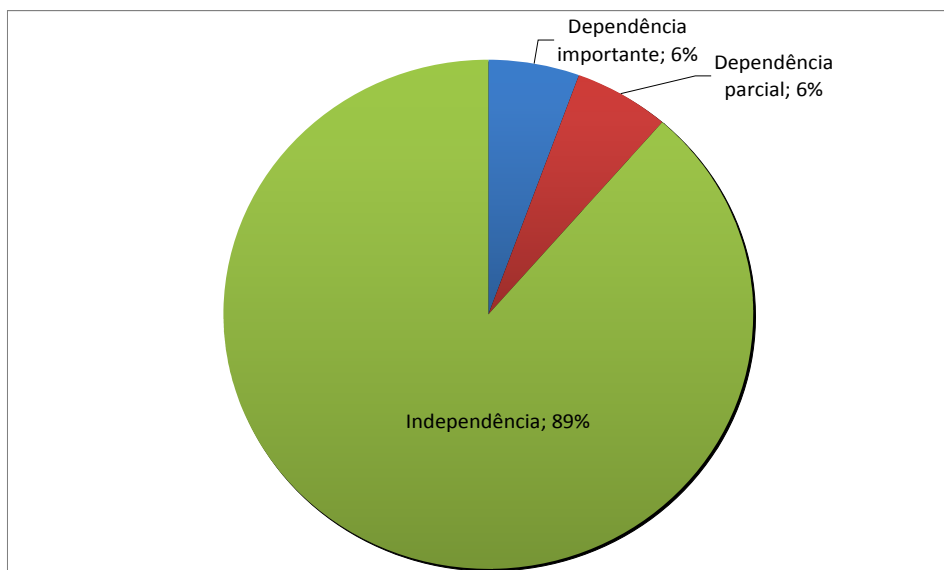


Gráfico 18 – Distribuição dos idosos segundo os resultados do Índice de Katz. São Carlos, 2009.

Maciel e Guerra (2007) realizaram um trabalho com 310 idosos, com 60 anos de idade ou mais, residentes em domicílios na zona urbana de Santa Cruz-RN e cadastrados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2001. O objetivo foi analisar o estado de saúde dos idosos residentes neste município mediante o estudo da capacidade funcional e sua relação com distintas variáveis sócio-demográficas, de saúde física e neuropsiquiátrica. Como resultados, obtiveram que 73,2% não possuíam alterações cognitivas, a maioria dos idosos (86,8%) era independente e os demais dependentes para as atividades básicas de vida diária. Transcorridos 53 meses, um total de 293 registros foi localizado. Desses, 60 foram a óbito, restando apenas 233 sujeitos que foram reavaliados. Os resultados mostraram que dos idosos vivos, a maioria (86,2%) continuava independente e dos idosos que faleceram, 62,5% eram dependentes (MACIEL; GUERRA, 2008).

Schneider, Marcolin e Dalacorte (2008) realizaram uma pesquisa com 148 idosos atendidos pelo SUS no ambulatório de Geriatria Geral do Hospital São Lucas da PUC RS, com o objetivo de avaliar a ocorrência de incapacidade funcional nesses pacientes e identificar suas relações com as atividades da vida diária. Os resultados mostraram que a média de idade era de 77,5 anos, 70,9% eram mulheres e 13,5% apresentavam déficit cognitivo. Em relação ao Índice de Katz, 83,1% eram independentes, 8,1% dependentes parcialmente e 8,8% com dependência importante. Os autores concluíram que pacientes demenciados têm maior risco de

diminuição de suas atividades de vida diária se comparados aos cognitivamente adequados.

O estudo de Oliveira et al (2007) foi realizado no município de São Paulo com o objetivo de apresentar os resultados obtidos no Estudo SABE referentes ao desempenho funcional dos idosos com declínio cognitivo e seus arranjos familiares. Foram sujeitos dessa pesquisa 2143 idosos. Os resultados mostraram que 61,3% dos idosos com declínio cognitivo não possuíam dificuldades para realizar as atividades básicas de vida diária, 22,7% apresentaram dificuldades em uma ou duas atividades e 16% em três ou mais. Em relação aos idosos sem declínio cognitivo, 81,4% não apresentaram dificuldades na realização das atividades básicas de vida diária, 13,3% tinham dificuldades em uma ou duas atividades e 5,2% em três ou mais. Os autores concluíram que há um maior comprometimento funcional entre os idosos com alterações cognitivas. Afirmam também que os déficits causados pelas alterações cognitivas levam à diminuição da capacidade funcional, com diminuição e/ou perdas das habilidades para o desenvolvimento das atividades cotidianas, interferindo na realização das atividades de vida diária (AVD).

Dados diferenciados foram encontrados na literatura, pois as amostras estudadas estavam em contextos diferentes. Araújo e Ceolim (2007) realizaram uma pesquisa no município de Taubaté-SP com 187 indivíduos com 60 anos de idade ou mais, residentes em instituições asilares. O objetivo foi avaliar o grau de independência para a realização de AVDs desses idosos, por meio do Índice de Katz; e avaliar novamente, após cinco meses, os idosos classificados inicialmente como independentes, visando identificar possíveis mudanças. Os resultados mostraram que 74% do total de residentes era do sexo feminino e 38% estavam na faixa etária dos 70 a 79 anos. Quanto ao grau de dependência, 37% dos idosos eram independentes, 62% parcialmente dependentes e 1% com dependência importante. Na segunda etapa do estudo, foram avaliados somente os sujeitos considerados independentes na primeira etapa. Verificou-se que 19% destes, todos do sexo feminino, apresentaram declínio funcional.

Para Maciel e Guerra (2007), os idosos residentes na comunidade são mais ativos do que os idosos que vivem num contexto asilar. Por isso, os idosos da comunidade apresentam uma capacidade funcional superior em relação àqueles que vivem em casas geriátricas.

Há outros instrumentos além do Índice de Katz que também são usados para medir a capacidade funcional dos idosos. Dentre eles, o instrumento OARS (Older Americans Resources and Services), que foi adaptado e validado para a realidade brasileira. Também é bastante usado por pesquisadores da área. Rodrigues et al (2008) usou a escala de OARS para identificar a interferência de morbidades na capacidade funcional de idosos atendidos em um serviço ambulatorial de um hospital escola em Ribeirão Preto-SP. Foram sujeitos dessa pesquisa 195 idosos. Os resultados mostraram que a morbidade que mais afeta os idosos é o acidente vascular cerebral (AVC). Para as atividades básicas de vida diária, todos os idosos que sofreram AVC eram dependentes. Em relação às atividades instrumentais de vida diária, 83,4% dos idosos que sofreram AVC eram dependentes. Os autores afirmam que as morbidades podem ser um fator de risco associado à perda da capacidade funcional, pois podem exercer uma limitação no indivíduo, agravando ou acelerando o aparecimento de novas morbidades.

Farinasso et al (2006) também realizaram uma pesquisa com a escala de OARS, com o objetivo de caracterizar a percepção de saúde, capacidade funcional e prevalência de morbidades auto-referidas de idosos com 75 anos ou mais em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. A amostra foi composta por 86 idosos de um município do Paraná. Os resultados mostraram que a média de idade foi de 82 anos, 51,1% eram mulheres, 47,7% avaliaram a saúde entre boa e ótima e 76,7% apresentaram co-morbidades. Em relação à capacidade funcional, 77,9% eram independentes, 22,1% relataram dificuldade em uma ou mais atividades e 9,3% eram totalmente dependentes. Dos idosos que referiram não possuir nenhuma ou uma morbidade, 90% são independentes para as AVDs. Dentre os que relataram co-morbidades, a proporção de dependentes parciais e totais é maior.

No Gráfico 19 pode-se observar que a dependência importante ocorre somente entre as mulheres e que a porcentagem de homens independentes é maior em relação às mulheres.

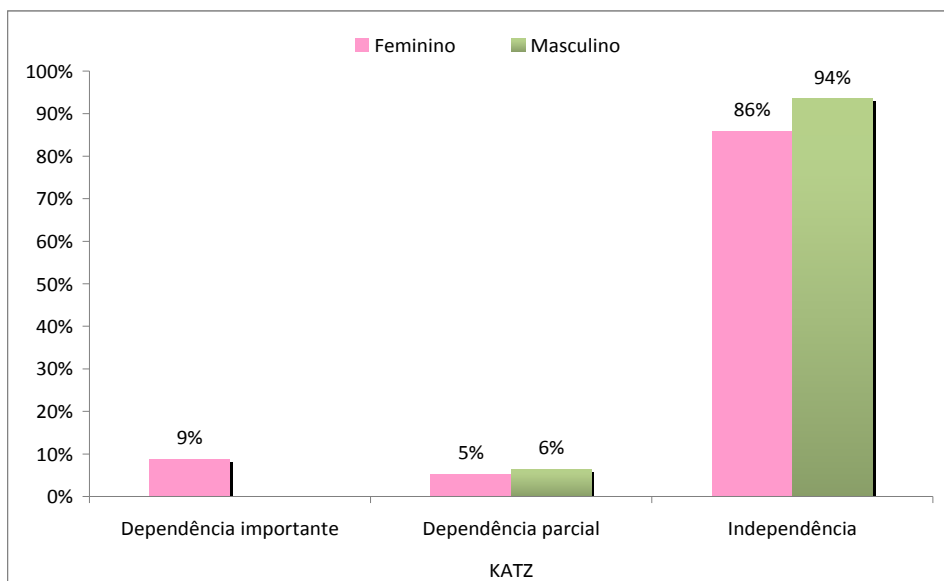


Gráfico 19 – Distribuição dos idosos segundo os resultados do Índice de Katz e o sexo. São Carlos, 2009.

Dados diferentes foram encontrados no estudo de Araújo e Ceolim (2007), o qual mostra que dos idosos independentes, 84,3% eram mulheres e 15,7% eram homens. No presente estudo, a maioria dos idosos independentes era do sexo masculino.

Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Farinasso et al (2006), a qual mostrou que as mulheres são mais dependentes em relação aos homens, embora não haja diferença estatisticamente significativa.

De acordo com o teste de Mann Whitney ($p=0,202$) não houve diferença significativa entre o sexo feminino e masculino com relação ao Índice de Katz, verificando-se, portanto, que o sexo não influencia no desempenho nas atividades de vida diária para os sujeitos desta pesquisa.

Os dados mostram que em relação aos idosos que estão inseridos em faixas etárias mais elevadas, há a diminuição da porcentagem de idosos independentes e aumento da porcentagem de idosos com dependência importante (Gráfico 20). Foi observado neste estudo que o aumento dos anos de vida é tido como fator predisponente para o declínio funcional das atividades básicas de vida diária do idoso.

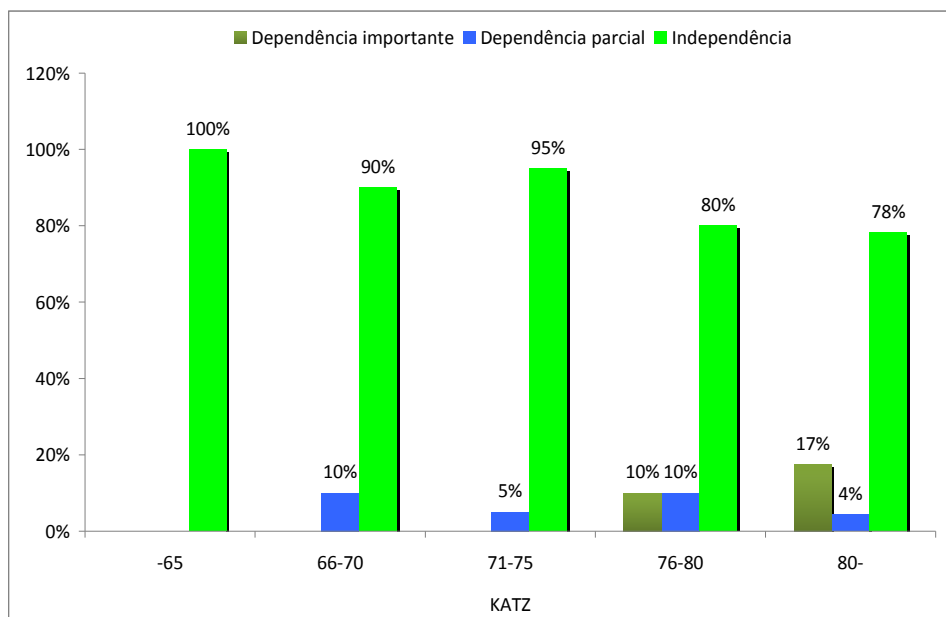


Gráfico 20 – Distribuição dos idosos segundo os resultados do Índice de Katz e faixa etária. São Carlos, 2009.

Através da correlação de Spearman verificou-se uma correlação fortíssima (coeficiente de correlação = 0,977) e significativa ($p = 0,000$) entre Índice de Katz e faixa etária.

Dados semelhantes foram encontrados na literatura, como o estudo de Araújo e Ceolim (2007) e o de Maciel e Guerra (2007), os quais constataram que o declínio funcional aumenta com a idade. O estudo SABE também detectou que os idosos mais velhos têm maiores dificuldades quanto à realização de atividades básicas de vida diária, tornando-se mais dependentes do que os idosos mais jovens (DUARTE, 2003).

Em relação aos idosos que vivem em contextos de alta e muito alta vulnerabilidade social, verificou-se que 96% são considerados independentes para as atividades básicas de vida diária. Verificou-se também que entre os idosos que moram em locais de baixa e média vulnerabilidade social há 81% de idosos independentes. Nessas regiões de baixa e média vulnerabilidade social há uma porcentagem maior de idosos dependentes em relação aos idosos que vivem em contextos de alta e muito alta vulnerabilidade social (Gráfico 21).

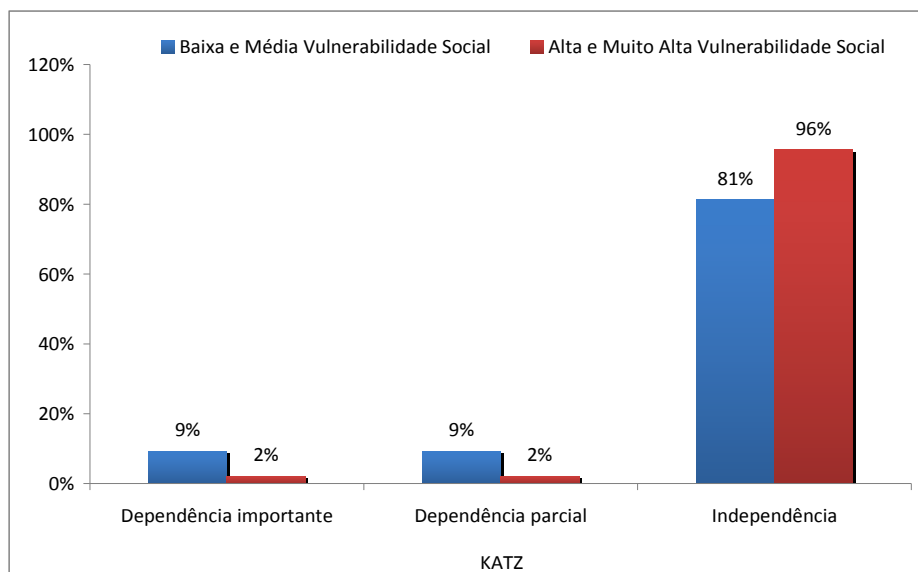


Gráfico 21 – Distribuição dos idosos segundo os resultados do Índice de Katz e as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

Esse fenômeno pode ser explicado devido ao maior número de idosos mais velhos nos contextos de baixa e média vulnerabilidade social. Foi descrito anteriormente que, possivelmente, ao aumentar a idade, aumenta também a predisposição de declínio funcional. Assim a dependência entre eles é bem maior se comparados com os idosos mais jovens dos contextos de pobreza.

Dados semelhantes foram encontrados na literatura. O estudo SABE identificou que a maioria dos idosos (80,7%) não apresenta limitações funcionais que impeçam o seu autocuidado. Observou-se que entre os idosos em idade avançada (75 anos e mais) há uma queda no desempenho funcional e conseqüente aumento no grau de limitações funcionais. Nesse grupo etário, 30,7% dos idosos apresentam dificuldades em uma ou duas atividades e 52,1% com dificuldades em três ou mais atividades básicas de vida diária (DUARTE, 2003).

De acordo com o teste de Mann Whitney ($p=0,004$) houve diferença significativa entre o grupo de alta e muito alta vulnerabilidade social e o grupo de baixa e média vulnerabilidade social com relação ao Índice de Katz. Como o índice de Katz está associado à idade e no grupo de baixa e média vulnerabilidade social há muitos idosos velhos, constata-se diferença entre esses dois grupos de vulnerabilidade social.

A atividade básica de vida diária com maior percentual de realização pelos idosos é a alimentação (98%), seguida de transferência (94%), continência

(93%), higiene pessoal (92%), capacidade de vestir-se (89%) e, por último, a capacidade de tomar banho sozinho, perfazendo 88%, segundo Gráfico 22.

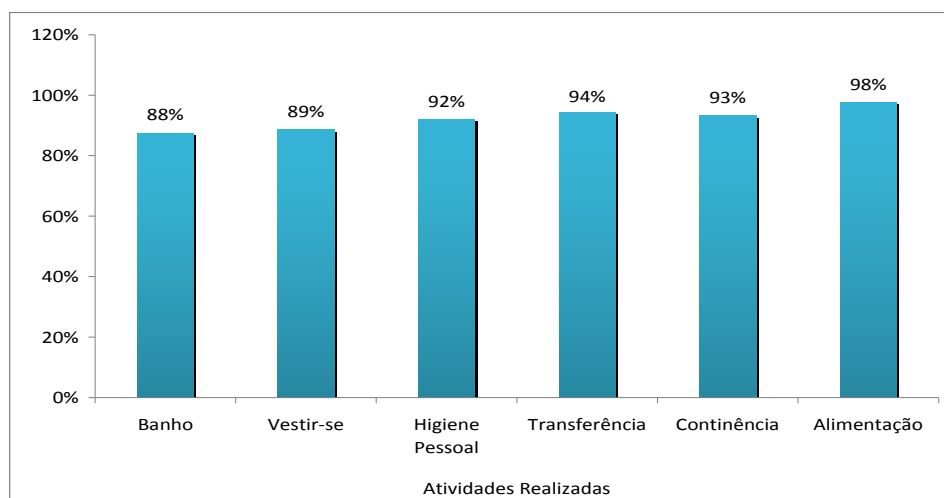


Gráfico 22 – Distribuição dos idosos segundo cada domínio do Índice de Katz. São Carlos, 2009.

Foram encontrados dados semelhantes na literatura, como o estudo de Thober, Creutzberg e Viegas (2005) que mostrou que atividades como banhar-se, vestir-se, usar o vaso sanitário e transferir-se de um local para outro são as que indicam maior dependência dentre os idosos.

Dados do estudo SABE revelam que as atividades com maior percentual de dificuldade de realização são vestir-se e banhar-se (DUARTE, 2003). Esses resultados corroboram os dados do estudo em questão.

Santana, Santos e Caldas (2005) realizaram uma pesquisa quantitativa no ambulatório de neurogeriatria no Rio de Janeiro com 16 idosos com demência e seus cuidadores, com o objetivo de descrever as características dos idosos e seus cuidadores e identificar os cuidados realizados pelos cuidadores através de instrumentos padronizados. Com o Índice de Katz, obtiveram como resultados que cinco idosos são independentes e os outros 11 dependentes. O banho é a tarefa que os idosos apresentam maior dependência em relação aos cuidadores, devido à maior complexidade. Rodrigues e Diogo (1996) também referem que o banho é a atividade mais complexa e de maior desgaste encontrada nas pesquisas com cuidadores.

Participaram de um trabalho realizado na Coréia do Sul 53 idosos atendidos nos departamentos de medicina da família, de neurologia e de geriatria de nove hospitais desse país. Todos os idosos eram portadores de alterações

cognitivas desde leves até moderados comprometimentos. Os resultados mostraram que os pacientes possuíam idade média de 71,6 anos, maioria feminina (66%), com escolaridade variando em torno de seis anos (62,2%), viúvos (51%), 50,9% possuía indícios de depressão. Em relação à funcionalidade desses idosos, 56,6% era dependente para as atividades básicas de vida diária, nas quais a maior prevalência de dependência estava relacionada com o banho (54,7%) e com a capacidade de vestir-se (47,2%). Idosos com nível educacional mais baixo, com alterações cognitivas, com pobre nutrição, mais velhos, viúvos, com família disfuncional têm maiores chances de apresentar dependência funcional (CHO et al, 2001).

A Tabela 4 mostra a relação existente entre as dimensões do Índice de Katz e o grau de dependência e a idade dos idosos.

Tabela 4 - Relação entre as dimensões do Índice de Katz e o grau de dependência e a idade dos idosos. São Carlos, 2009 .

	DEPENDENTES			INDEPENDENTES			Teste-t	
	N	Idade Média	D.P.	N	Idade Média	D.P.	t	gl
Banho	11	83,0	10,2	77	73,4	08,7	2,98*	12,2
Vestir-se	10	83,2	10,7	78	73,5	8,7	2,75*	10,6
Higiene	7	88,4	7,8	81	73,4	8,6	4,84*	7,3
Transferência	5	90,0	8,1	83	73,7	8,7	4,35**	4,6
Continência	6	88,0	9,7	82	73,6	8,7	3,52*	5,6
Alimentação	2	89,0	12,7	86	74,2	9,2	1,63	1,0

Nota: *p<0,05; **p<0,01.

Como mostra a Tabela 4, os idosos dependentes possuíam uma idade média significativamente maior do que os idosos independentes. Em relação ao banho ($t(12,2)=2,98$, $p<0,05$), à capacidade de vestir-se ($t(10,6)=2,75$, $p<0,05$), à higiene ($t(7,3)=4,84$, $p<0,05$), à transferência ($t(4,6)=4,35$, $p<0,05$) e à continência ($t(5,6)=3,52$, $p<0,05$) houve resultados estatisticamente significativos, o que traz indicativos de que a idade influencia na execução dessas atividades básicas de vida diária. Quanto à alimentação, os resultados não foram estatisticamente significativos. Esse fato pode ser explicado devido à existência de somente dois idosos dependentes, sendo um número pouco representativo.

O Gráfico 23 mostra que a alimentação é a atividade básica de vida diária mais realizada e o banho, a menos realizada tanto para os idosos que vivem em contextos de baixa e média vulnerabilidade social quanto para aqueles de alta e muito alta vulnerabilidade social. Nota-se também que a execução dessas tarefas básicas é mais realizada entre os idosos jovens do contexto de pobreza do que entre os idosos mais velhos dos contextos de baixa e média vulnerabilidade social. A idade pode ser um fator que esteja influenciando na realização ou não das atividades nesses dois contextos diferentes.

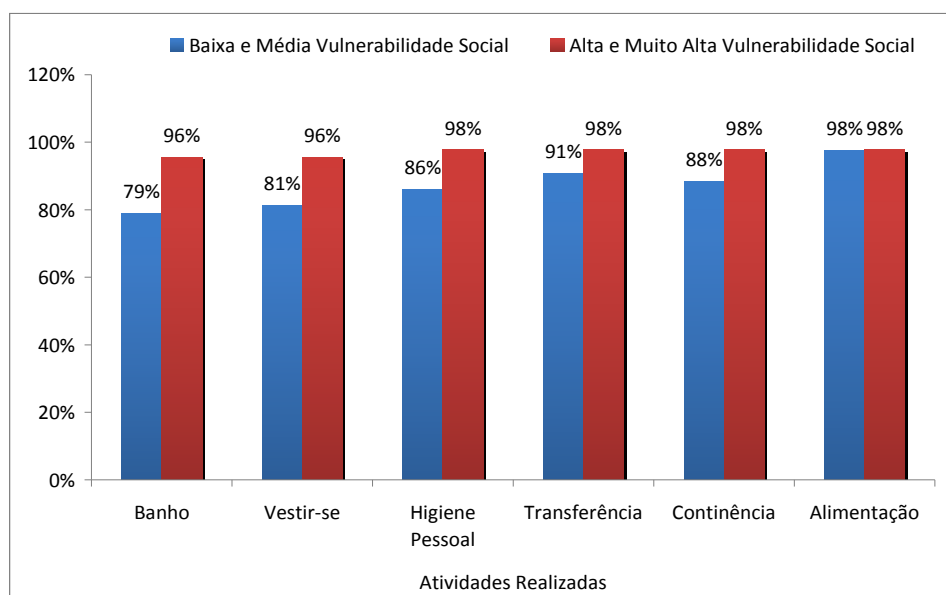


Gráfico 23 – Distribuição dos idosos segundo cada domínio do Índice de Katz e as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

Para Duarte, Andrade e Lebrão (2007), o Índice de Katz é um dos instrumentos mais antigos e um dos mais citados na literatura, tanto nacional quanto internacional. Para Paixão Jr. e Reichenheim (2005) é um questionário claro e a forma como cada atividade é descrita não sofre interferência de diferenças culturais, sendo todas potencialmente comuns e rotineiras aos idosos brasileiros. Além disso, é uma escala de fácil aplicação, simples, objetiva e curta, sem a necessidade de recurso específico, podendo ser aplicada em ambientes domiciliares, sendo fundamental na avaliação gerontológica.

4 Condições funcionais dos idosos: desempenho nas atividades instrumentais de vida diária – Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer

Na aplicação do Questionário de Pfeffer para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), 48% dos idosos mostram-se independentes e 52% dependentes, como vemos no Gráfico 24.

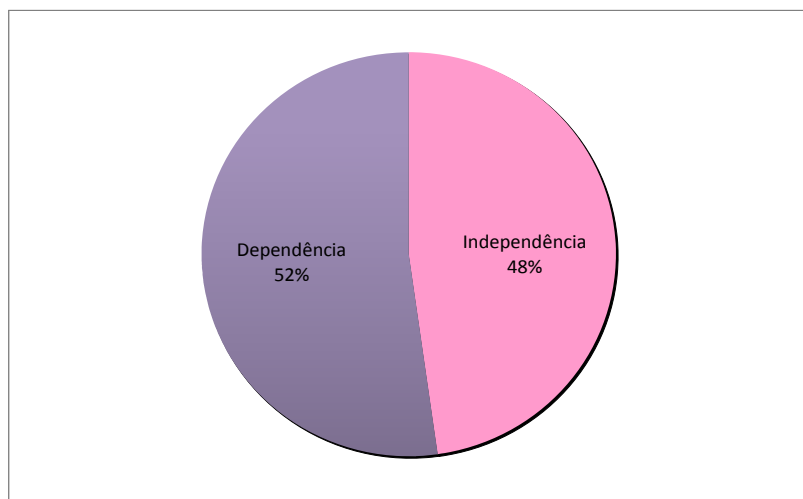


Gráfico 24 – Distribuição dos idosos segundo os resultados do Questionário de Pfeffer. São Carlos, 2009.

No estudo de Oliveira et al (2007) houve maior dificuldade no desempenho de atividades instrumentais de vida diária, destacando-se a maior prevalência para os que apresentam três ou mais dificuldades (86,2%). Houve uma maior presença de dificuldade quando comparadas às atividades básicas de vida diária.

Marra et al (2007) realizaram uma pesquisa com o objetivo de comparar o desempenho de idosos com diferentes níveis de gravidade de demência em questionários de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Foram sujeitos desse trabalho 90 idosos com diagnóstico clínico de demência, atendidos no Centro de Referência do Idoso-MG. Os resultados mostraram que os idosos apresentaram dependência funcional significativamente maior à medida que o processo demencial se acentuava.

Estudos afirmam que hierarquicamente as perdas ocorrem de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) para atividades básicas de vida diária (ABVD). A literatura tem mostrado que alterações no desempenho das atividades de vida diária podem ocorrer desde os estágios iniciais de demência. Em alterações

cognitivas leves, as perdas são detectadas prioritariamente nas AIVDs e a realização das ABVDs somente seria prejudicada nos estágios demenciais mais avançados (DUARTE, 2003; MARRA et al, 2007; COVINSKY et al, 2003; SANTANA; SANTOS; CALDAS, 2005; STEEN, SONN; BÖRJESSON, 2001; NJEGOVAN et al, 2001).

Há outras escalas além do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer que também são usadas para medir a capacidade funcional dos idosos em relação às atividades instrumentais de vida diária. Dentre elas, o Índice de Lawton, que também é um instrumento bastante usado por pesquisadores da área. Maciel e Guerra (2007) usaram o Índice de Lawton para realizar um estudo com 310 idosos, com 60 anos de idade ou mais, residentes em domicílios na zona urbana de Santa Cruz-RN e cadastrados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Como resultados, obtiveram que a maioria dos idosos (52,6%) era dependente nas atividades instrumentais de vida diária.

Outro instrumento de avaliação funcional encontrado na literatura foi a escala de auto-avaliação proposta por Rikli & Jones. Essa escala é de fácil aplicação e permite incluir todos os idosos, tanto os fisicamente dependentes quanto os independentes. O estudo de Fiedler e Peres (2008) usou esse instrumento, com o objetivo de estimar a prevalência de capacidade funcional inadequada e fatores associados na população idosa de um município de Santa Catarina. A amostra foi composta por 345 indivíduos. Os resultados mostraram que houve predomínio da faixa etária dos 60 aos 69 anos (57,9%), do sexo feminino (65,2%), de três a quatro anos de escolaridade (48,4%). A maioria dos idosos referiram morar com o esposo(a) em 35,7% dos casos. Em relação à capacidade funcional, 62,9% dos sujeitos possuíam capacidade funcional adequada e 37,1% inadequada.

Em relação ao sexo, 46% das mulheres e 65% dos homens apresentam pontuação indicativa de dependência, conforme Gráfico 25.

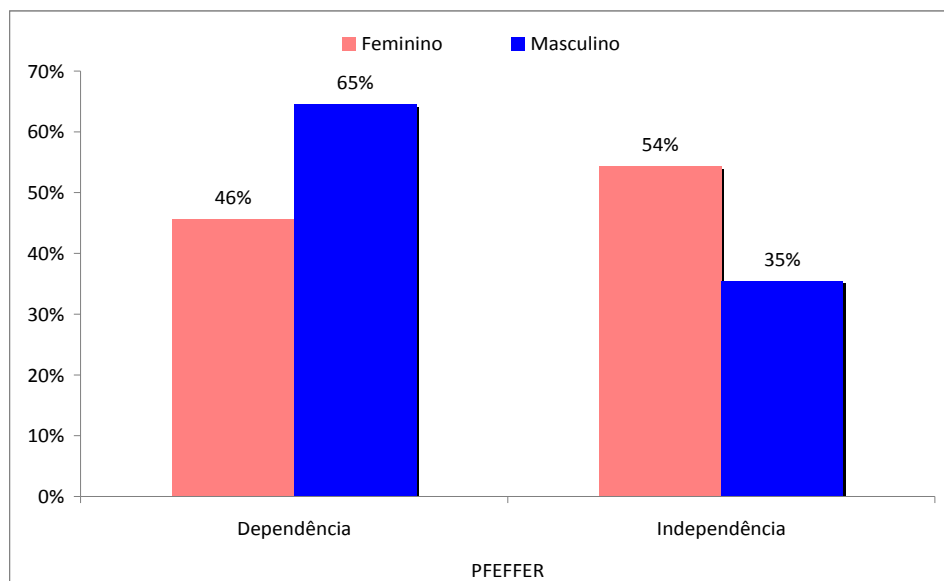


Gráfico 25 – Distribuição dos idosos segundo os resultados do Questionário de Pfeffer e sexo. São Carlos, 2009.

De acordo com o teste de Mann Whitney ($p=0,636$) não houve diferença significativa entre o sexo feminino e masculino com relação ao Questionário de Pfeffer, mostrando, portanto, que o sexo não influencia no desempenho das atividades instrumentais de vida diária dos idosos avaliados nesta pesquisa.

No estudo de Maciel e Guerra (2007), dados diferenciados foram encontrados em relação ao sexo. Perceberam que as mulheres são mais dependentes do que os homens, o que pode ser explicado devido à maior sobrevivência das mulheres em relação aos homens. Assim, elas experimentam um maior número de doenças crônicas e comorbidades, resultando em limitação funcional e incapacidade.

Na pesquisa de Fiedler e Peres (2008), os resultados mostraram que a prevalência de capacidade funcional inadequada foi maior nas mulheres (43,1%) do que nos homens (25,8%) ($p=0,002$), o que corrobora o estudo de Souza, Galante e Figueredo (2003) feito em Portugal, que encontrou que as mulheres são mais dependentes em relação aos homens.

Com relação à faixa etária, os dados mostram que a dependência aumenta conforme aumenta a idade, passando de 13% na faixa etária que compreende os idosos entre 60 e 65 anos, para 87% nos idosos de 80 anos ou mais, como podemos observar o Gráfico 26.

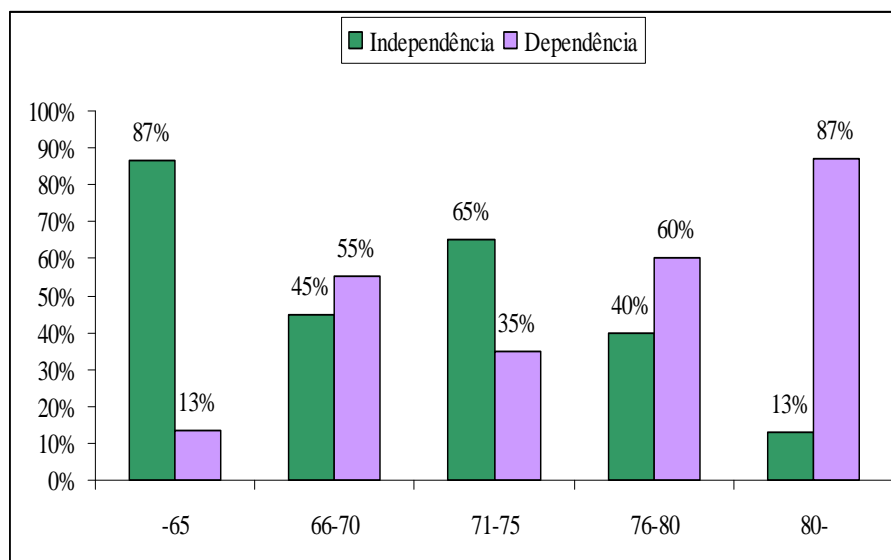


Gráfico 26 – Distribuição dos idosos segundo os resultados do Questionário de Pfeffer e faixa etária. São Carlos, 2009.

Através da correlação de Spearman verificou-se uma correlação moderada (coeficiente de correlação = 0,469) e significativa ($p= 0,000$) entre Questionário de Pfeffer e faixa etária, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de dependência dos idosos também aumenta. Isso também foi observado no estudo de Maciel e Guerra (2007), o qual mostra que os idosos tornam-se mais dependentes à medida que a faixa etária também aumenta. O trabalho de Fiedler e Peres (2008), embora tenha instrumento de avaliação diferente do presente estudo, também detectou que a dependência aumenta com o passar dos anos.

Por meio do teste chi-quadrado comparou-se os valores do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer com as diferentes categorias de faixa etária (idosos com até 65 anos, de 66 a 70 anos, de 71 a 75 anos, de 76 a 80 anos e idosos com 80 anos ou mais) e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Sendo assim, realizou-se o teste de Kendall, analisando a relação entre a idade dos idosos e cada questão do Questionário de Pfeffer. Na Tabela 5 encontra-se as correlações entre idade e as categorias deste questionário.

Tabela 5 - Correlações significativas entre os a idade dos idosos e cada questão do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer. São Carlos, 2009.

Questões do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer	Idade
Q1- Ele(a) manuseia seu próprio dinheiro?	0,278**
Q2- Ele(a) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho(a)?	0,343***
Q3- Ele(a) é capaz de esquentar água para o café e apagar o fogo?	0,277**
Q4- Ele(a) é capaz de preparar uma refeição?	0,347***
Q5- Ele(a) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?	0,408***
Q6- Ele(a) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?	0,363***
Q7- Ele(a) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?	0,269**
Q8- Ele(a) é capaz de manusear seus próprios remédios?	0,313***
Q9- Ele(a) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	0,441***
Q10- Ele(a) pode ser deixado(a) em casa sozinho(a) de forma segura?	0,447***
Pontuação geral do Pfeffer	0,338***

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

A Tabela 5 mostra que houve correlação positiva, significativa e forte entre a idade dos idosos e cada questão do Questionário de Pfeffer. Isso dá indicativo de que a idade influencia no desempenho das atividades instrumentais de vida diária.

Com relação aos grupos de vulnerabilidade social, observa-se que a maioria dos idosos do contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social (58%) são dependentes para as atividades a serem exercidas fora do domicílio. Os idosos que vivem em contextos de baixa e média vulnerabilidade social são, em sua maioria (63%), independentes para tais atividades (Gráfico 27).

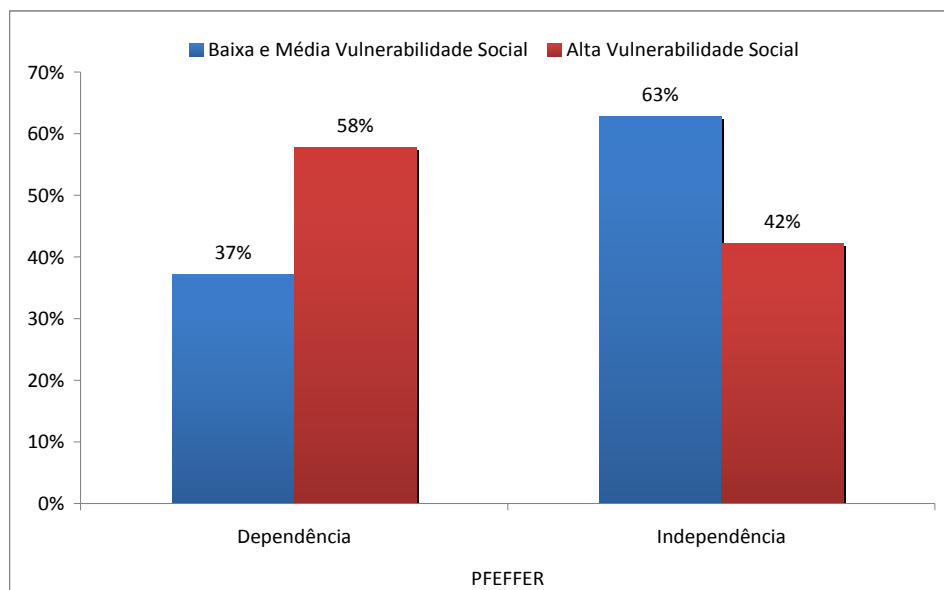


Gráfico 27 – Distribuição dos idosos segundo os resultados do Questionário de Pfeffer e as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

De acordo com o teste de Mann Whitney ($p=0,009$) houve diferença significativa entre o grupo de alta vulnerabilidade social e o grupo de baixa vulnerabilidade social com relação ao Questionário de Pfeffer.

Verifica-se que os idosos que vivem em ambientes de pobreza estão mais excluídos do que os que vivem em locais de baixa e média vulnerabilidade social, pois dependem de alguém para realizar as atividades que ocorrem fora do domicílio, como por exemplo, ir ao banco, fazer compras, dentre outras. Fato esse que provavelmente contribui para seu maior afastamento social e conseqüente tendência ao isolamento em sua residência.

O estudo de Maciel e Guerra (2007) detectou que o perfil socioeconômico dos idosos pode ser considerado um agravante para a realização de atividades instrumentais. Pessoas sem fonte de renda e com baixa escolaridade, como os idosos que vivem em contexto de pobreza, são os mais afetados. As restrições impostas no passado em relação à escolaridade poderiam propiciar informação aos idosos em relação ao uso e acesso dos serviços de saúde e alguma proteção contra as disfunções cognitivas, que os afetam com frequência e são fortes preditores de incapacidades e dependência.

A pesquisa de Fiedler e Peres (2008) mostrou que quanto menor a renda total do domicílio, ou seja, quanto mais pobre for o meio em que o idoso vive, maior a prevalência de capacidade funcional inadequada, o que corrobora o

presente estudo. Perceberam também que quanto menor o número de anos de estudo, maior a proporção de indivíduos com capacidade funcional inadequada.

PARTE 2. CARACTERIZANDO O CONTEXTO FAMILIAR DOS IDOSOS

1 A Estrutura Familiar dos Idosos Pobres

Nas regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social, houve predomínio de famílias multigeracionais, com no máximo sete membros, como mostram os genogramas apresentados nas Figuras de 1 a 5.

A Figura 1 apresenta a estrutura familiar da idosa “Maria Luzia”, com 60 anos de idade, casada, mãe de seis filhos (um já faleceu). Morava com seu esposo “José”, com sua filha “Adriana”, seu genro “Fernando” e duas netas “Nátalie” e “Nicole”.

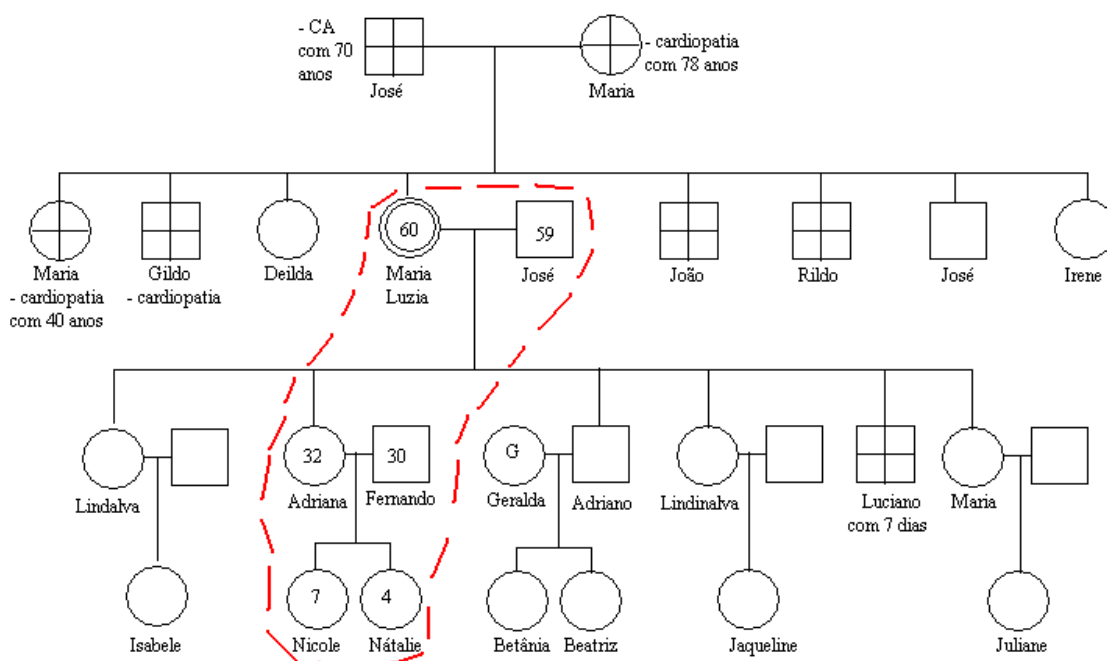


Figura 1- Estrutura familiar da idosa “Maria Luzia”

A Figura 2 apresenta a estrutura familiar do idoso “Gerson”, com 68 anos de idade, casado, pai de três filhos. Morava com sua esposa “Edite”, com seus filhos “Everaldo” e “Vanete”, com sua nora “Eliana” e dois netos “Dênis” e “Andressa”.

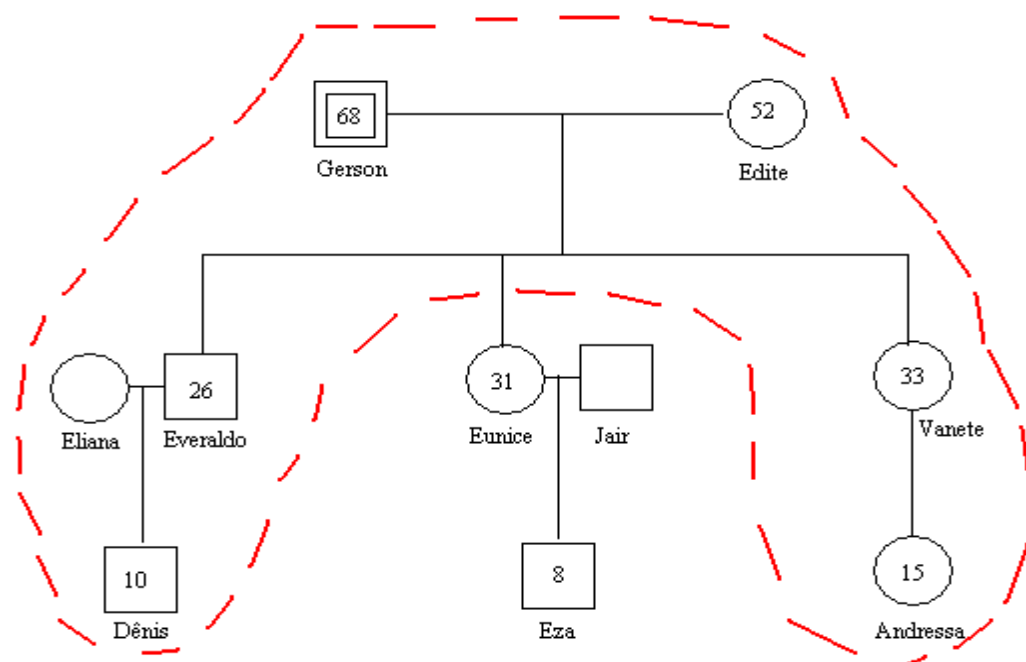


Figura 2- Estrutura familiar do idoso “Gerson”

A maioria dos idosos mora com seu esposo/ companheiro (genograma 3), seguidos dos filhos (genograma 4) e netos (genograma 5).

A Figura 3 apresenta a estrutura familiar da idosa (“Terezinha”), com 77 anos de idade, casada, mãe de cinco filhos (um já faleceu), que morava com seu esposo “José”. Relatava possuir ligação próxima (representada pela linha dupla) com seu esposo e ligação distante (linha tracejada acompanhada da letra d) com sua irmã “Catarina” e com todos os seus filhos “Nelson”, “Roseli”, “Valquíria” e “Suzeli”.

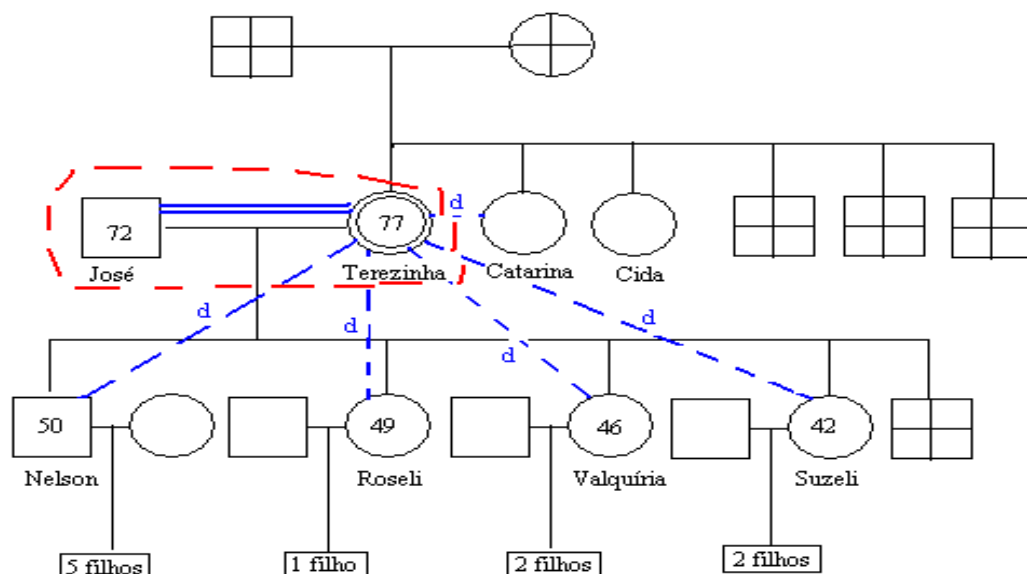


Figura 3- Estrutura familiar da idosa “Terezinha”

A Figura 4 apresenta a estrutura familiar do idoso (“Natanael”), com 73 anos de idade, atualmente viúvo, mas já se casou anteriormente com “Margarida” e se separou, pai de quatro filhos, sendo três do primeiro casamento e uma filha do segundo casamento. Morava com sua filha “Natália” e relatava possuir ligação estreita (representada na figura pela linha tripla que vai de Natanael à Natália) com ela.

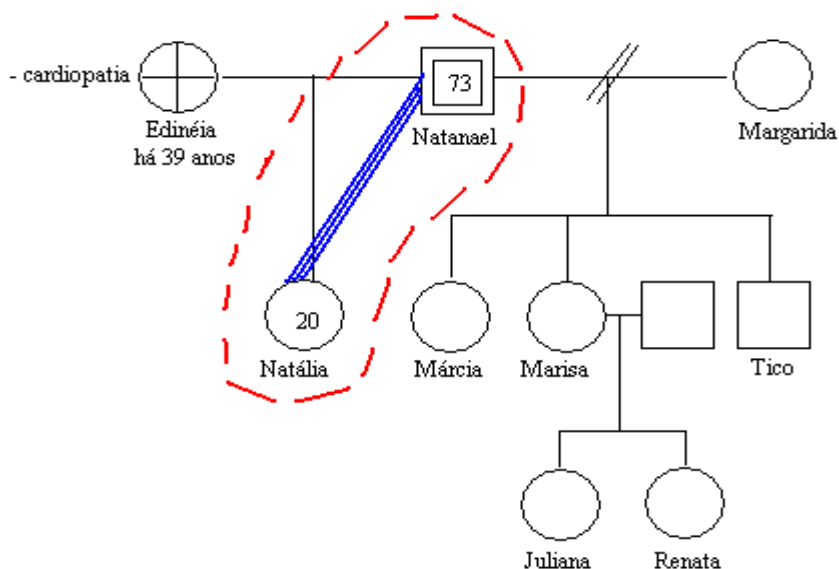


Figura 4- Estrutura familiar do idoso “Natanael”

A Figura 5 apresenta a estrutura familiar da idosa (“Erminda”), com 83 anos de idade, viúva, mãe de sete filhos (tendo dois falecidos), que morava com seu neto “Aliano”. Relatava possuir ligação próxima (linha dupla) com sua filha “Rosária”.

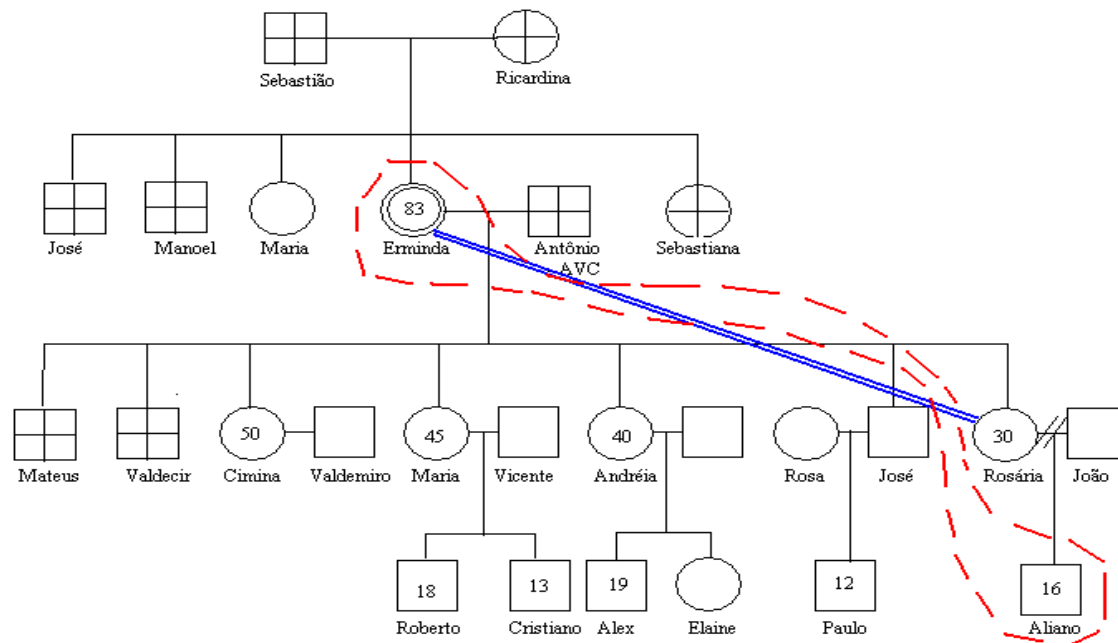


Figura 5- Estrutura familiar da idosa “Erminda”

Pavarini et al (2008) realizaram um estudo no interior paulista com o objetivo de avaliar a composição familiar de pessoas com mais de 60 anos, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. Participaram desse estudo 49 idosos. Como resultados, relataram que a composição familiar era multigeracional para a maioria dos idosos, sendo que a maior parte estava casada e morando com um filho adulto. Em média, havia quatro pessoas por domicílio.

Dados do estudo SABE revelam que mais da metade dos idosos (56%) reside em domicílios com três ou mais moradores, sendo que aproximadamente 20% dos casos se refere a domicílios com cinco pessoas ou mais. Cerca de 57% dos idosos possui três ou mais filhos vivos, sendo que 25% deles possui cinco filhos ou mais. O estudo SABE verificou que as diferenças por sexo são importantes em favor dos homens que, em média, residem em domicílios

de maior tamanho e contam com um maior número de filhos do que as mulheres (SAAD, 2003).

Camarano e El Ghaouri (2003) relatam que, na China, 70% dos idosos moram com filhos e, destes, 75% vivem em domicílios com mais de três gerações. No Brasil, relatam que houve um aumento do número de idosos que moram com os filhos, além de também ter aumentado os domicílios com três gerações. As autoras afirmam que a co-residência pode ser considerada uma estratégia das famílias para beneficiar tanto as gerações mais velhas como as mais jovens e, no nosso país isso pode significar melhora nas condições de vida.

Yazaki (1992) afirma que o motivo que desencadeia os arranjos multigeracionais é a falta de autonomia econômica e/ou física dos idosos, embora tenham sido observados problemas econômicos por parte dos filhos, fazendo com que ambos se beneficiem desse tipo de arranjo.

Foram encontrados idosos morando sozinhos, como mostra o genograma 6.

A Figura 6 apresenta a estrutura familiar da idosa (“Benilde”), com 63 anos de idade, viúva, que não teve filhos e morava sozinha. Relatava possuir ligação próxima com sua irmã “Albertina”, de 58 anos de idade.

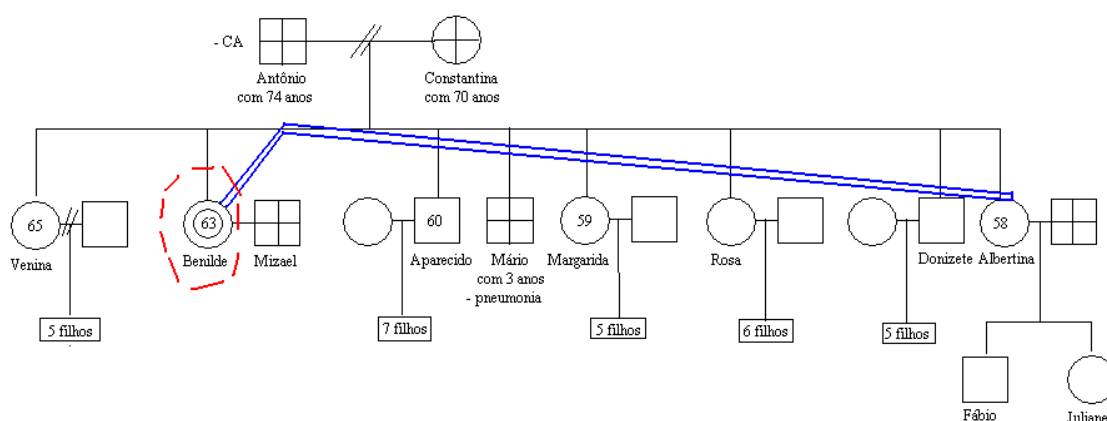


Figura 6- Estrutura familiar da idosa “Benilde”

Camargos, Machado e Rodrigues (2007) realizaram uma pesquisa com o objetivo de analisar a relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos,

utilizando como base de dados o Projeto Sabe. Os resultados mostraram que entre os idosos com elevado nível de renda e educação, as chances de viverem sozinhos são maiores. Essa informação corrobora os achados dessa pesquisa, pois entre os idosos que vivem em contextos de pobreza a escolaridade e a renda são baixas, o que mostra que é minoria o número de idosos vivendo sozinhos nesse contexto.

Há idosos que moram com o cônjuge, sendo que este também apresenta idade avançada, como se observa nos genogramas 7 e 8.

A Figura 7 apresenta a estrutura familiar de um idoso (“Elói”), casado, com idade de 69 anos, pai de seis filhos, que morava apenas com sua esposa (63 anos) e relatava ligação próxima (linha dupla) com um de seus filhos (“Leandro”) e um de seus netos (“Mateus”).

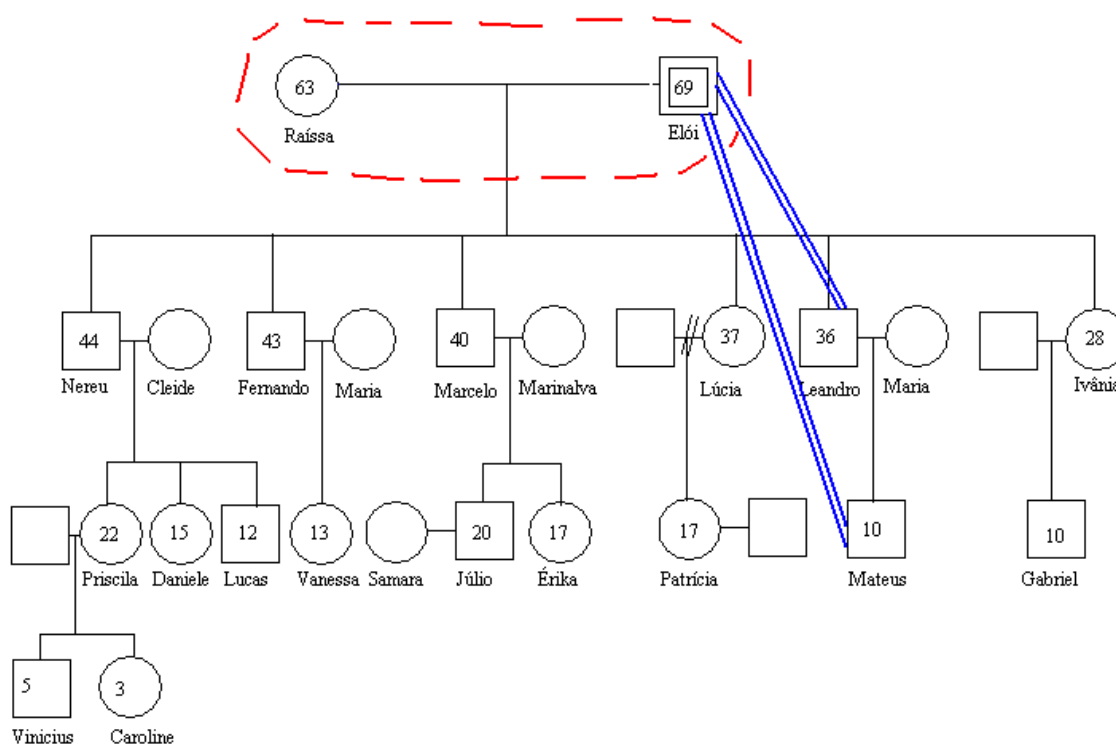


Figura 7- Estrutura familiar do idoso “Elói”

A Figura 8 apresenta a estrutura familiar do idoso (“Serafim”), com 73 anos de idade, casado pela segunda vez, pai de três filhos do primeiro casamento.

No segundo, não teve filhos. Morava com sua esposa “Diva” (66 anos) e relatava possuir ligação estreita (linha tripla que vai de Serafim a Diva) com ela e ligação distante com seu filho mais velho “Silvio”.

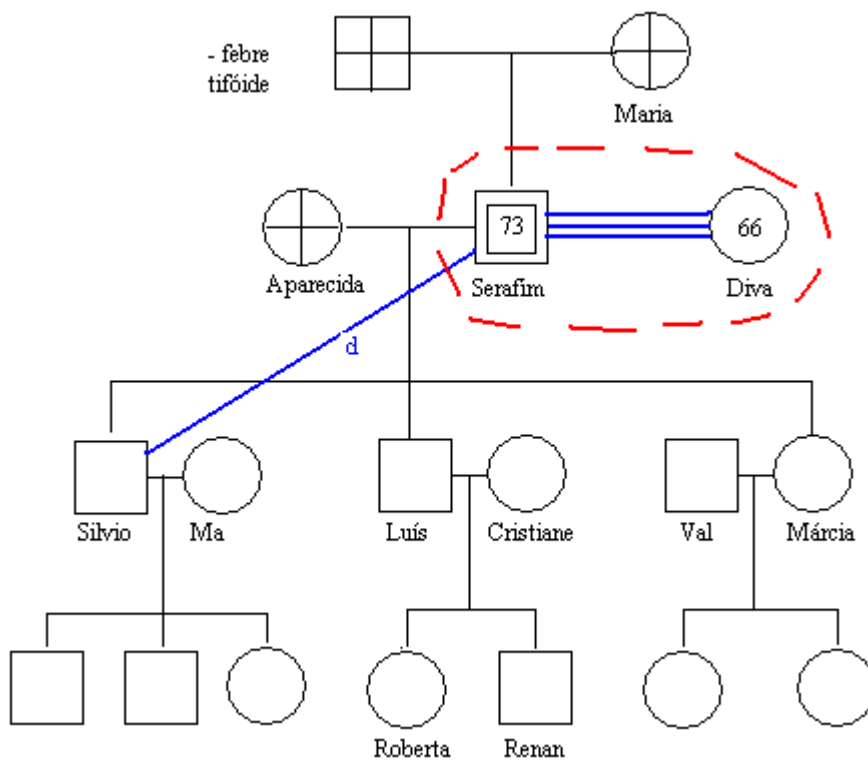


Figura 8- Estrutura familiar do idoso “Serafim”

As relações familiares, em geral, são boas, como mostram os genogramas 9 e 10.

A Figura 9 apresenta a estrutura familiar da idosa (“Beatriz”), com 69 anos de idade, viúva, mãe de dois filhos (sendo que um já faleceu), que morava com sua filha “Neide”. Relatava possuir ligação próxima (linha dupla) com seu irmão “Maurício” e sua cunhada “Lucília” e ligação estreita (linha tripla) com sua filha “Neide”.

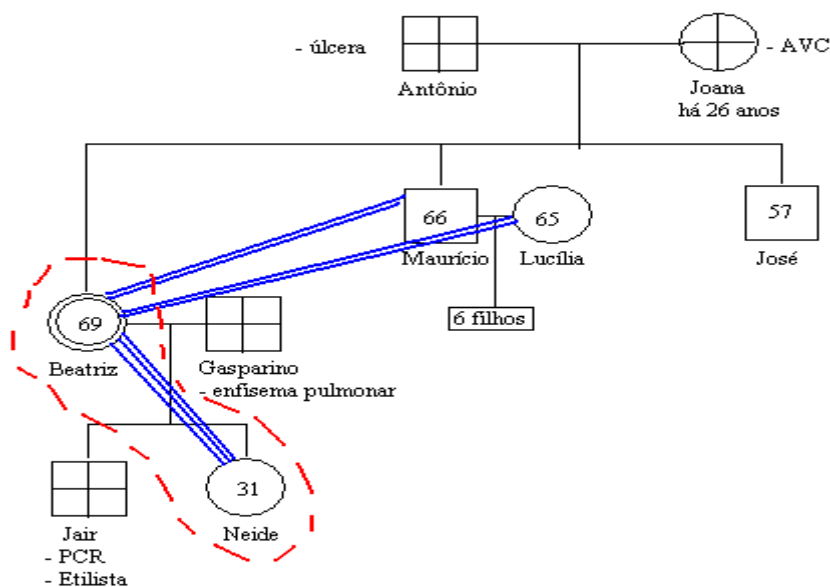


Figura 9- Estrutura familiar da idosa "Beatriz"

A Figura 10 apresenta a estrutura familiar do idoso ("Cleiton"), com 78 anos de idade, casado, pai de quatro filhos (sendo que dois já são falecidos). Morava com sua esposa "Nair" e com sua filha "Aparecida". Apresentava hipertensão arterial e relatava possuir ligação próxima com estas duas pessoas.

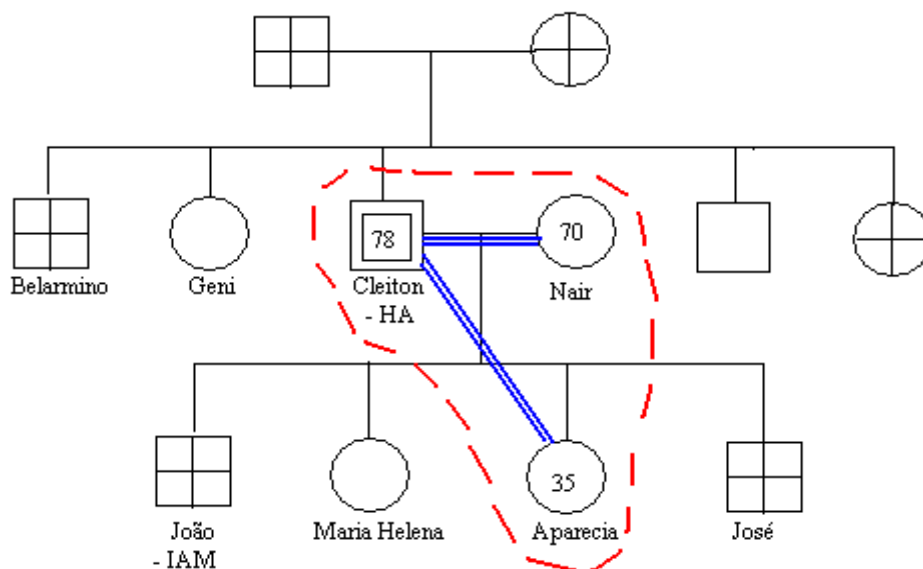


Figura 10- Estrutura familiar do idoso "Cleiton"

De acordo com o estudo realizado por Pavarini et al (2008), a maioria dos idosos relatou ligação normal com seus familiares.

Para Oliveira (2006), um fator importante a ser considerado no cuidado dispensado pela família ao idoso diz respeito às relações familiares, pois estas podem trazer bem-estar ou desavenças à relação atual.

Também foram encontradas relações distantes e conflituosas entre os membros da família, como mostram os genogramas 11 e 12.

A Figura 11 apresenta a estrutura familiar da idosa (“Eufrásia”), viúva, com 85 anos de idade, mãe de dois filhos, que morava com sua filha e três netos. Relatava possuir ligação distante com seu filho “João” e sua neta “Laís” e ligação próxima com sua filha “Maria Eli”.

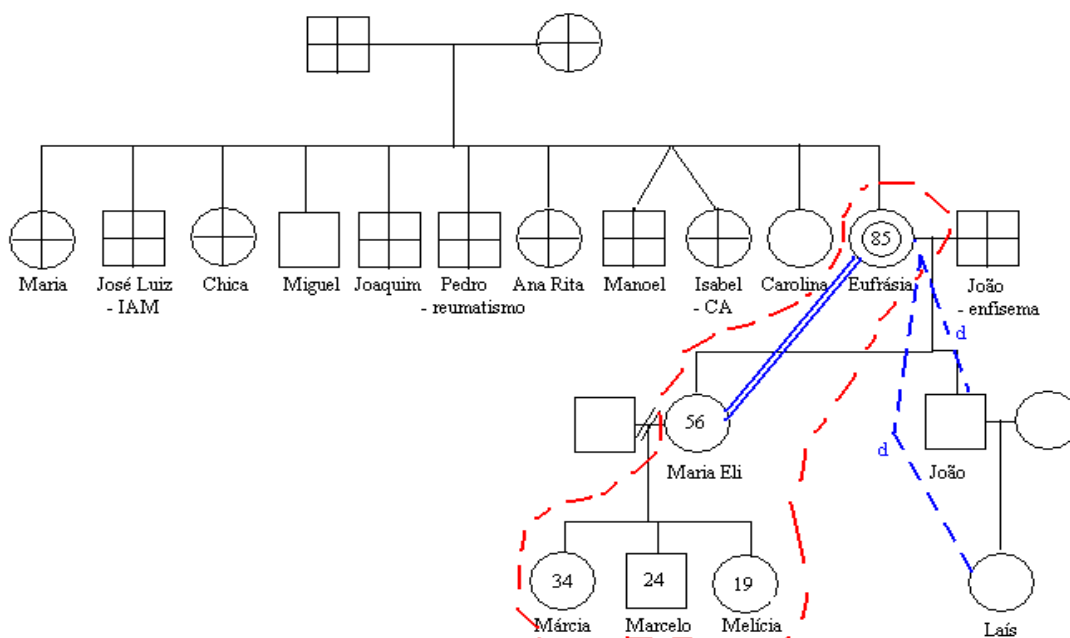


Figura 11- Estrutura familiar da idosa “Eufrásia”

A Figura 12 apresenta a estrutura familiar de um idoso (“Guilherme”), com 70 anos de idade, casado por duas vezes, que morava com sua esposa Maria e seu enteado “Abraão”. Relatava possuir ligação conflituosa com este enteado e com um de seus filhos “Silvio”.

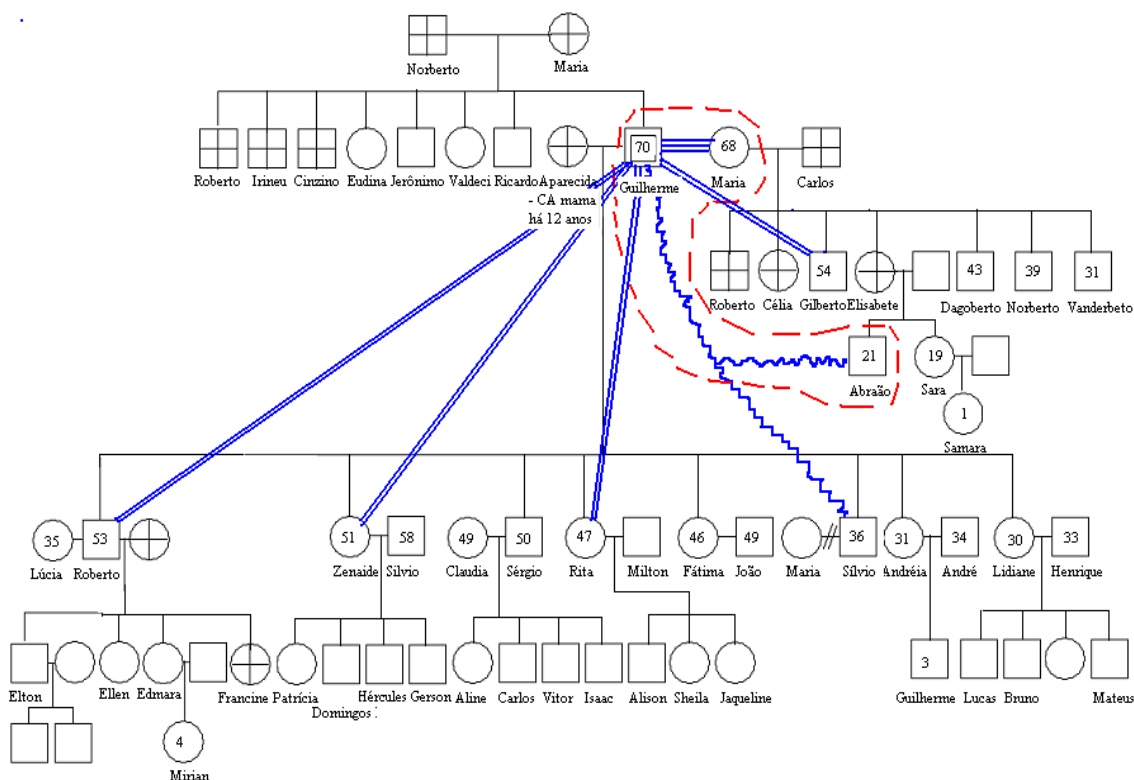


Figura 12- Estrutura familiar do idoso “Guilherme”

Em geral, a estrutura familiar dos idosos pobres é multigeracional, sendo que estes moram com esposo (a) /companheiro (a) e filhos. Alguns vivem com os netos também. Foram encontradas famílias com até sete membros.

No contexto de pobreza, apenas 7% dos idosos vivem sozinhos, 38% vivem com mais uma pessoa, 33% vivem com mais duas pessoas e 20% vivem com quatro pessoas ou mais.

Para Feliciano, Moraes e Freitas (2004) a condição de vida encontrada entre os idosos residentes na periferia do município de São Carlos, mostrou que metade deles tem convivido em lares multigeracionais.

Pavarini et al (2009) realizaram um estudo com 49 octogenários com alterações cognitivas a fim de identificar a relação entre uma medida de vulnerabilidade social (IPVS) e alguns indicadores de apoio familiar. Os dados revelam que a maioria dos entrevistados morava com a família, porém sem o cônjuge (71%), 12% moravam com o cônjuge e familiares, 12% moravam sozinhos e os demais (5%) moravam apenas com o cônjuge. Contudo, na maioria dos casos, as famílias não eram muito grandes. Em metade dos casos, os idosos moravam com mais um (41%) ou mais dois idosos (9%). No contexto de vulnerabilidade social alta,

havia uma porcentagem maior de idosos morando em residências unigeracionais do que multigeracionais, enquanto nos demais contextos de vulnerabilidade social, prevaleceram arranjos familiares multigeracionais. Esses dados divergem dos achados dessa pesquisa, pois em contexto de alta vulnerabilidade social os idosos moravam em lares multigeracionais.

2 Os cuidadores dos idosos

Foram entrevistados 72 cuidadores. Destes, 50% (n=36, sendo 32 mulheres e 4 homens) pertencem a regiões de baixa e média vulnerabilidade social e 50% (n=36, sendo 31 mulheres e 5 homens) a regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social. Para cada idoso, foi considerado o cuidador primário referido pelo próprio idoso.

Os cuidadores dos idosos participantes dessa pesquisa são predominantemente mulheres (88%), casadas (63%) e com idade entre 41 a 60 anos (39%), que, na maior parte das vezes, moravam na mesma casa que o idoso (76%).

Os dados mostram que 53% dos cuidadores afirmam possuir ligação estreita com o idoso.

Em relação à escolaridade dos cuidadores, a maioria possui ensino fundamental incompleto (43%).

Em relação à renda, 75% dos cuidadores afirmam não trabalhar fora, 36% relatam não possuir renda e 83% não são os principais responsáveis pela renda.

Quando os cuidadores foram questionados sobre o motivo pelo qual cuidam destes idosos, 50% afirmam que o cuidado é exercido por vontade, desejo próprio e 42% por ser a única pessoa disponível para realizar tal tarefa.

Sessenta e cinco por cento dos cuidadores dos idosos dizem não apresentar doença ou condição referida no momento da coleta de dados, 29% relatam hipertensão arterial, 4% diabetes, 4% osteoporose, 1% artrite/artrose.

Em relação à ajuda recebida para cuidar dos idosos, 51% dos cuidadores afirmam não receber ajuda para o cuidado destinado aos idosos.

Os cuidadores dos idosos que vivem em contextos de alta e muito alta vulnerabilidade são predominantemente mulheres (86%), casadas ou que vivem com

companheiro (58%) e na faixa etária dos 41 aos 60 anos (42%), conforme Gráficos 28, 29 e 30, respectivamente.

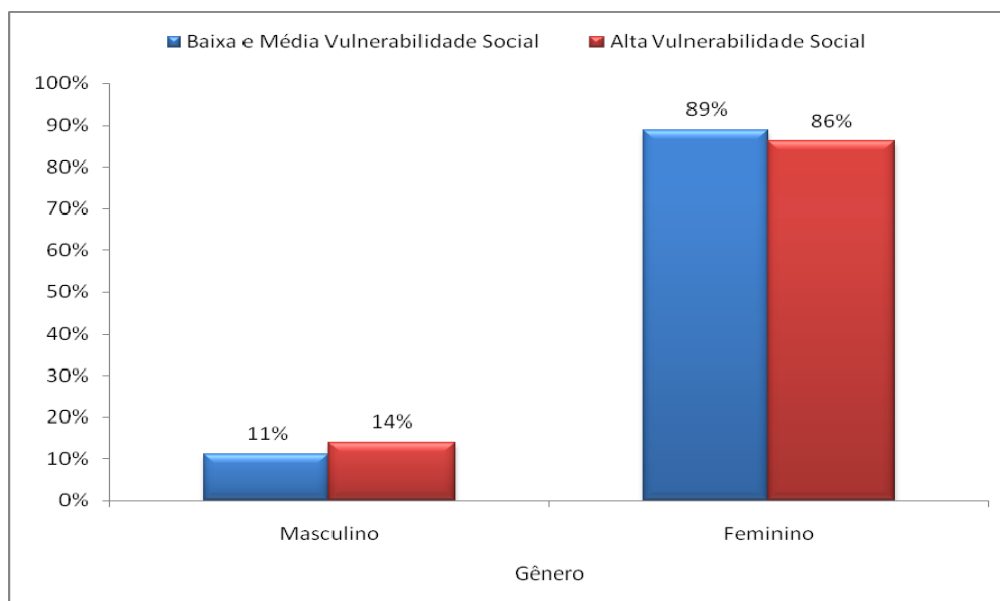


Gráfico 28 - Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo o gênero. São Carlos, 2009.

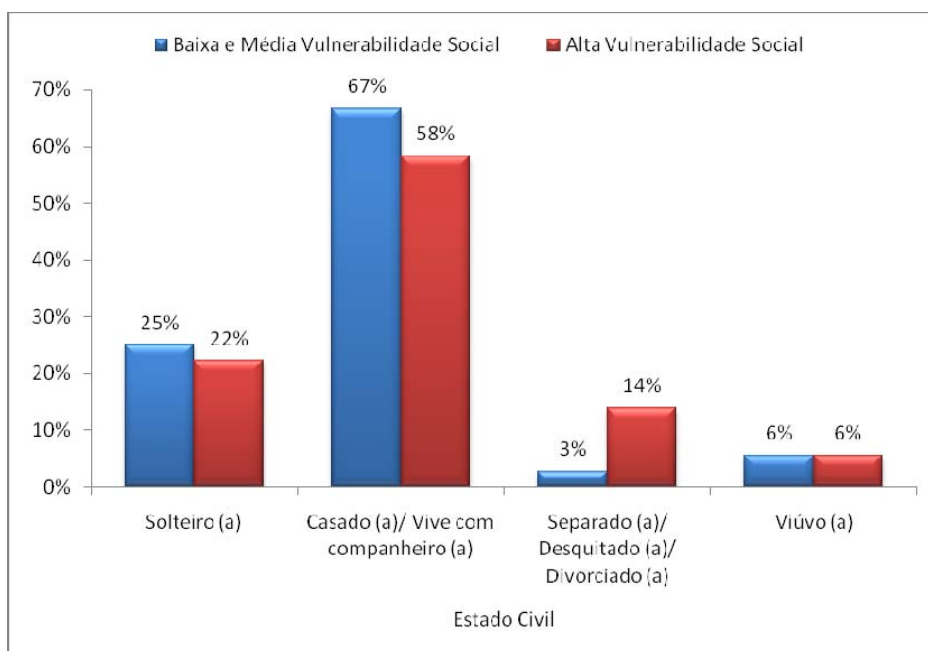


Gráfico 29 – Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo o estado civil. São Carlos, 2009.

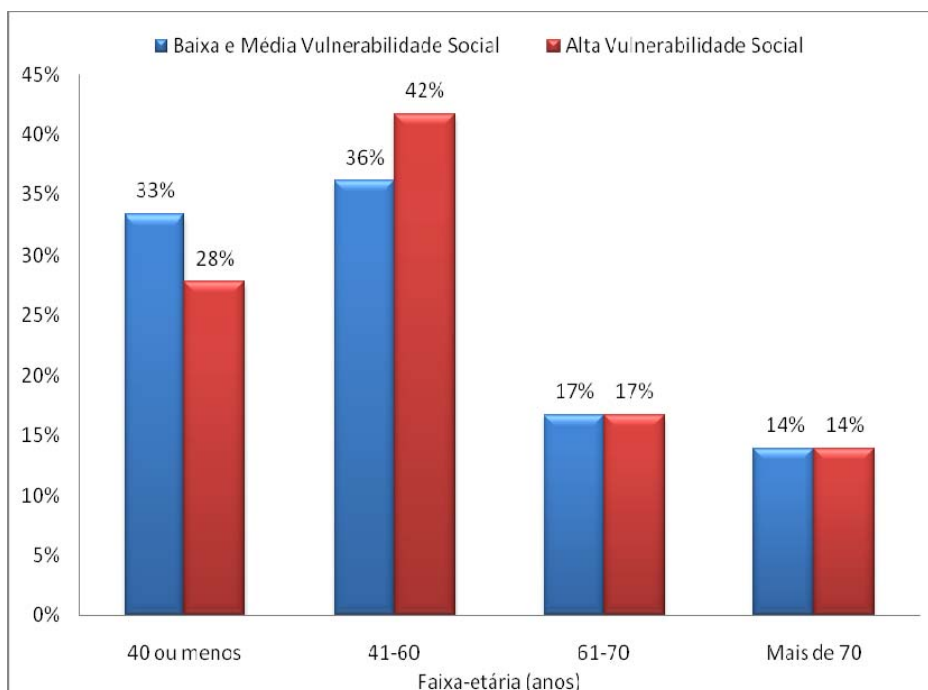


Gráfico 30 - Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo a faixa etária. São Carlos, 2009.

Lemos, Gazzola e Ramos (2006) também encontraram dados semelhantes em seu estudo realizado com 45 idosos e 29 cuidadores em São Paulo, o qual apontou que a amostra de cuidadores caracterizou-se por maioria feminina (89,7%), média etária de 58,48 anos, sendo a maior concentração de idade na faixa etária de 41 a 60 anos e 55,2% com vida conjugal.

Resultados similares foram encontrados no trabalho feito por Luzardo, Gorini e Silva (2006), mostrando que a maioria dos cuidadores são mulheres (83,3%), casadas (69,4%), com média de idade de 59,33 anos, variando entre 33 e 78 anos.

Gonçalves et al (2006) realizaram uma pesquisa com 115 familiares cuidadores de idosos em Florianópolis. Os resultados mostraram que a maioria dos cuidadores era do gênero feminino (84,3%), casada (58,2%) e com média de idade de 48,5 anos (58,2%). Para Gonçalves et al (2006), os dados continuam demonstrando que os cuidadores de idosos são predominantemente mulheres de meia idade.

Thober, Creutzberg e Viegas (2005) realizaram um estudo em uma entidade fechada de Porto Alegre, sem fins lucrativos, que oferece aos servidores públicos federais planos e programas de saúde, assistência social e previdência complementar. Com o objetivo de identificar o nível de dependência de idosos e

compreender as percepções do cuidador/familiar sobre os cuidados domiciliários que decorrem do nível de dependência do idoso, foram entrevistadas 12 famílias. Os resultados mostraram que em 90% dos casos o cuidado do idoso fragilizado é realizado por mulheres. Dentre elas, 40% são esposas, 25% filhas e 16% contratadas. A faixa etária de 75% dos cuidadores estava acima de 50 anos, sendo que destes, 50% têm mais de 60 anos.

Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) realizaram uma pesquisa quantitativa com 66 cuidadores familiares de pacientes dependentes, usuários de Programas Saúde da Família. Um dos objetivos era caracterizar esses cuidadores segundo dados sociodemográficos e condições de saúde. Como resultados obtiveram que a maioria (83,3%) era do sexo feminino, com idade média de 50,5 anos, casadas (62,2%) e filhas (37,9%) dos idosos.

Geralmente, quem desempenha as tarefas de cuidar em família é uma mulher, uma vez que prestar cuidado é secularmente uma atribuição feminina, quer seja esposa, filha ou irmã (ROSSI; ROSSI, 1990; NERI; SOMMERHALDER, 2002).

Vários autores consideram uma questão cultural e social no Brasil a predominância de escolha por mulheres para o cuidado. Essa questão está implícita no próprio papel social da mulher, seja como esposa, filha ou nora (CALDAS, 2003; KARSCH, 2003; ALVAREZ, 2001; NERI, 2001; MARCON; ANDRADE; SILVA, 1998).

Garrido e Menezes (2004) afirmam que os cuidadores com frequência são as mulheres de meia idade e idosas, que desempenham esta atividade obedecendo a normas culturais em que cabe a ela a organização da vida familiar, o cuidado dos filhos e o cuidado aos idosos.

Para Penning (1991), a cuidadora preferencial é a esposa. Depois, vêm as descendentes de segunda geração, em que a candidata mais provável é a filha mais velha. Raramente o cuidador é outro parente ou uma pessoa jovem, e mais raramente ainda é um homem.

Quanto à escolha por pessoas do sexo masculino, essa recai quando o cuidado está relacionado às Atividades Instrumentais de Vida Diária, principalmente em se tratando de atividades relacionadas às finanças. Os filhos ou genros, quando prestam assistência, o fazem oferecendo ajuda material, cuidando dos interesses econômicos dos idosos e colaborando em tarefas de ajuda instrumental (NERI; CARVALHO, 2002).

Assim, Lemos, Gazzola e Ramos (2006) reafirmam o papel social da mulher, tradicionalmente reforçado pela nossa sociedade, que atribui principalmente ao homem o dever de manutenção financeira da família, e à mulher a organização dela.

Os dados dessa pesquisa mostram que, na maior parte das vezes, os cuidadores moravam na mesma casa que o idoso (83%), conforme mostra o Gráfico 31.

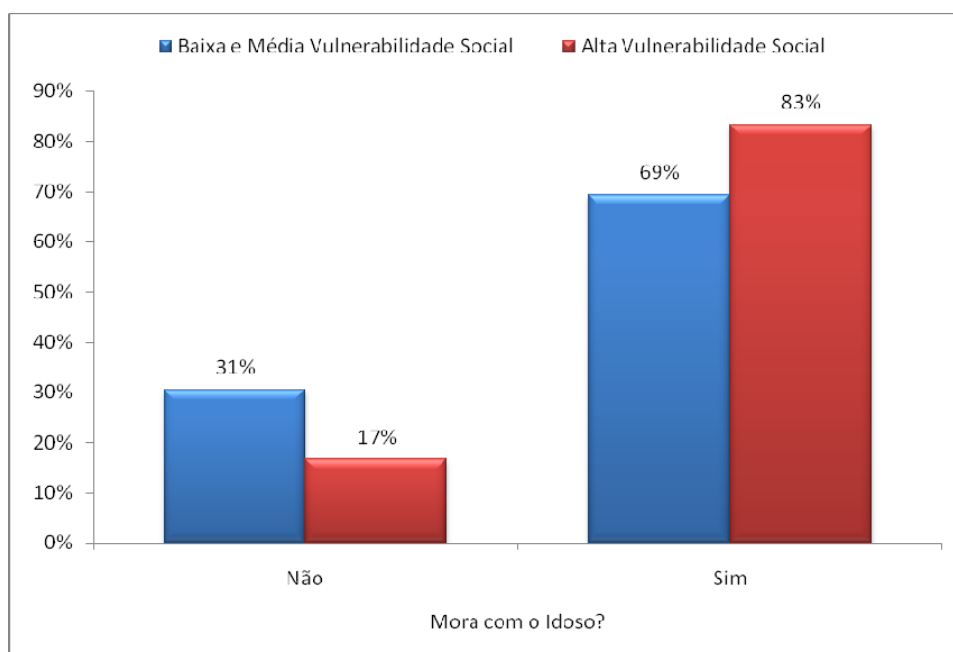


Gráfico 31 – Distribuição dos cuidadores dos idosos que moram na mesma casa que o idoso ou não. São Carlos, 2009.

Os resultados do estudo de Lemos, Gazzola e Ramos (2006) são semelhantes aos encontrados nessa pesquisa, pois 86,2% dos cuidadores também residiam com o idoso.

Para Luzardo, Gorini e Silva (2006), os cuidadores são, preferencialmente, os cônjuges, do sexo feminino e que vivem junto do idoso.

Na literatura, foram encontrados que, além de fatores geracionais, de gênero e parentesco, ser escolhido ou decidir assumir as tarefas de cuidar pode depender de outros eventos. Entre eles, morar na mesma casa, ter condições financeiras e dispor de tempo são determinantes comuns da elegibilidade do cuidado (NERI; SOMMERHALDER, 2002; SANTOS; RIFIOTIS, 2003; MORAGAS, 1997).

Em relação à escolaridade dos cuidadores, a maioria possui ensino fundamental incompleto (39%), seguidos de 25% de analfabetos, como se observa no Gráfico 32.

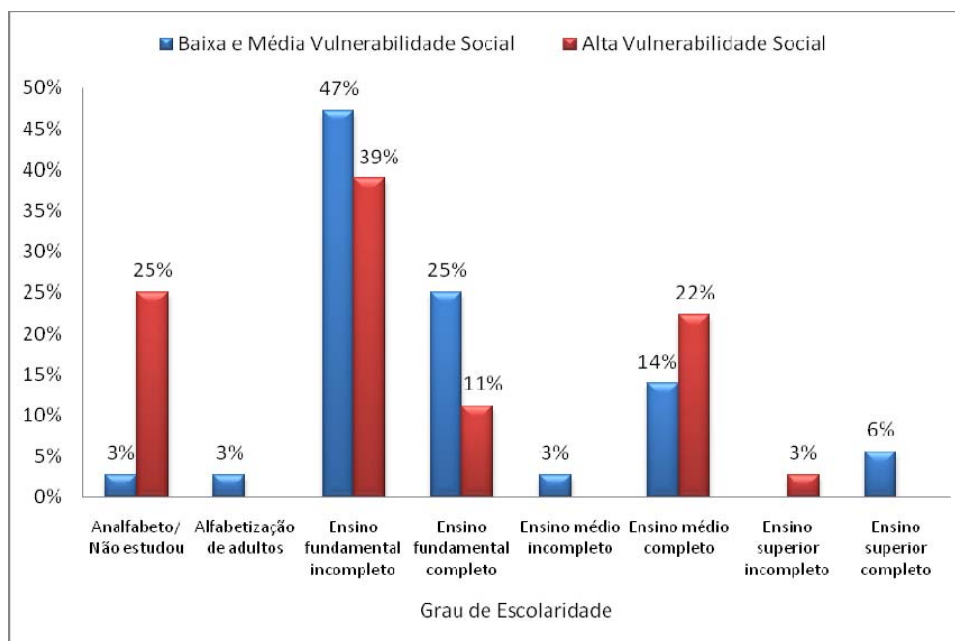


Gráfico 32 – Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo a escolaridade. São Carlos, 2009.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Lemos, Gazzola e Ramos (2006), no qual 55,2% dos cuidadores tiveram até oito anos de estudo. Resultados parecidos também foram encontrados na pesquisa de Gonçalves et al (2006), no qual a maioria dos cuidadores entrevistados (50,3%) cursaram apenas o ensino básico. Os achados do trabalho de Luzardo, Gorini e Silva (2006) também foram análogos, sendo que a maioria (52,8%) apresentou escolaridade em torno de oito anos. Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) verificaram em seu estudo que a maioria dos cuidadores possuía ensino fundamental completo ou mais (43,8%), seguidos de ensino fundamental incompleto (35%) e analfabetos (21,2%).

Em relação à renda, 83% dos cuidadores afirmam não trabalhar fora, 40% relatam possuir de meio a um salário mínimo e 81% não são os principais responsáveis pela renda, conforme os Gráficos 33, 34 e 35, respectivamente.

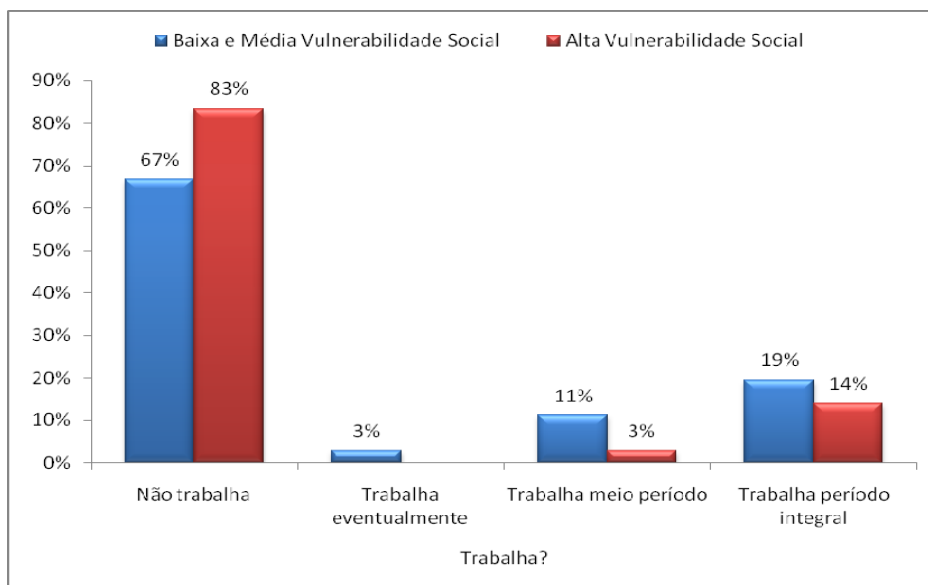


Gráfico 33 – Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo o exercício de atividades fora de casa. São Carlos, 2009.

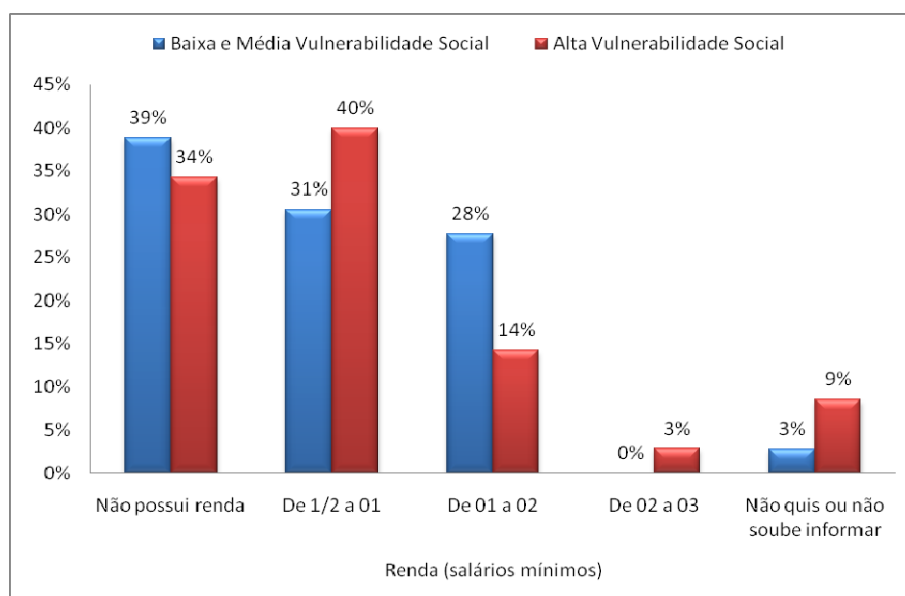


Gráfico 34 – Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo a renda. São Carlos, 2009.

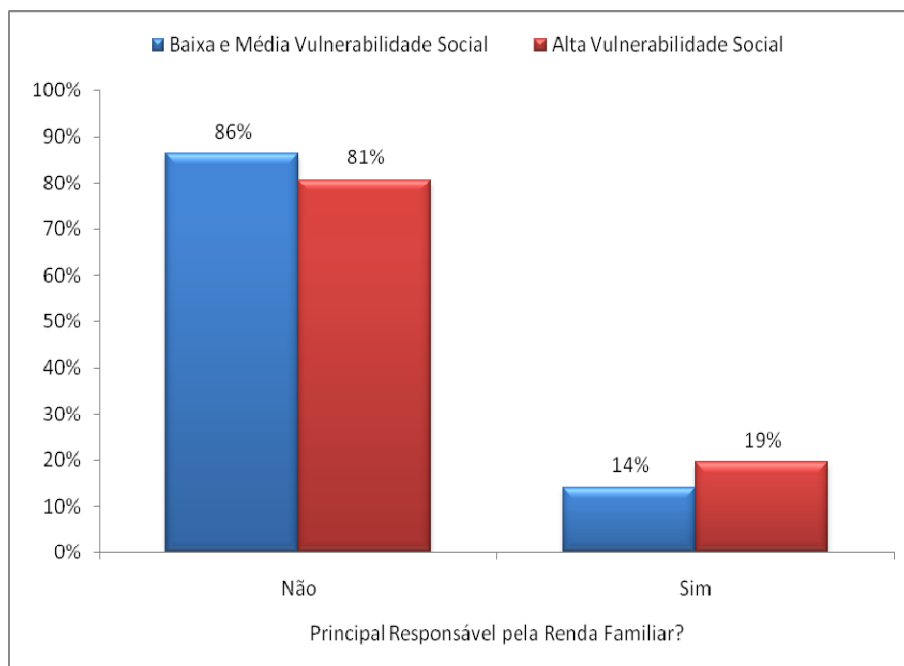


Gráfico 35 – Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo a possibilidade de ser o principal responsável pela renda. São Carlos, 2009.

O estudo de Luzardo, Gorini e Silva (2006) mostrou que 33,3% dos cuidadores não apresentavam outra ocupação além de cuidar do idoso e que 30,5% realizavam atividades domésticas além de cuidar do idoso.

Caldeira e Ribeiro (2004) afirmaram em seu estudo que algumas cuidadoras de idosos relataram não poder assumir empregos extra-domiciliares devido aos cuidados que devem ser dispensados integralmente e diariamente ao idoso.

Um dos aspectos que comprometem o cotidiano da maioria das famílias cuidadoras da camada mais pobre da população é a dificuldade financeira. Muitos cuidadores estão desempregados e sobrevivem dos recursos provenientes da própria aposentadoria do idoso que, em muitos casos, são insuficientes para atender as necessidades básicas do próprio idoso e também dos membros de uma família multigeracional (CAMARANO, 2004; GONÇALVES et al, 2006).

Os dados mostram que 53% dos cuidadores afirmam possuir ligação estreita com o idoso, 31% ligação próxima, 14% ligação normal e 3% ligação distante, conforme Gráfico 36.

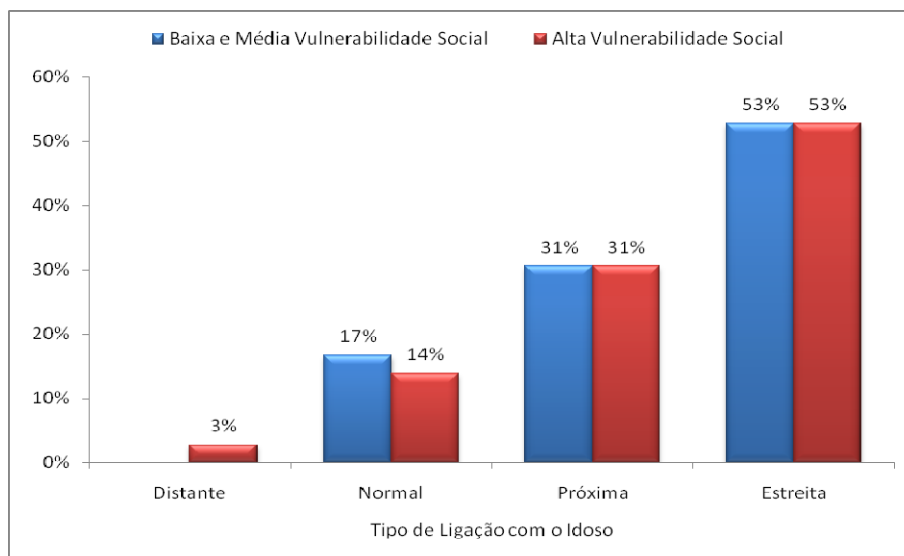


Gráfico 36 – Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo a relação que existe entre o cuidador e o idoso. São Carlos, 2009.

Para Pavarini et al (2006), dentro do contexto familiar existem relações afetivas e pessoais na construção histórica de cada um de seus membros, que precisam ser analisadas. A qualidade dessas relações familiares pode influenciar na qualidade do cuidado. Sabe-se que o vínculo emocional entre o idoso e seu cuidador é importante para que se construa uma relação de intimidade e confiança. Esse cuidado, porém, pode ser penoso e inadequado, tanto para o cuidador quanto para o idoso, quando as relações familiares se baseiam em tensão, crises e conflitos.

Santos e Rifiotis (2003) afirmam que os laços afetivos, a relação de intimidade entre o idoso e o possível cuidador, a proximidade geográfica entre eles, a personalidade do cuidador, sua história de relacionamento com o idoso e com outros membros da família, sua motivação e sua capacidade de doação também interferem na disponibilidade para cuidar. O nível socioeconômico também interfere. Em famílias de nível socioeconômico mais baixo, há maior probabilidade de recebimento de auxílio familiar do que nas classes média e alta.

O Gráfico 37 mostra que o cuidado destinado aos idosos é exercido por vontade em 53% dos casos e por ser a única pessoa disponível em 36%.

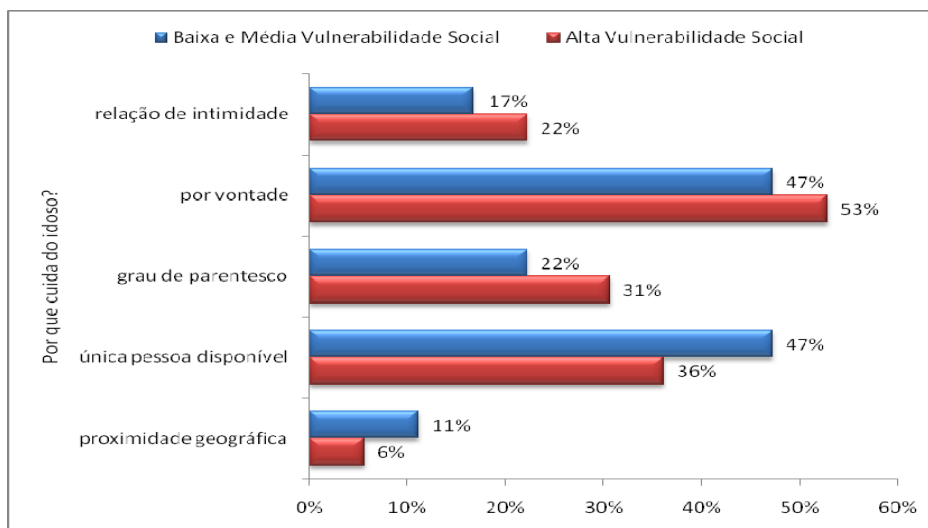


Gráfico 37 – Distribuição dos cuidadores dos idosos segundo o motivo do cuidado ser exercido. São Carlos, 2009.

Para Simonetti e Ferreira (2008), o cuidado é exercido por uma questão de caridade e pelo cuidador se sentir obrigado a realizar esta função.

Gonçalves et al (2006) afirmam que entre os motivos atribuídos pelos cuidadores em assumir a responsabilidade pelo idoso, destacam-se a dignificação como pessoa, a obrigação moral ou prática e princípios religiosos, o reconhecimento do próprio idoso com manifestação de gratidão, o reconhecimento da família e da comunidade, e também como sendo a única opção.

O Gráfico 38 mostra que 56% dos cuidadores dos idosos dizem não apresentar doença ou condição referida no momento da coleta de dados.

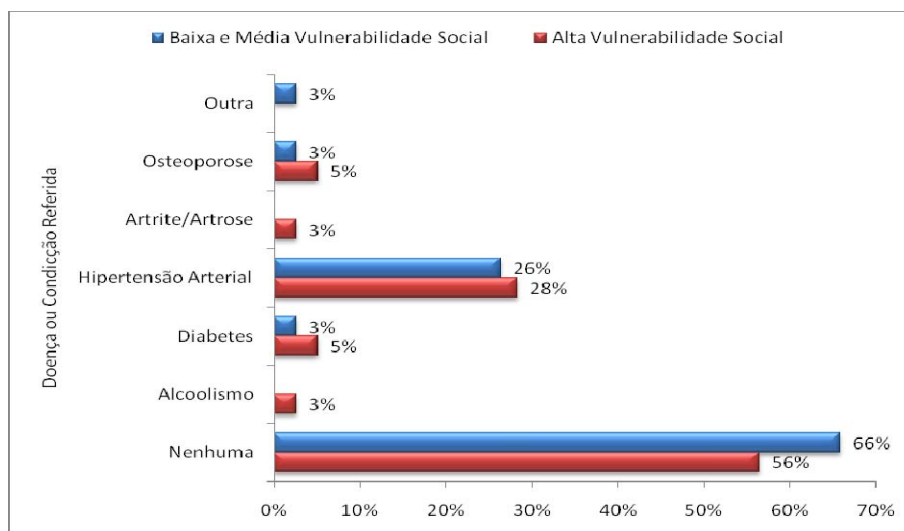


Gráfico 38 – Distribuição de doenças ou condição referida dos cuidadores dos idosos. São Carlos, 2009.

Gonçalves et al (2006) também questionaram sobre a situação de saúde, doenças ou problemas que afetavam os cuidadores dos idosos. Os resultados mostraram que 16,5% referiram sofrer de hipertensão arterial e outros problemas cardiovasculares, 9,5% problemas osteomusculares e 6,9% diabetes mellitus.

Em relação à ajuda recebida para cuidar dos idosos, 58% dos cuidadores afirmam não receber ajuda para o cuidado destinado aos idosos (Gráfico 39).

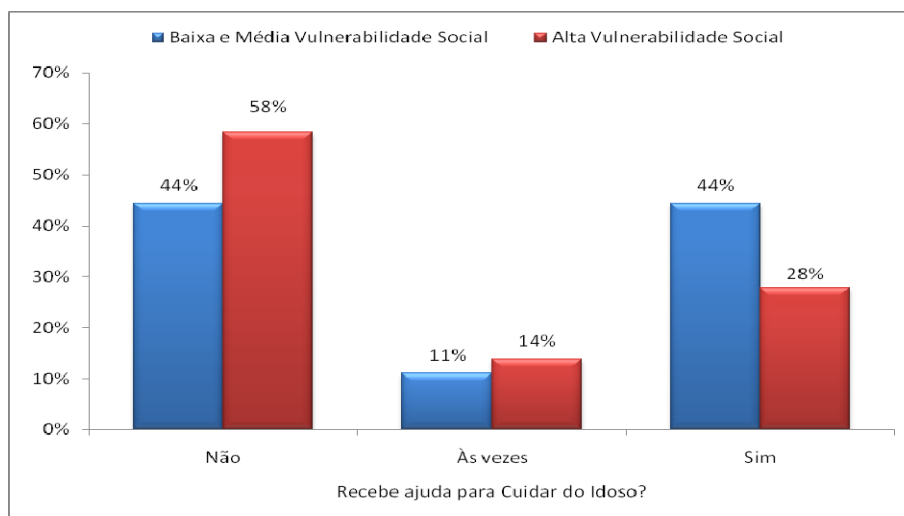


Gráfico 39 – Distribuição da ajuda recebida para cuidar do idoso. São Carlos, 2009.

Para Simonetti e Ferreira (2008), o estresse maior está relacionado à falta de ajuda por parte dos familiares, pois, na maioria das vezes, o cuidador desempenha seu papel sozinho, sem a ajuda de outras pessoas, sejam familiares ou profissionais.

Estudos evidenciaram que o cuidador, ao assumir sozinho os cuidados do idoso no domicílio, manifesta frequentemente seu desconforto e sentimento de solidão, quando não sente apoio de outros membros da família (LUZARDO; WALDMAN, 2004).

Um estudo realizado na Espanha teve como objetivos analisar as variáveis que estavam associadas com a sobrecarga dos cuidadores de idosos dependentes. Foram sujeitos dessa pesquisa 153 cuidadores. Os resultados mostraram que os cuidadores tinham uma idade média de 62 anos, maioria do sexo feminino (62,7%), esposas (40,5%), com baixa escolaridade (67,3%), que não trabalhavam fora de casa (82,4%). Os autores descobriram que quanto maior era o

tempo dispensado ao cuidado, maior era a sobrecarga do cuidador; quanto maior o número de doenças do idoso, maior era o sentimento de incompetência do cuidador; quanto maior o comprometimento funcional do idoso, maior era a sobrecarga do cuidador e maior o seu sentimento de incapacidade para continuar realizando o cuidado. Na maioria dos casos, o cuidador recebia ajuda de pessoas de sua família para o cuidado (85,6%), geralmente de suas filhas ou de serviços de saúde. Embora em 41,2% dos casos, a ajuda não ultrapassava sete horas semanais. 80,9% dos cuidadores que recebiam ajuda consideravam-na insuficiente (GARCÉS et al, 2009).

Assim, os dados revelam que os cuidadores dos idosos pobres são predominantemente do sexo feminino, casados, na faixa etária dos 41 aos 60 anos e que moram no mesmo domicílio do idoso. Possuem ensino fundamental incompleto, não exercem trabalho fora do domicílio e afirmam possuir ligação estreita com o idoso cuidado. A maioria relata não receber ajuda de outras pessoas para realizar o cuidado ao idoso.

PARTE 3. AVALIANDO A FUNCIONALIDADE FAMILIAR (APGAR DE FAMÍLIA)

Na terceira parte, serão apresentados os resultados do APGAR de Família relativos aos idosos, aos seus familiares e cuidadores.

1 APGAR DOS IDOSOS

Em relação à funcionalidade familiar relatada pelos idosos, 82% afirmam boa funcionalidade familiar, 11% moderada disfunção familiar e 7% elevada disfunção familiar, conforme Gráfico 40.

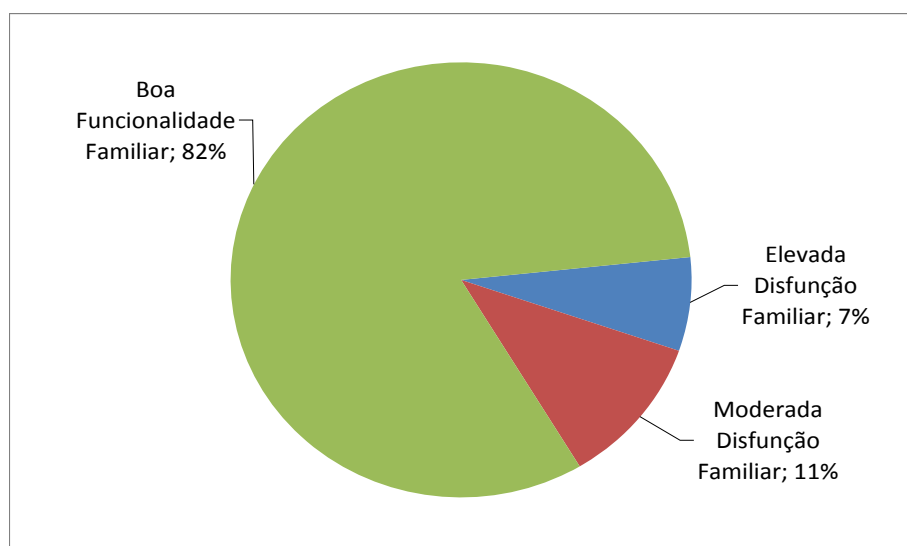


Gráfico 40 – Distribuição da funcionalidade familiar segundo a visão dos idosos. São Carlos, 2009.

Resultados semelhantes foram encontrados na literatura. Um estudo realizado em Concepción, Chile, usou como instrumento de coleta de dados o APGAR de família na sua versão adaptada no próprio país para idosos e teve como objetivo conhecer o funcionamento social dos idosos segundo algumas dimensões psicossocioculturais e familiares que os caracterizam, como a auto-estima e o funcionamento familiar. Participaram dessa pesquisa 300 idosos inscritos no “Programa del Adulto Mayor” de Unidades de Atención Básica e seus cuidadores. Como resultados, obtiveram que houve predomínio de mulheres (68%), da faixa etária dos 70 aos 79 anos (48,3%), 84% desses idosos afirmaram ter um bom funcionamento familiar, descrevendo como altamente positivo o funcionamento de sua família (MERCEDES ZAVALA et al, 2006). Esses dados estão de acordo com

um estudo realizado no Brasil, o qual mostrou que 87,1% dos idosos apresentavam boa funcionalidade familiar (PAVARINI et al, 2006).

Um estudo retrospectivo e descritivo realizado durante o ano de 1995, em San Cristobal, Cuba, também usou o APGAR de família com o objetivo de determinar a adequação desse instrumento como método para diagnosticar a funcionalidade familiar segundo a percepção de idosos e sua relação com a idade, estrutura familiar, funcionamento familiar e vínculo laboral. Foram sujeitos 70 idosos, com 60 anos de idade ou mais, não institucionalizados e sem alterações cognitivas. Os dados mostraram que a associação entre as pontuações obtidas no APGAR familiar com os diferentes grupos de faixa etária não apresentou resultados estatisticamente significativos, predominando uma boa funcionalidade familiar no grupo de idosos com 65 a 69 anos. Em relação à estrutura familiar, os idosos que moravam em contextos familiares multigeracionais afirmaram ter uma moderada funcionalidade familiar. Em relação aos idosos que viviam em famílias com estrutura nuclear foi verificada boa funcionalidade familiar. Em relação ao funcionamento familiar, comprovou-se uma correspondência muito significativa entre a percepção da funcionalidade familiar pelo idoso e a mesma avaliação, realizada pelo investigador. Em relação ao vínculo laboral, as diferenças não foram estatisticamente significativas para idosos vinculados ou não ao trabalho, embora tenha havido predomínio discreto de boa funcionalidade familiar relacionada aos idosos que são aposentados, mas que ainda trabalham (DÍAZ TABARES; SOLER QUINTANA; GARCÍA CAPOTE, 1998).

Uma pesquisa realizada em Chiloé, no período de janeiro a abril de 1997, teve como objetivo medir o grau de privação afetiva em que viviam os idosos de uma comunidade rural pobre. Foram entrevistados 102 pacientes, com idade maior que 60 anos. A população do estudo foi constituída de 88,2% de mulheres e 11,8% de homens. Os resultados evidenciaram que a causa mais freqüente de consulta estava relacionada ao controle de enfermidades crônicas não transmissíveis, em destaque a hipertensão arterial. Aproximadamente 48,1% das consultas se referiam a transtornos afetivos e psicológicos. Em relação aos aspectos socioeconômicos, 72,5% vivem em situação de indigência. Noventa e oito por cento moram com familiares e 29,4% são casados. O APGAR de família revelou 80,4% com boa funcionalidade familiar (ROCHA MIZ; MUÑOZ ACUÑA; CARRIEL CASTILLO, 1997).

Um trabalho realizado em San Juan de Dios, Chile, no período de setembro a novembro de 1989, teve como objetivos quantificar o apoio familiar e de amigos a pacientes idosos hospitalizados. Foram sujeitos dessa pesquisa 86 pacientes, maiores de 65 anos, de ambos os sexos, internados no Hospital de San Juan de Dios, sendo 39,5% homens e 60,5% mulheres. Dentre eles, 23% eram analfabetos e 93% moravam com a família. As patologias mais frequentes foram tumores e afecções cardiovasculares e digestivas. Os resultados obtidos com o APGAR de família mostraram que 22,1% dos casos apresentaram disfunção familiar severa em relação ao apoio familiar. Em relação ao apoio oferecido pelos amigos, 60,55% dos casos apresentaram uma disfunção severa (VARELA JERALDO et al, 1991).

Boa funcionalidade familiar ou leve disfunção familiar foram identificadas em 75% dos participantes de uma pesquisa realizada na Venezuela com 95 famílias (FERRER, 2003).

Uma pesquisa realizada em Taiwan teve como sujeitos 77 pacientes com câncer terminal, com idade média de 69,3 anos, maioria do sexo feminino (54,5%) e de nível socioeconômico médio. Em relação à funcionalidade familiar, 83,1% dos sujeitos relataram boa funcionalidade familiar (PENG et al, 2009).

Um estudo feito na Espanha com 296 idosos dependentes obteve como resultados um indicativo de tendência favorável à família “normofuncional” (GARCÉS et al, 2009).

Embora a maioria dos estudos encontrados revele que haja predomínio de boa funcionalidade familiar entre os idosos, foram encontrados estudos realizados em diferentes contextos sociais que afirmem o contrário.

Uma pesquisa realizada em San Juan de Dios teve como objetivos caracterizar os residentes de uma instituição para idosos. Foram sujeitos dessa pesquisa 82 idosos. Os resultados mais significativos apontaram que 86,5% possuíam duas ou mais patologias, 60% dos idosos apresentaram disfunção severa, relacionada tanto ao apoio familiar quanto aquele oferecido por amigos (VARELA JERALDO et al, 1990).

Um estudo descritivo realizado na Venezuela objetivou conhecer a funcionalidade familiar de idosos portadores de sintomas depressivos. Participaram dessa pesquisa 140 idosos de um ambulatório, dos quais 70 faziam parte do grupo controle (tinham outros problemas de saúde e não apresentavam a depressão) e os

outros 70 idosos eram portadores de depressão. Como resultados, notaram um alto índice de disfunção familiar entre os idosos depressivos (61%) e dentro deste percentual, 30% era considerada como disfunção severa (BENEVIDES; ORTIZ, HERRERA, 1999).

Um estudo realizado na Colômbia teve como um de seus objetivos determinar a prevalência de disfunção familiar em idosos sem alterações cognitivas. Participaram desse estudo 136 idosos, com idade média de 69,2 anos, maioria do sexo masculino (57,3%), casados (60,2%), com escolaridade baixa (66,9%) e portadores de hipertensão arterial (64%). Em relação à funcionalidade familiar, observou-se que 29,4% apresentavam disfunção familiar, sendo que destes, 7,3% era considerada como disfunção severa (MAURICIO OCAMPO et al, 2006).

Participaram de um trabalho realizado na Coréia do Sul 53 idosos atendidos nos departamentos de medicina da família, de neurologia e de geriatria de nove hospitais desse país. Todos os idosos eram portadores de alterações cognitivas desde leves até moderados comprometimentos. Os resultados mostraram que 52,9% relataram disfunção familiar (CHO et al, 2001).

Em relação ao sexo, a maioria dos homens (97%) afirma boa funcionalidade familiar. As mulheres apresentam maiores porcentagens de disfunção familiar, na qual 16% relatam moderada disfunção e 10% elevada disfunção familiar, conforme Gráfico 41.

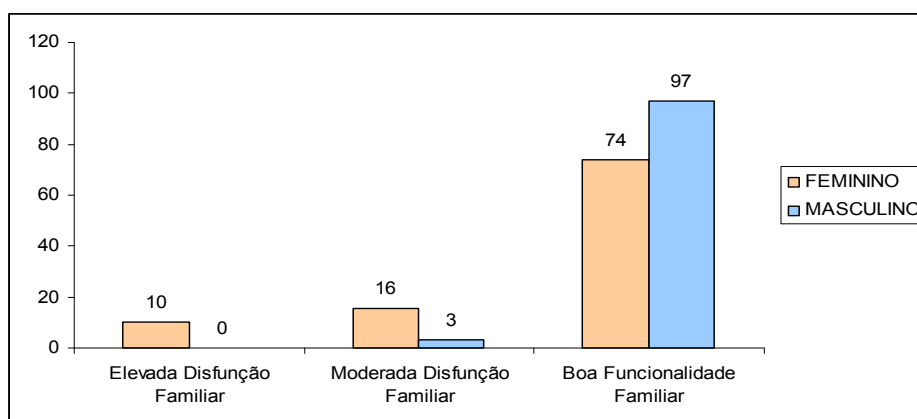


Gráfico 41 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo sexo. São Carlos, 2009.

De acordo com o teste de Mann Whitney ($p=0,057$) não houve diferença significativa entre o sexo feminino e masculino com relação ao APGAR de família. O sexo não influencia no APGAR de família.

Um trabalho realizado com 138 idosos hispânicos, portadores de diabetes tipo 2, teve como instrumento de coleta de dados o APGAR de Família. Como resultados, obtiveram que, a maioria dos idosos era do sexo feminino (66,7%), com idade média de 64,1 anos, casados (54,3%), com escolaridade de um a oito anos (48,2%). Em relação à funcionalidade familiar, aproximadamente 72% relataram boa funcionalidade familiar e 28% moderada ou elevada disfunção familiar. Não houve resultados estatisticamente significativos em relação à funcionalidade familiar de homens e mulheres, estando de acordo com os achados do presente estudo (WEN; PARCHMAN; SHEPHERD, 2004).

Em relação às faixas etárias, a maioria dos idosos apresenta boa funcionalidade familiar. Dos idosos com até 65 anos, 100% relatam boa funcionalidade familiar. Oitenta e cinco por cento dos idosos da faixa etária dos 66 aos 70 anos apresentam boa funcionalidade familiar. Dos idosos pertencentes à faixa dos 71 aos 75 anos, 70% afirmam boa funcionalidade familiar. Sessenta por cento dos idosos com idade entre 76 e 80 anos apresentam boa funcionalidade familiar. Para os octogenários, 87% afirmam boa funcionalidade familiar. A partir dos 66 anos de idade, há disfunção familiar em todas as faixas etárias seguintes, seja ela moderada ou elevada, conforme mostra o Gráfico 42.

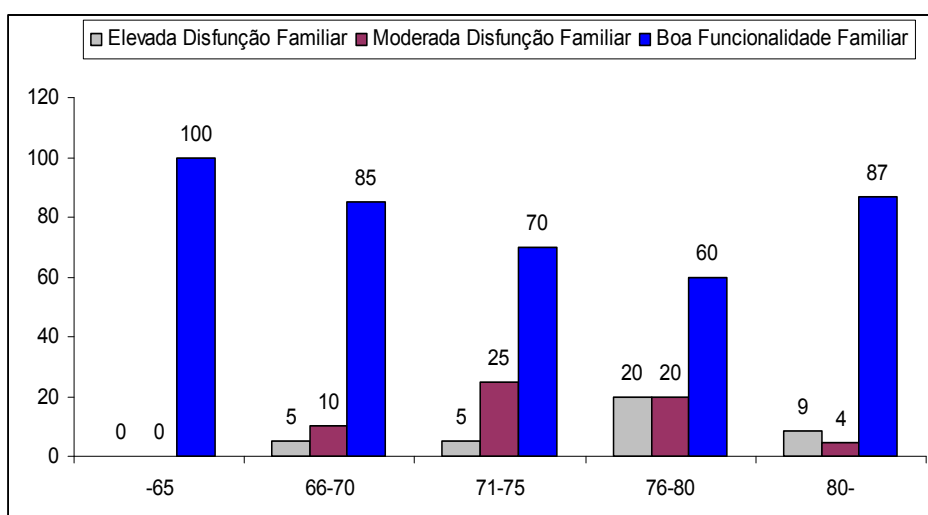


Gráfico 42 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo faixa etária. São Carlos, 2009.

Através da correlação de Spearman verificou-se que não houve correlação significativa (coeficiente de correlação = -0,150 e $p = 0,163$) entre o APGAR do idoso e faixa etária. Assim, o valor do APGAR não está associado com a faixa etária.

Nossos achados mostraram não haver correlação significativa entre a faixa etária e o APGAR de família dos idosos participantes. Esses dados estão de acordo com o estudo realizado em São Paulo, no qual também não houve correlação significativa entre faixa etária e APGAR de família dos idosos entrevistados (DUARTE, 2001).

Dos idosos que moram em contextos de pobreza, 78% relatam boa funcionalidade familiar, 13% moderada disfunção e 9% elevada disfunção familiar. Já os idosos que vivem em contextos de baixa e média vulnerabilidade social, 86% apresentam boa funcionalidade familiar, 9% moderada disfunção familiar e 5% elevada disfunção. O Gráfico 43 mostra que os idosos que vivem em ambientes de pobreza apresentam porcentagens maiores de disfunção familiar se comparados aos idosos que não moram em ambientes pobres.

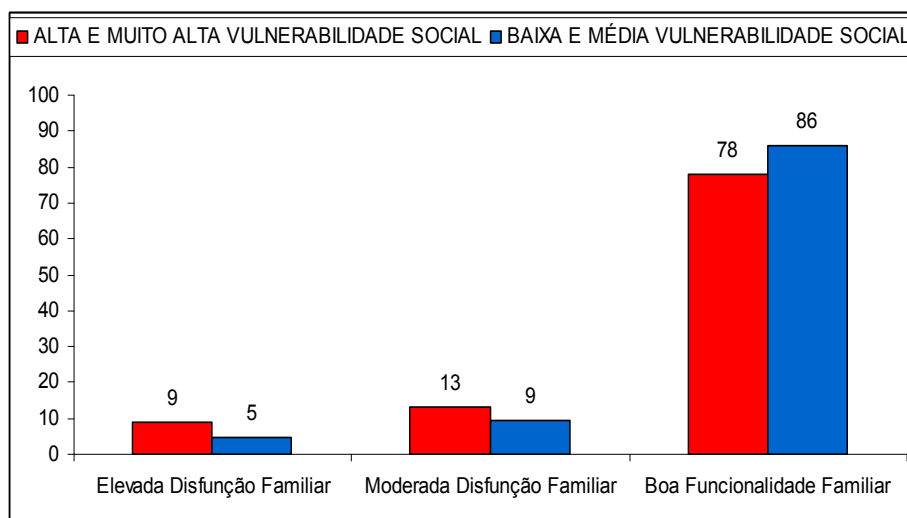


Gráfico 43 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

De acordo com o teste de Mann Whitney ($p=0,816$) não houve diferença significativa entre o grupo de alta vulnerabilidade social e o grupo de baixa vulnerabilidade social com relação ao APGAR de família.

Um trabalho realizado no México teve como objetivos determinar a funcionalidade familiar segundo a percepção dos idosos. Foram sujeitos dessa

pesquisa 397 idosos sem alterações cognitivas. Como resultados, obtiveram que a maioria era do sexo feminino (65%), na faixa etária dos 65 aos 69 anos (28,7%), com um número médio de 4,6 filhos, casadas (53,7%), seguidas de viúvas (32%), com baixa escolaridade (49,6%) e que trabalhavam em casa (53,7%). Em relação à funcionalidade familiar, os autores encontraram que 65,2% dos idosos relataram boa funcionalidade familiar e 34,8% disfunção familiar, seja ela moderada ou elevada. Houve maior disfunção familiar em relação ao sexo feminino, idosos com 70 anos ou mais, viúvos, com baixa escolaridade, com quatro filhos ou mais e que trabalhavam dentro de casa. Concluíram que quando há variáveis que favorecem a marginalidade social tais como o sexo feminino, a viuvez e o baixo nível socioeconômico (baixa escolaridade), o núcleo familiar tende a ser visto como disfuncional pelos idosos (FÁLCON-GUADALUPE; ORTÍZ-NELLY, 2007). Esses achados estão de acordo com o presente estudo, pois houve maior porcentagem de disfunção familiar entre os idosos que vivem em contextos de pobreza.

Em relação ao sexo, a primeira questão – “Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando” – refere-se ao componente Adaptação. Nessa questão, apenas as mulheres (7%) afirmam **raramente** estar satisfeitas ao recorrerem à família em busca de ajuda, 24,6% das mulheres e 6,5% dos homens respondem que **algumas vezes** estão satisfeitos, 12,3 % das mulheres e 19,4% dos homens afirmam **quase sempre** estar satisfeitos e 56,1% das mulheres e 74,2% dos homens relatam estar **sempre** satisfeitos por poderem recorrer à família em busca de ajuda, conforme Gráfico 44.

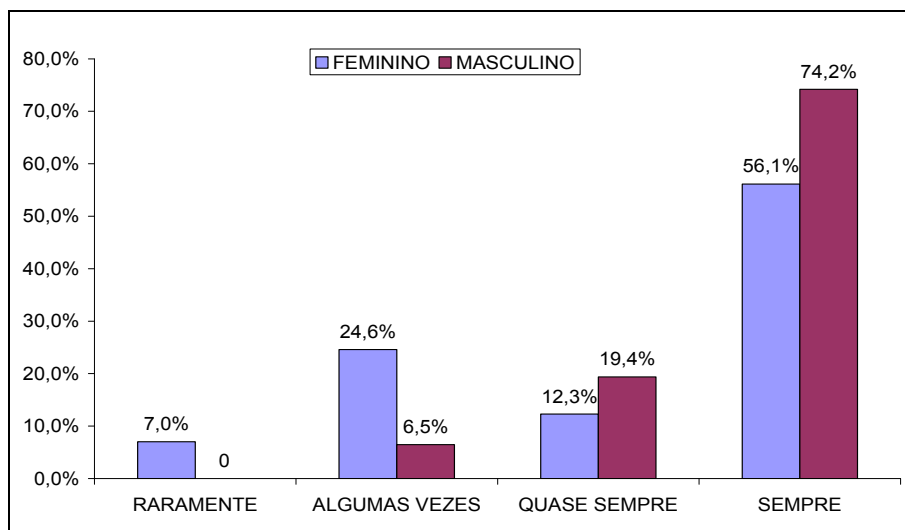


Gráfico 44 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão A do APGAR de Família (referente à adaptação) segundo sexo. São Carlos, 2009.

A segunda questão do Apgar de família – “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas” - refere-se ao componente Companheirismo. Nesse item, 10,5% das mulheres e 3,2% dos homens relatam **raramente** estar satisfeitos com a maneira pela qual ocorriam as comunicações familiares e a resolução de problemas, 17,5% das mulheres e 6,5% dos homens afirmam **algumas vezes** estar satisfeitos, 22,8% das mulheres e 16,1% dos homens **quase sempre** satisfeitos e 49,1% das mulheres e 74,2% dos homens **sempre** satisfeitos com a reciprocidade das comunicações familiares e resolução de problemas, conforme mostra o Gráfico 45.

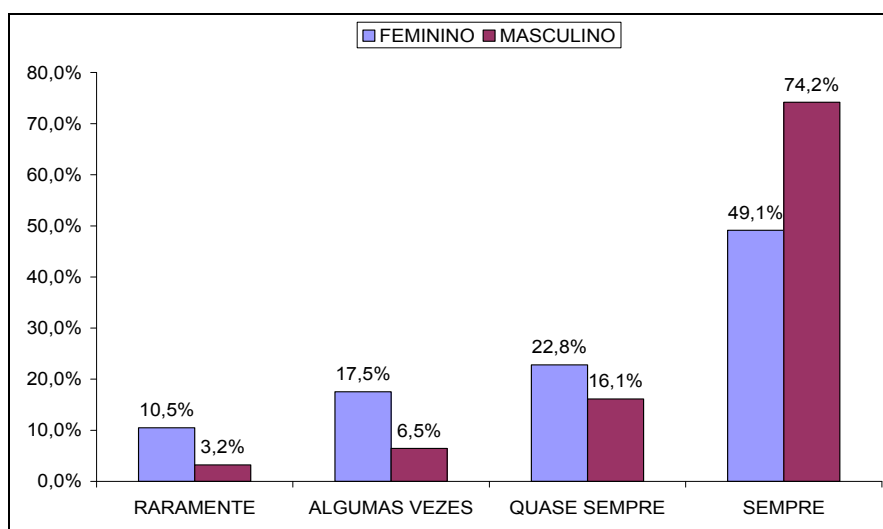


Gráfico 45 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão B do APGAR de Família (referente ao companheirismo) segundo sexo. São Carlos, 2009.

No terceiro componente (Desenvolvimento) – “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções”- somente as mulheres (3,5%) relatam **nunca** estar satisfeitas, 5,3% das mulheres relatam **raramente** estar satisfeitas, 21,1% das mulheres e 25,8% dos homens afirmam **algumas vezes** estar satisfeitos, 38,6% das mulheres e 22,6% dos homens **quase sempre** satisfeitos e 31,6% das mulheres e 51,6% dos homens **sempre** satisfeitos com a aceitação e apoio da família em relação a buscar novas atividades, conforme mostra o Gráfico 46.

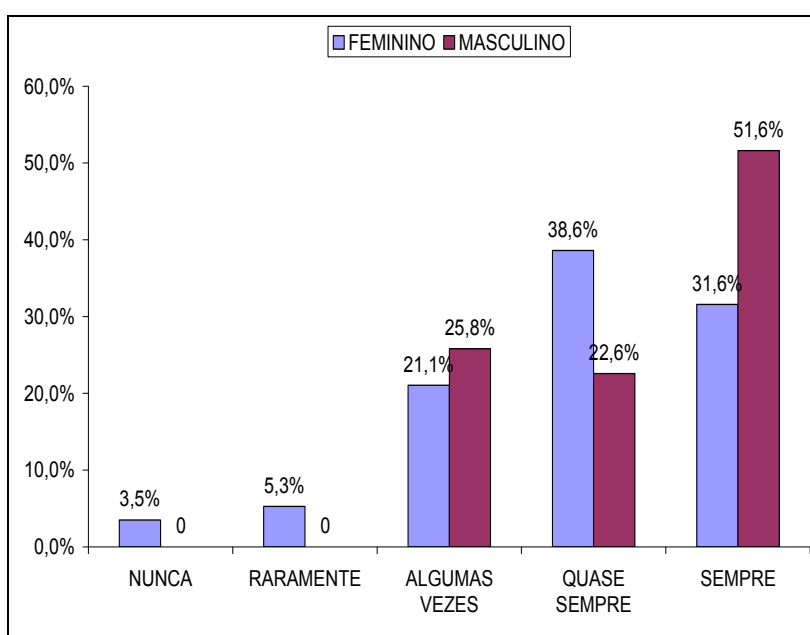


Gráfico 46 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão C do APGAR de Família (referente ao desenvolvimento) segundo sexo. São Carlos, 2009.

O quarto componente, Afetividade, refere-se à questão “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor”. Nesse item, os dados revelam que 7% das mulheres e 0% dos homens **raramente** estão satisfeitos com as interações emocionais no contexto familiar, 14% das mulheres e 3,2% dos homens **algumas vezes** estão satisfeitos, 33,3% das mulheres e 38,7% dos homens afirmam **quase sempre** estar satisfeitos e 45,6% das mulheres e 58,1% dos homens relatam **sempre** estar satisfeitos com a afetividade da família, segundo o Gráfico 47.

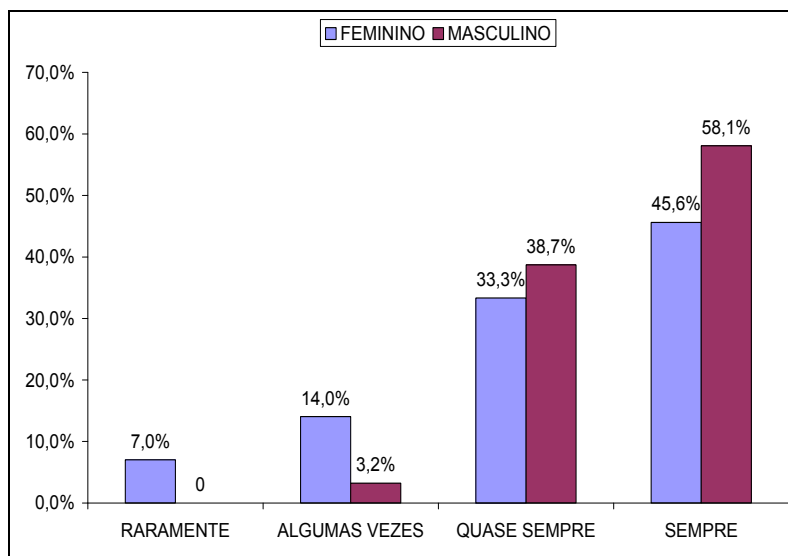


Gráfico 47 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão D do APGAR de Família (referente à afetividade) segundo sexo. São Carlos, 2009.

A questão “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos” está relacionada ao quinto componente, isto é, Capacidade Resolutiva. Nessa questão, 1,8% das mulheres e 0% dos homens **raramente** estão satisfeitos com a capacidade resolutiva no contexto familiar, 22,8% das mulheres e 12,9% dos homens **algumas vezes** estão satisfeitos, 22,8% das mulheres e 22,6% dos homens afirmam **quase sempre** estar satisfeitos e 52,6% das mulheres e 64,5% dos homens relatam **sempre** estar satisfeitos com a capacidade resolutiva da família, de acordo com o Gráfico 48.

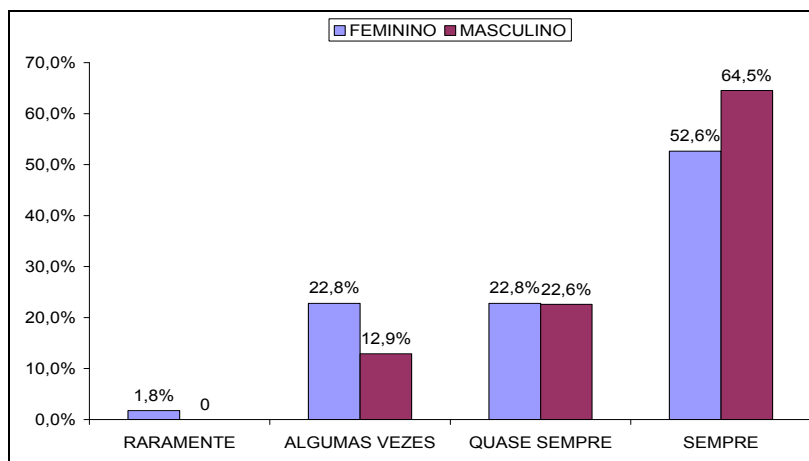


Gráfico 48 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão E do APGAR de Família (referente à capacidade resolutiva) segundo sexo. São Carlos, 2009.

Em relação às faixas etárias, a primeira questão – “Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando” – refere-se ao componente Adaptação. A Tabela 6 apresenta que a maioria dos idosos de todas as faixas etárias mostra-se **sempre** satisfeita em relação à ajuda que a família oferece quando os idosos recorrem a ela. Os idosos com idade entre 60 e 70 anos apresentam porcentagens maiores de satisfação se comparados aos idosos com idade acima de 70 anos.

Tabela 6 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão A do APGAR de Família (referente à adaptação) segundo as faixas etárias. São Carlos, 2009.

QUESTÃO A	Faixas etárias									
	60-65		66-70		71-75		76-80		80-	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
RARAMENTE					1	5,0%	1	10,0%	2	8,7%
ALGUMAS VEZES	1	6,7%	3	15,0%	6	30,0%	3	30,0%	3	13,0%
QUASE SEMPRE	3	20,0%	3	15,0%	1	5,0%	2	20,0%	4	17,4%
SEMPRE	11	73,3%	14	70,0%	12	60,0%	4	40,0%	14	60,9%

A segunda questão do Apgar de família – “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas” - refere-se ao componente Companheirismo. A Tabela 7 expõe que os idosos mais velhos estão mais insatisfeitos em relação à maneira pela qual ocorriam as comunicações familiares e a resolução de problemas se comparados aos idosos mais jovens, pois a opção de resposta “raramente” aparece com mais frequência a partir dos 71 anos de idade.

Tabela 7 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão B do APGAR de Família (referente ao companheirismo) segundo as faixas etárias. São Carlos, 2009.

QUESTÃO B	Faixas etárias									
	60-65		66-70		71-75		76-80		80-	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
RARAMENTE					3	15,0%	3	30,0%	1	4,3%
ALGUMAS VEZES	1	6,7%	5	25,0%	3	15,0%	1	10,0%	2	8,7%
QUASE SEMPRE	2	13,3%	5	25,0%	2	10,0%	2	20,0%	7	30,4%
SEMPRE	12	80,0%	10	50,0%	12	60,0%	4	40,0%	13	56,5%

A Tabela 8 apresenta dados do terceiro componente (Desenvolvimento) – “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família

aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções”. Os idosos de maneira geral mostram-se pouco satisfeitos em relação à aceitação e apoio da família em relação a buscar novas atividades. A representação percentual destes dados pode ser vista na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão C do APGAR de Família (referente ao desenvolvimento) segundo as faixas etárias. São Carlos, 2009.

QUESTÃO C	Faixas etárias									
	60-65		66-70		71-75		76-80		80-	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
NUNCA			1	5,0%					1	4,3%
RARAMENTE					2	10,0%			1	4,3%
ALGUMAS VEZES	1	6,7%	6	30,0%	6	30,0%	4	40,0%	3	13,0%
QUASE SEMPRE	4	26,7%	7	35,0%	5	25,0%	2	20,0%	11	47,8%
SEMPRE	10	66,7%	6	30,0%	7	35,0%	4	40,0%	7	30,4%

O quarto componente, Afetividade, refere-se à questão “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor”. A Tabela 9 apresenta que os idosos da faixa etária dos 76 aos 80 anos de idade têm opiniões bem diferentes a respeito das interações emocionais no contexto familiar. Os idosos das outras faixas etárias mostram-se, em sua maioria (80% ou mais), estarem **quase sempre** ou **sempre** satisfeitos com a afetividade familiar.

Tabela 9 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão D do APGAR de Família (referente à afetividade) segundo as faixas etárias. São Carlos, 2009.

QUESTÃO D	Faixas etárias									
	60-65		66-70		71-75		76-80		80-	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
RARAMENTE			1	5,0%			2	20,0%	1	4,3%
ALGUMAS VEZES			1	5,0%	4	20,0%	2	20,0%	2	8,7%
QUASE SEMPRE	7	46,7%	6	30,0%	5	25,0%	3	30,0%	10	43,5%
SEMPRE	8	53,3%	12	60,0%	11	55,0%	3	30,0%	10	43,5%

A questão “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos” está relacionada ao quinto componente, isto é, Capacidade Resolutiva. A maioria dos idosos de todas as faixas etárias (em torno de 50% a 70%) mostra-se **sempre** satisfeita com a resolutividade existente na dinâmica familiar. A representação percentual destes dados pode ser vista na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão E do APGAR de Família (referente à capacidade resolutiva) segundo as faixas etárias. São Carlos, 2009.

QUESTÃO E	Faixas etárias									
	60-65		66-70		71-75		76-80		80-	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
RARAMENTE							1	10,0%		
ALGUMAS VEZES	2	13,3%	4	20,0%	5	25,0%	2	20,0%	4	17,4%
QUASE SEMPRE	2	13,3%	6	30,0%	5	25,0%	2	20,0%	5	21,7%
SEMPRE	11	73,3%	10	50,0%	10	50,0%	5	50,0%	14	60,9%

As informações seguintes são relativas ao cruzamento dos dados dos dois grupos de vulnerabilidade social e as cinco questões do APGAR de Família.

A Tabela 11 traz a representação percentual referente à primeira questão do APGAR de Família. Os idosos que vivem em contextos de baixa e média vulnerabilidade social estão mais satisfeitos em relação à possibilidade de poder recorrer à família quando necessitam de ajuda, se comparados aos idosos que moram em contextos de alta e muito alta vulnerabilidade social, embora a maioria dos idosos inseridos em contextos de pobreza (60%) afirmem **sempre** estar satisfeitos por poderem contar com a família em busca de ajuda.

Tabela 11 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão A do APGAR de Família (referente à adaptação) segundo os grupos de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

QUESTÃO A	Grupo			
	ALTA E MUITO ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL		BAIXA E MÉDIA VULNERABILIDADE SOCIAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%
RARAMENTE	3	6,7%	1	2,3%
ALGUMAS VEZES	10	22,2%	6	14,0%
QUASE SEMPRE	5	11,1%	8	18,6%
SEMPRE	27	60,0%	28	65,1%

A Tabela 12 mostra que a maioria dos idosos de ambos os grupos de vulnerabilidade social afirmam estar **sempre** satisfeitos com a maneira pela qual ocorriam as comunicações familiares e a resolução de problemas. A próxima Tabela mostra a distribuição percentual destes dados.

Tabela 12 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão B do APGAR de Família (referente ao companheirismo) segundo os grupos de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

QUESTÃO B	Grupo			
	ALTA E MUITO ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL		BAIXA E MÉDIA VULNERABILIDADE SOCIAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%
RARAMENTE	6	13,3%	1	2,3%
ALGUMAS VEZES	4	8,9%	8	18,6%
QUASE SEMPRE	9	20,0%	9	20,9%
SEMPRE	26	57,8%	25	58,1%

A maioria dos idosos que vivem em contextos de alta e muito alta vulnerabilidade social (40%) afirmam **sempre** estar satisfeita com a aceitação e apoio da família em relação a buscar novas atividades. Os idosos inseridos em contextos de baixa e média vulnerabilidade social mostram-se um pouco menos satisfeitos, pois a maioria deles (39,5%) afirma **quase sempre** estar satisfeita com a aceitação e apoio da família para o desenvolvimento de novas atividades (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão C do APGAR de Família (referente ao desenvolvimento) segundo os grupos de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

QUESTÃO C	Grupo			
	ALTA E MUITO ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL		BAIXA E MÉDIA VULNERABILIDADE SOCIAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%
NUNCA	2	4,4%		
RARAMENTE	2	4,4%	1	2,3%
ALGUMAS VEZES	11	24,4%	9	20,9%
QUASE SEMPRE	12	26,7%	17	39,5%
SEMPRE	18	40,0%	16	37,2%

Os idosos que moram em contextos de pobreza estão mais satisfeitos em relação às interações emocionais existentes no âmbito familiar do que aqueles que vivem em contextos de baixa e média vulnerabilidade social. A Tabela 14 mostra as porcentagens referentes a cada grupo de vulnerabilidade social segundo cada opção de resposta existente no APGAR de Família.

Tabela 14 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão D do APGAR de Família (referente à afetividade) segundo os grupos de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

QUESTÃO D	Grupo			
	ALTA E MUITO ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL		BAIXA E MÉDIA VULNERABILIDADE SOCIAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%
RARAMENTE	2	4,4%	2	4,7%
ALGUMAS VEZES	4	8,9%	5	11,6%
QUASE SEMPRE	14	31,1%	17	39,5%
SEMPRE	25	55,6%	19	44,2%

Os dados mostram que a maioria dos idosos de ambos os grupos de vulnerabilidade social responde **sempre** estar satisfeita com a resolutividade existente na dinâmica familiar. A representação percentual destes dados pode ser vista na Tabela abaixo.

Tabela 15 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão E do APGAR de Família (referente à capacidade resolutiva) segundo os grupos de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

QUESTÃO E	Grupo			
	ALTA E MUITO ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL		BAIXA E MÉDIA VULNERABILIDADE SOCIAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%
RARAMENTE			1	2,3%
ALGUMAS VEZES	10	22,2%	7	16,3%
QUASE SEMPRE	10	22,2%	10	23,3%
SEMPRE	25	55,6%	25	58,1%

1.1 Apgar de Família e sexo dos idosos pobres

Em relação à funcionalidade familiar dos idosos entrevistados, verifica-se que 62% das mulheres e 95% dos homens apresentam boa funcionalidade familiar, 21% das mulheres e 5% dos homens moderada disfunção familiar e apenas as mulheres apresentam elevada disfunção familiar, perfazendo 17%, conforme mostra o Gráfico 49.

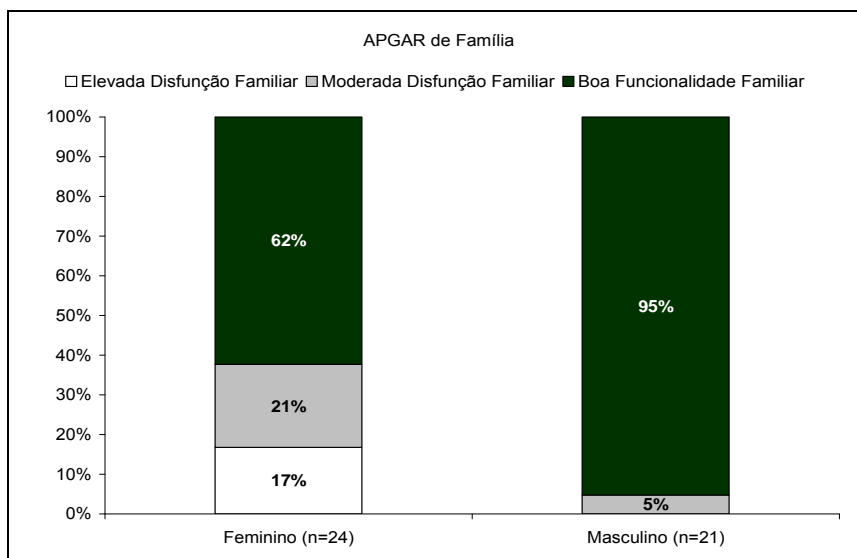


Gráfico 49 – Porcentagem dos idosos em relação à funcionalidade familiar segundo sexo. São Carlos, 2009.

Na comparação do APGAR de Família de homens e mulheres, através do teste de Mann-Whitney, verificou-se que os escores apresentados foram significativamente diferentes ($p=0,010$).

Com relação ao gênero, a pesquisa feita em São Paulo mostrou haver diferenças significativas entre as mulheres. Talvez possa ser explicado por geralmente estas terem desempenhado papéis importantes dentro das famílias e hoje encontrarem-se em condições mais limitadas. No presente estudo, tratando-se de gênero, os resultados também foram estatisticamente significativos (DUARTE, 2001).

Na avaliação dos cinco itens que compõem o APGAR de Família, foram verificados, através do Teste de Mann-Whitney, que as questões relativas à adaptação (questão a), ao companheirismo (questão b) e à afetividade (questão d) são estatisticamente significativas e nas questões referentes ao desenvolvimento (questão c) e à capacidade resolutiva (questão e), os resultados não são estatisticamente significantes, como mostra a Tabela 16.

Tabela 16 – Análise estatística comparativa de cada dimensão do APGAR de Família para homens e mulheres por meio do teste de Mann-Whitney. São Carlos, 2009.

Teste de Mann-Whitney para Comparação dos Escores de Homens e Mulheres	Z	p
APGAR de Família Total	-2,559	0,010
a) Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	-2,849	0,004
b) Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	-2,562	0,009
c) Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos.	-1,820	0,070^{ns}
d) Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	-2,139	0,035
e) Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	-1,899	0,065^{ns}

(^{ns} - não significante)

A análise estatística comparativa de cada domínio do APGAR de Família para homens e mulheres será descrita a seguir.

A primeira questão – “Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando” – refere-se ao componente Adaptação. Nessa questão, 12,5% das mulheres e 0% dos homens afirmam **raramente** estar satisfeitos ao recorrerem à família em busca de ajuda, 33% das mulheres e 9,5% dos homens respondem que **algumas vezes** estavam satisfeitos, 12,5 % das mulheres e 9,5% dos homens afirmam **quase sempre** estar satisfeitos e 42% das mulheres e 81% dos homens relatam estar **sempre** satisfeitos por poderem recorrer à família em busca de ajuda, conforme Gráfico 50.

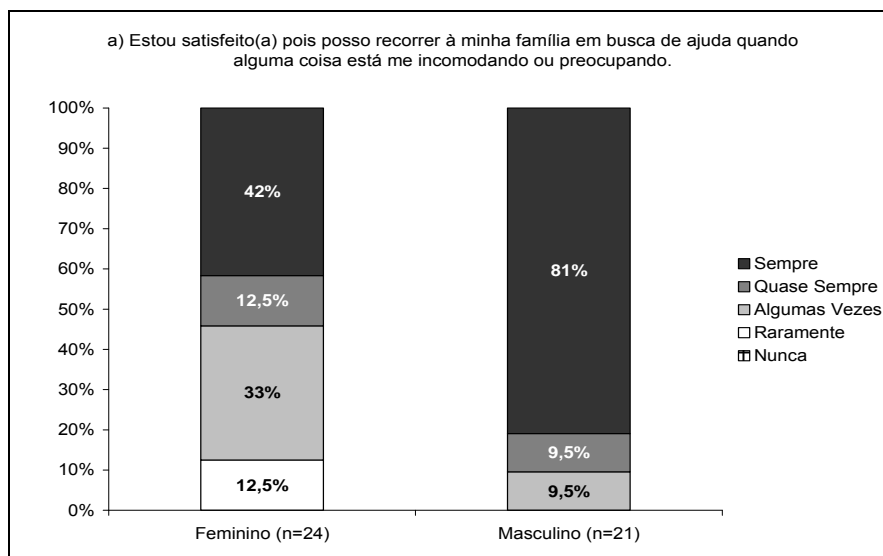


Gráfico 50 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão A (referente à adaptação) segundo sexo. São Carlos, 2009.

A segunda questão do Apgar de família – “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas” - refere-se ao componente Companheirismo. Nesse item, 21% das mulheres e 5% dos homens relatam **raramente** estar satisfeitos com a maneira pela qual ocorriam as comunicações familiares e a resolução de problemas, 17% das mulheres e 0% dos homens afirmam **algumas vezes** estar satisfeitos, 21% das mulheres e 19% dos homens **quase sempre** satisfeitos e 41% das mulheres e 76% dos homens **sempre** satisfeitos com a reciprocidade das comunicações familiares e resolução de problemas, conforme mostra o Gráfico 51.

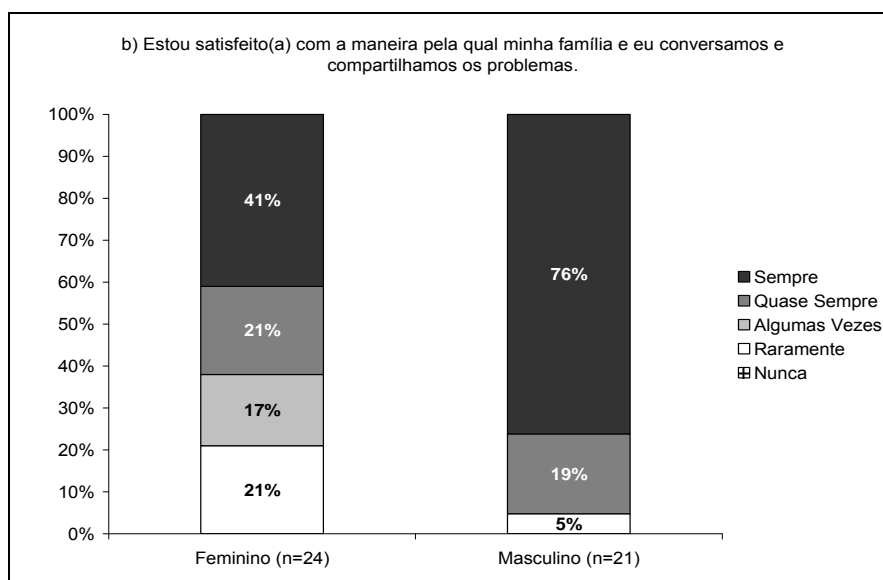


Gráfico 51 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão B (referente ao companheirismo) segundo sexo. São Carlos, 2009.

O terceiro componente (Desenvolvimento) – “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções” – é aquele em que há maior satisfação dos homens em relação às mulheres, porém essas diferenças não chegam a ser significativas ($p>0,050$), segundo o Gráfico 52.

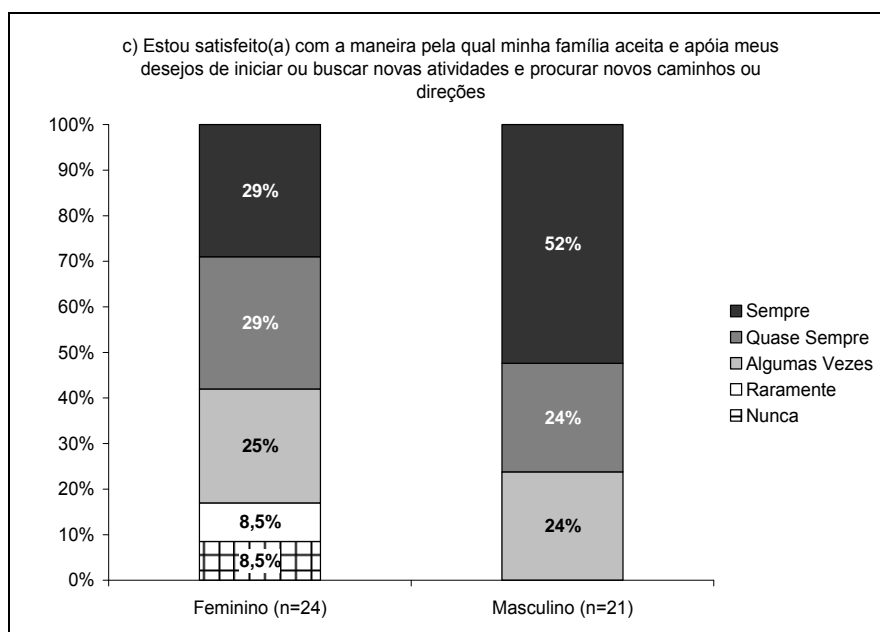


Gráfico 52 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão C (referente ao desenvolvimento) segundo sexo. São Carlos, 2009.

O quarto componente, Afetividade, refere-se à questão “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor”. Nesse item, os dados revelam que 8% das mulheres e 0% dos homens **raramente** estão satisfeitos com as interações emocionais no contexto familiar, 12,5% das mulheres e 5% dos homens **algumas vezes** estão satisfeitos, 37,5% das mulheres e 24% dos homens afirmam **quase sempre** estar satisfeitos e 42% das mulheres e 71% dos homens relatam **sempre** estar satisfeitos com a afetividade da família, segundo o Gráfico 53.

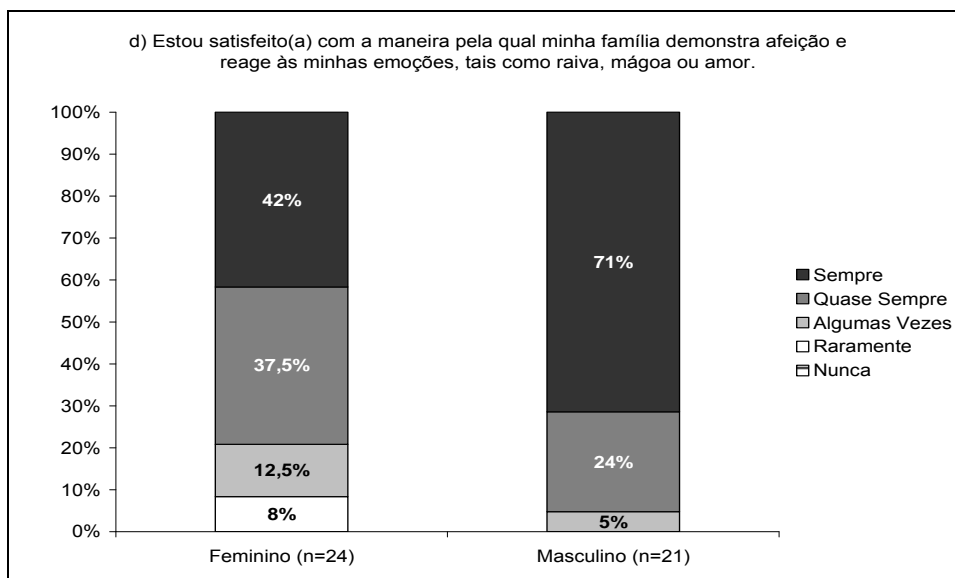


Gráfico 53 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão D (referente à afetividade) segundo sexo. São Carlos, 2009.

A questão “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos” está relacionada ao quinto componente, isto é, Capacidade Resolutiva. Nessa questão, há maior satisfação dos homens em relação às mulheres, porém essas diferenças não chegam a ser significativas ($p > 0,050$). Embora os percentuais de respostas “**sempre**” de homens e mulheres sejam muito próximos aos da questão anterior, a questão d) traz que 8% das mulheres respondem “**raramente**”, o que torna as diferenças entre as distribuições maiores, de acordo com o Gráfico 54.

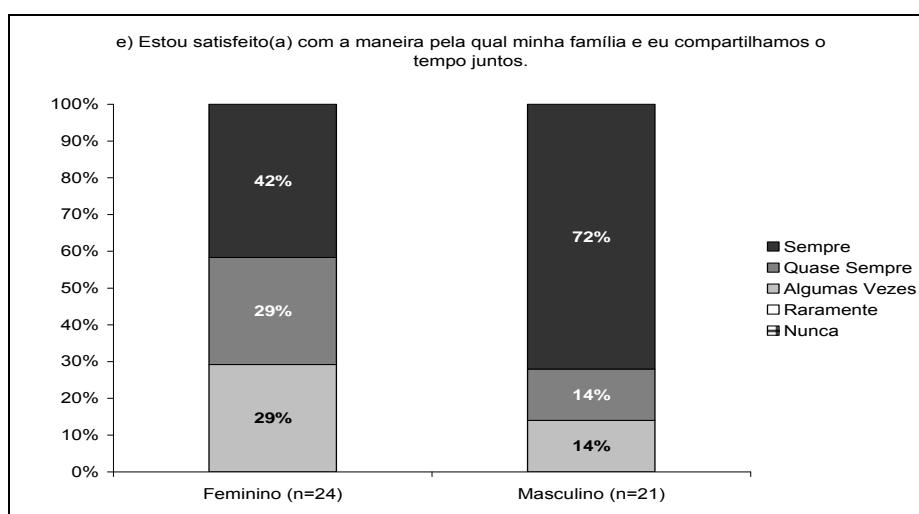


Gráfico 54 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão E (referente à capacidade resolutiva) segundo sexo. São Carlos, 2009.

Finalmente, a categoria “sempre satisfeito” está acima de 50% para os cinco componentes avaliados em relação aos participantes do sexo masculino desse estudo: adaptação (81%), companheirismo (76%), desenvolvimento (52%), afetividade (71%) e capacidade resolutiva (72%). Entre as mulheres, a categoria “raramente satisfeitas” está bastante citada em quatro domínios avaliados pelo Apgar, ou seja, em relação à adaptação 12,5% afirmam estar raramente satisfeitas, companheirismo (21%), desenvolvimento (8,5%) e afetividade (8%).

1.2 Apgar de Família e idade dos idosos pobres

Na avaliação do grau de correlação do APGAR de Família com a idade dos idosos, através do coeficiente de correlação de Spearman, verificou-se que as correlações não foram significativas ($p > 0,050$), conforme mostram o Gráfico 55 e a Tabela 17.

Tabela 17 – Correlação entre o escore de cada dimensão do Apgar de família e a idade dos sujeitos. São Carlos, 2009.

Correlação de Spearman		Idade
	r	-0,118
Escore APGAR	p	0,441
	r	-0,237
Questão a)	p	0,117
	r	-0,095
Questão b)	p	0,535
	r	-0,168
Questão c)	p	0,271
	r	-0,050
Questão d)	p	0,747
	r	0,006
Questão e)	p	0,968
n=45		

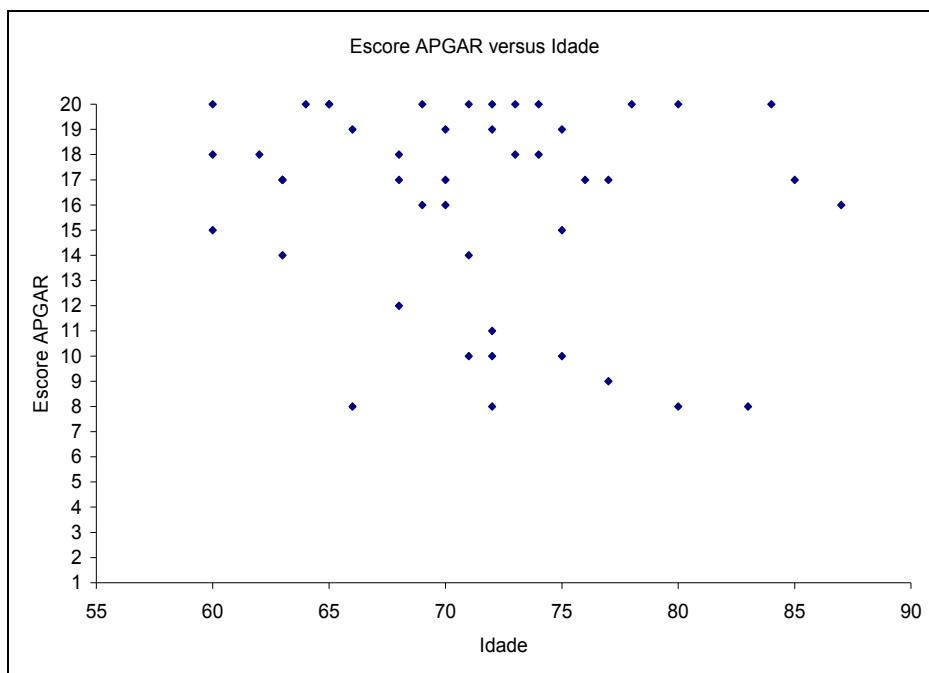


Gráfico 55 – Relação entre o escore APGAR de família e idade dos sujeitos. São Carlos, 2009.

Nossos achados mostraram não haver correlação significativa entre a faixa etária e o APGAR de família dos idosos participantes. Esses dados estão de acordo com o estudo realizado em São Paulo, no qual também não houve correlação significativa entre faixa etária e APGAR de família dos idosos entrevistados (DUARTE, 2001).

Assim, pode-se afirmar que houve influência do gênero e não houve influência da idade nos resultados do APGAR de família de idosos com alterações cognitivas, cadastrados em Unidades de Saúde da Família, que moram em contextos de alta vulnerabilidade social. Os dados mostram que, para cada domínio do APGAR de família, as mulheres apresentam escores mais baixos em relação aos homens, indicando moderada disfunção familiar.

1.3 Apgar de Família e grau de dependência dos idosos pobres

Em relação ao Índice de Katz, a maioria dos idosos independentes mostra-se mais satisfeita quanto à funcionalidade familiar, apresentando boa funcionalidade em 83% dos casos. Dados semelhantes ocorrem com os idosos com dependência importante, os quais apresentam 80% de boa funcionalidade familiar.

Já os idosos dependentes parcialmente mostram-se mais insatisfeitos, pois 20% deles mostram elevada disfunção familiar e 20% moderada disfunção, conforme mostra o Gráfico 56.

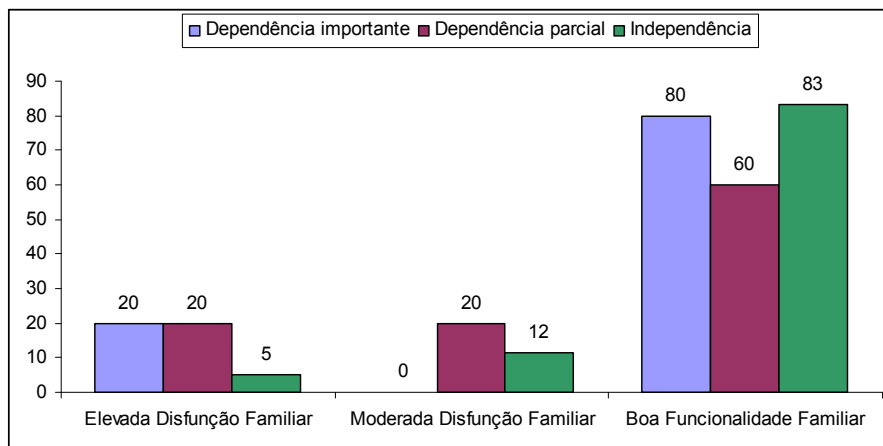


Gráfico 56 - Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo o Índice de Katz. São Carlos, 2009.

Através da correlação de Spearman verificou-se que não houve correlação significativa (coeficiente de correlação = 0,055 e $p = 0,612$) entre o APGAR do idoso e o Índice de Katz.

Em relação ao Questionário de Pfeffer, a maioria dos idosos independentes (85%) apresenta boa funcionalidade familiar, 10% moderada disfunção familiar e 5% elevada disfunção familiar. Para os idosos dependentes, 78% apresentam boa funcionalidade familiar, 13% moderada disfunção familiar e 9% elevada disfunção familiar. A porcentagem de idosos com disfunção familiar é maior para os idosos dependentes (Gráfico 57).

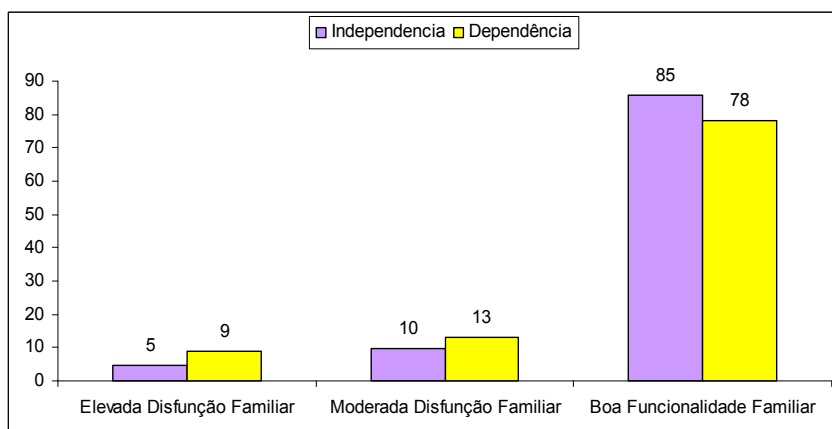


Gráfico 57 - Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo o Questionário de Pfeffer. São Carlos, 2009.

Através da correlação de Spearman verificou-se que houve correlação significativa (coeficiente de correlação = - 0,334 e $p = 0,001$) entre o APGAR do idoso e o Questionário de Pfeffer.

1.4 Apgar de Família dos idosos pobres e informações do cuidador

Com relação à distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo o sexo do cuidador, 89% dos idosos apresentam boa funcionalidade familiar quando o cuidador é do sexo masculino e 81% dos idosos relatam boa funcionalidade familiar quando o cuidador é do sexo feminino. A porcentagem de disfunção familiar é maior quando se trata de cuidadores do sexo feminino (Gráfico 58).

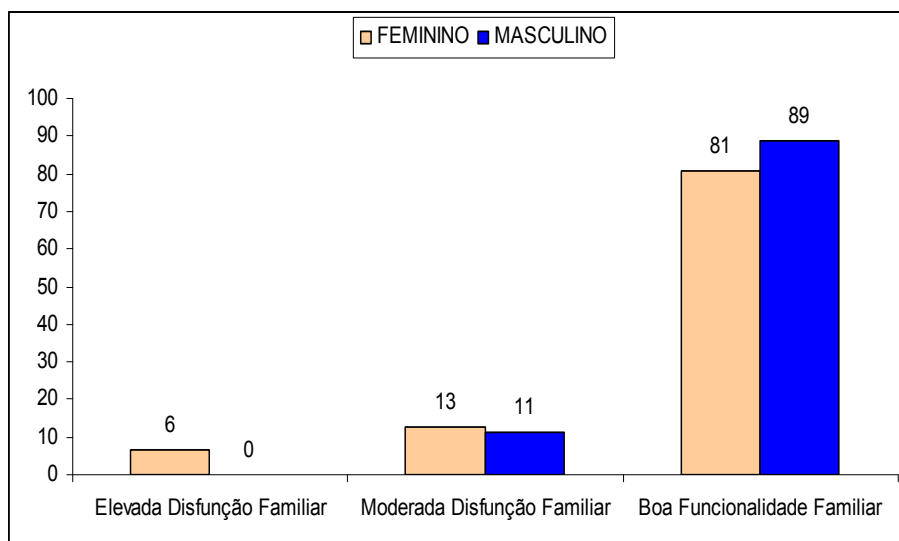


Gráfico 58 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo sexo do cuidador. São Carlos, 2009.

Aplicando-se o teste de Mann Whitney ($p=0,718$) não houve diferença significativa entre o sexo do cuidador em relação ao APGAR de família, portanto o sexo do cuidador não influencia no APGAR de Família para os entrevistados desta pesquisa.

Com relação à distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo as faixas etárias do cuidador, 72% dos idosos apresentam boa

funcionalidade familiar quando o cuidador pertence à faixa etária de até 40 anos de idade, 86% dos idosos relatam boa funcionalidade familiar quando o cuidador possui de 41 a 60 anos, 83% dos idosos referem boa funcionalidade familiar quando o cuidador está com idade entre 61 e 70 anos e 90% dos idosos apresentam boa funcionalidade familiar quando o cuidador possui 71 anos ou mais. A porcentagem de disfunção familiar é maior quando se trata de cuidadores com idade de até 40 anos (Gráfico 59).

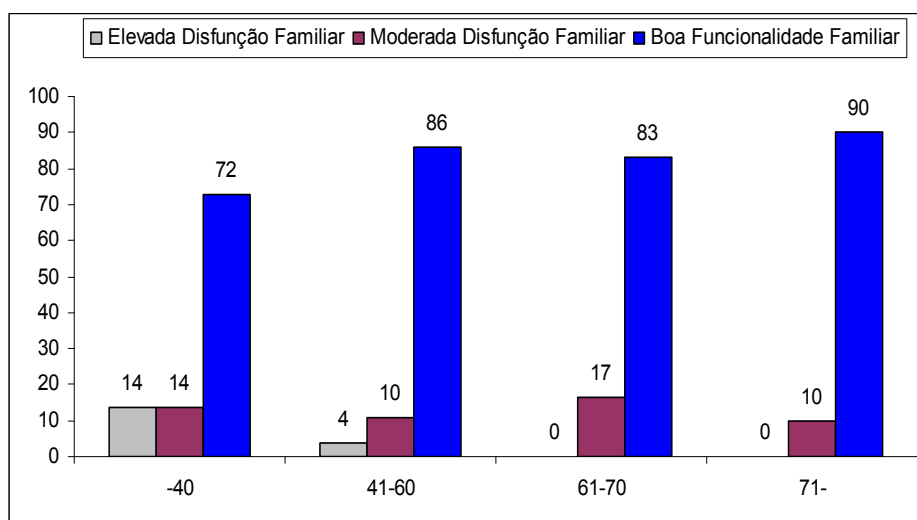


Gráfico 59 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo faixa etária do cuidador. São Carlos, 2009.

Através da correlação de Spearman verificou-se que não houve correlação significativa (coeficiente de correlação = 0,19 e $p = 0,876$) entre o APGAR do idoso e a faixa etária do cuidador. Dessa forma, o valor do APGAR não está associado com a faixa etária do cuidador.

O Gráfico 60 apresenta dados relativos à distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo quem é o cuidador. Quando o cuidador é um profissional, há 50% dos idosos que apresentam boa funcionalidade familiar e 50% elevada disfunção familiar. Quando este cuidador é o companheiro do idoso, 95% dos idosos referem boa funcionalidade familiar e 5% moderada disfunção familiar. Ao tratar-se dos filhos como cuidadores, 82% dos idosos relatam boa funcionalidade familiar, 15% moderada disfunção e 3% elevada disfunção familiar. Quando o cuidador é um outro familiar, 73% dos idosos apresentam boa funcionalidade familiar e 27% moderada disfunção familiar.

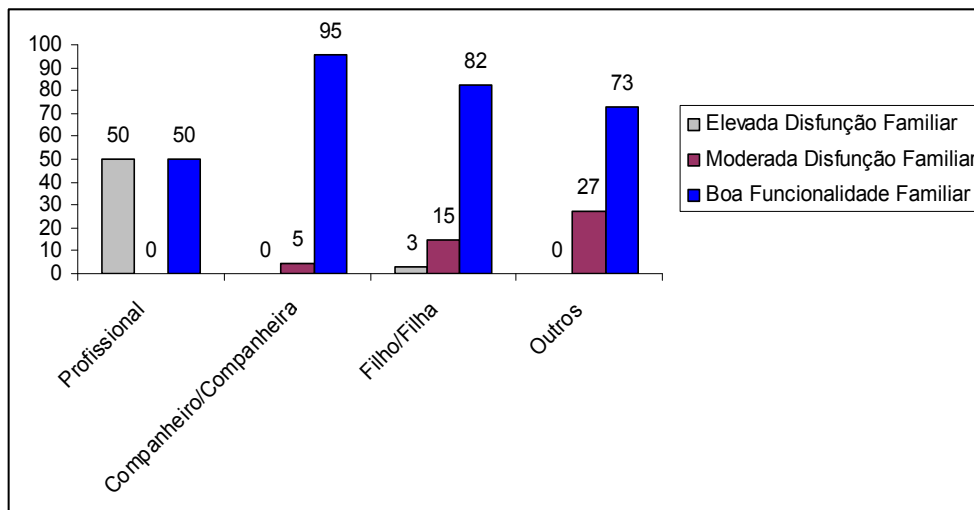


Gráfico 60 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo quem é o cuidador. São Carlos, 2009.

De acordo com o teste de Kruskal Wallis ($p=0,097$) não houve diferença significativa entre o grau de parentesco do cuidador com o idoso e o APGAR do idoso.

Quando o cuidador reside no mesmo domicílio do idoso, há 85% dos idosos que referem boa funcionalidade familiar e 15% moderada disfunção familiar. Quando os cuidadores não moram com o idoso, 70% dos idosos afirmam boa funcionalidade familiar, 6% moderada disfunção familiar e 24% elevada disfunção familiar. A porcentagem de idosos com disfunção familiar é maior para os idosos que não residem sob o mesmo teto do cuidador (Gráfico 61).

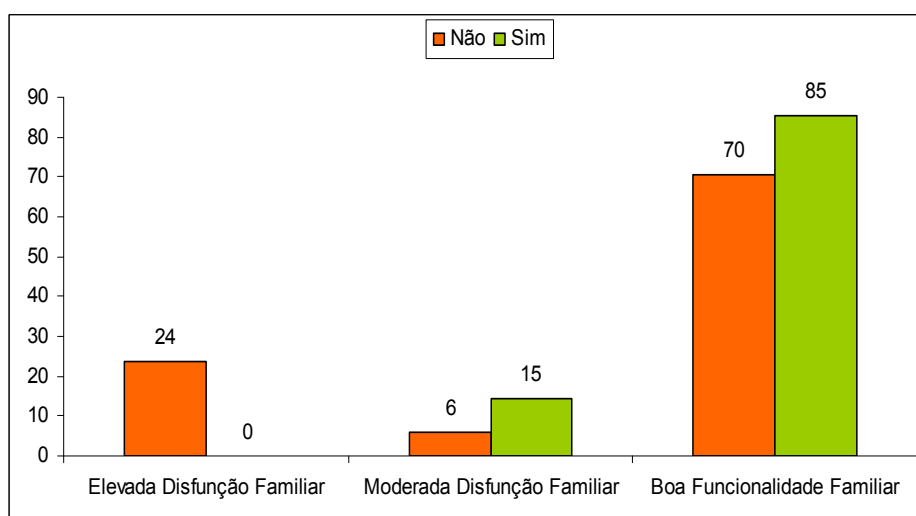


Gráfico 61 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos em relação ao fato do cuidador morar com o idoso ou não. São Carlos, 2009.

De acordo com o teste de Mann Whitney ($p=0,816$) não houve diferença significativa entre o APGAR do idoso e se esse cuidador mora ou não com o idoso.

Através da correlação de Spearman verificou-se que houve correlação significativa (coeficiente de correlação = 0,334 e $p = 0,048$) entre o APGAR do idoso e o número de pessoas na casa. Assim, quanto mais pessoas morarem na mesma casa que o idoso, melhor será a funcionalidade dessa família.

O Gráfico 62 apresenta dados relativos à distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos idosos segundo o tipo de relação existente entre o cuidador e o idoso. Quando esta relação é distante, 100% dos idosos afirmam boa funcionalidade familiar. Quando a relação é normal, 64% dos idosos relatam boa funcionalidade familiar e 36% moderada disfunção familiar. Quando a relação é próxima, 77% dos idosos apresentam boa funcionalidade familiar, 14% moderada disfunção familiar e 9% elevada disfunção familiar. Quando a relação é estreita, 90% dos idosos revelam boa funcionalidade familiar, 5% moderada disfunção familiar e 5% elevada disfunção familiar.

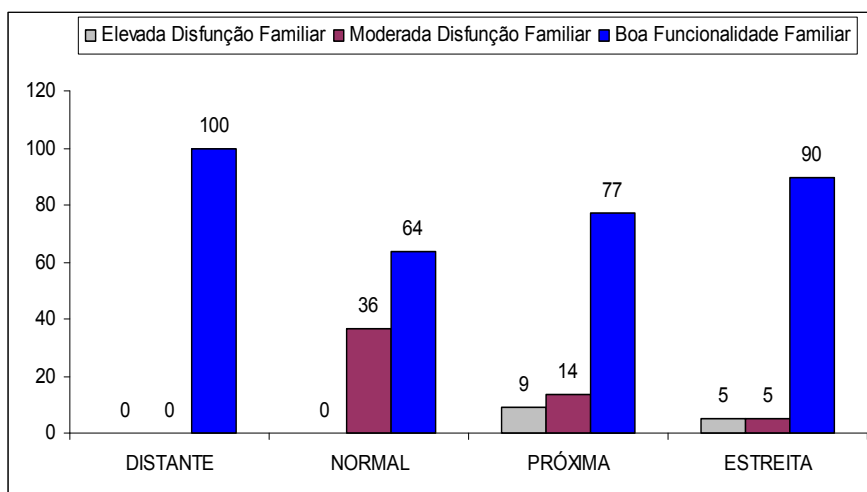


Gráfico 62 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar segundo o tipo de relação existente entre o cuidador e o idoso. São Carlos, 2009.

Através da correlação de Spearman verificou-se que não houve correlação significativa (coeficiente de correlação = 0,135 e $p = 0,263$) entre o APGAR do idoso e o tipo de ligação existente entre cuidador e idoso. Assim, o valor do APGAR não está associado com o tipo de ligação entre idoso e seu cuidador.

2 APGAR DA FAMÍLIA DOS IDOSOS

Foram entrevistados 45 familiares de idosos com alterações cognitivas. Em relação à funcionalidade familiar relatada pela família dos idosos, 86% afirmam boa funcionalidade familiar, 13% moderada disfunção familiar e 1% elevada disfunção familiar, conforme Gráfico 63.

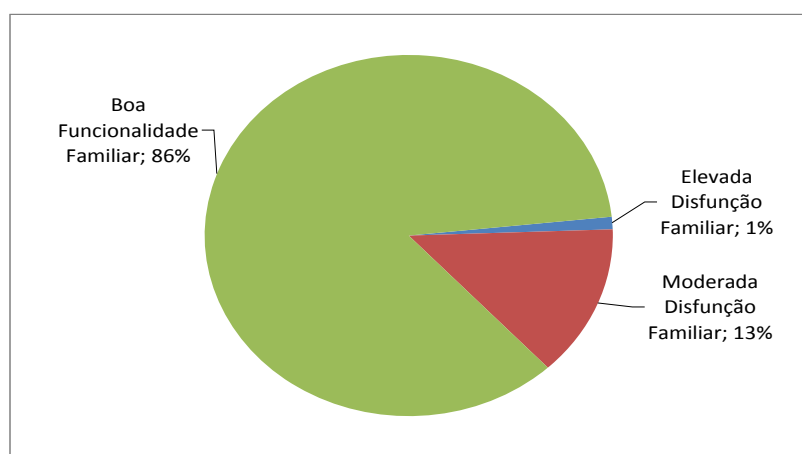


Gráfico 63 – Distribuição da funcionalidade familiar segundo a visão dos familiares dos idosos. São Carlos, 2009.

O Gráfico 64 apresenta a distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar relatada pela família do idoso segundo as regiões de vulnerabilidade social. Oitenta e dois por cento dos familiares dos idosos que moram em contextos de pobreza apresentam boa funcionalidade familiar, 16% moderada disfunção familiar e 2% elevada disfunção familiar. Em relação aos familiares dos idosos que vivem em contextos de baixa e média vulnerabilidade social, 88% afirmam boa funcionalidade familiar e 12% moderada disfunção familiar.

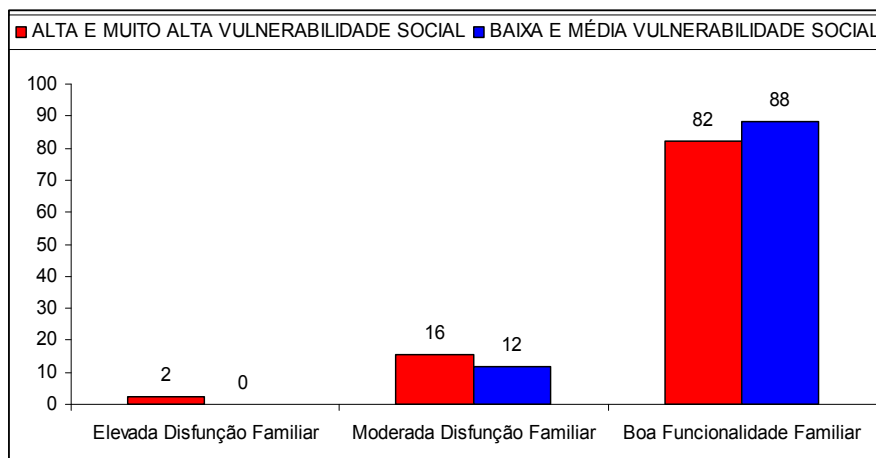


Gráfico 64 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar relatada pela família do idoso segundo as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

De acordo com o teste de Mann Whitney ($p=0,816$) não houve diferença significativa entre o grupo de alta vulnerabilidade social e o grupo de baixa vulnerabilidade social com relação ao APGAR de família.

Através da correlação de Spearman verificou-se que não houve correlação significativa (coeficiente de correlação = 0,029 e $p = 0,789$) entre o APGAR da família com o maior grau de escolaridade entre os membros da família. Portanto, o APGAR de Família não está associado com o maior grau de escolaridade dos membros dessa família.

Por meio da correlação de Spearman verificou-se que houve correlação significativa (coeficiente de correlação = 0,655 e $p = 0,048$) entre o APGAR do idoso e o número de pessoas na família. Verifica-se que quanto mais pessoas presentes em uma família, melhor será a funcionalidade familiar relatada pelo idoso.

3 APGAR DOS CUIDADORES DOS IDOSOS

Foram entrevistados 72 cuidadores. Em relação à funcionalidade familiar relatada pelos cuidadores dos idosos, 82% afirmam boa funcionalidade familiar, 14% moderada disfunção familiar e 4% elevada disfunção familiar, conforme Gráfico 65.

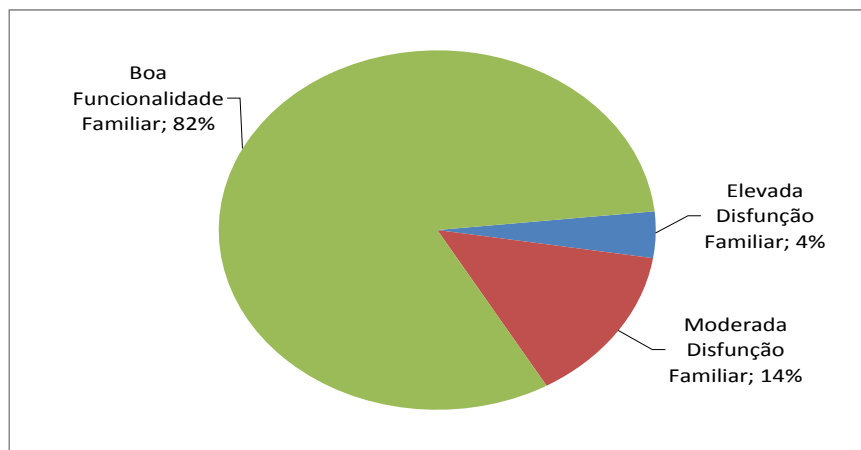


Gráfico 65 – Distribuição da funcionalidade familiar segundo a visão dos cuidadores dos idosos. São Carlos, 2009.

Um estudo realizado em São Paulo, que comparou o resultado do Apgar em idosos brasileiros independentes, dependentes e seus cuidadores, mostrou que este instrumento é capaz de verificar o impacto da dependência na dinâmica familiar. Os valores do APGAR de família foram mais elevados entre os idosos independentes, seguido pelos idosos dependentes e por último pelos cuidadores. Valores do Apgar de família inferiores nos grupos de idosos dependentes e no grupo dos cuidadores de idosos mostram que o funcionamento da família no cumprimento de suas funções enquanto unidade familiar está mais comprometido quando comparados com os valores obtidos no grupo dos idosos independentes (DUARTE, 2001).

Uma pesquisa realizada na Colômbia teve como sujeitos 35 idosos dependentes funcionalmente que vivem na comunidade da cidade de Buenaventura e seus cuidadores. Como resultados, obtiveram que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino (91%), com idade média de 49,4 anos, com escolaridade variando em torno de cinco anos (60%), sendo que o grau de parentesco com o idoso cuidado é de filha (57%). Observaram que houve correlação significativa entre a sobrecarga do cuidador e o APGAR de Família, sendo que quanto maior era a sobrecarga do cuidador, menor era a pontuação obtida no APGAR de Família, indicando disfunção familiar. Dos 35 cuidadores, 19 não relataram sobrecarga e tiveram pontuações indicativas de boa funcionalidade familiar. E 16 cuidadores, relataram estar sobrecarregados com o cuidado exercido e obtiveram pontuações indicativas de disfunção familiar, seja moderada ou elevada (MAURICIO OCAMPO et al, 2007).

Em relação ao sexo, 89% dos cuidadores do sexo masculino afirmam possuir boa funcionalidade familiar e 11% deles moderada disfunção familiar. Quando se trata de cuidadores do sexo feminino, 80% apresentam boa funcionalidade familiar, 15% moderada disfunção familiar e 5% elevada disfunção familiar (Gráfico 66).

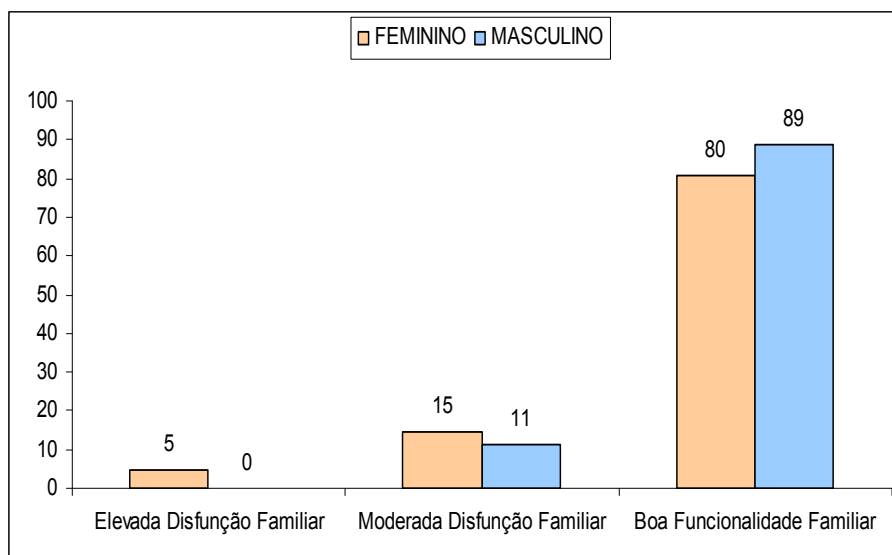


Gráfico 66 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos cuidadores dos idosos segundo sexo. São Carlos, 2009.

Em relação às faixas etárias, observa-se boa funcionalidade familiar em 82% dos cuidadores com até 40 anos, em 82% dos cuidadores com idade entre 41 e 60 anos, em 75% dos cuidadores pertencentes à faixa etária dos 61 aos 70 anos e em 90% dos cuidadores com 71 anos ou mais (Gráfico 67).

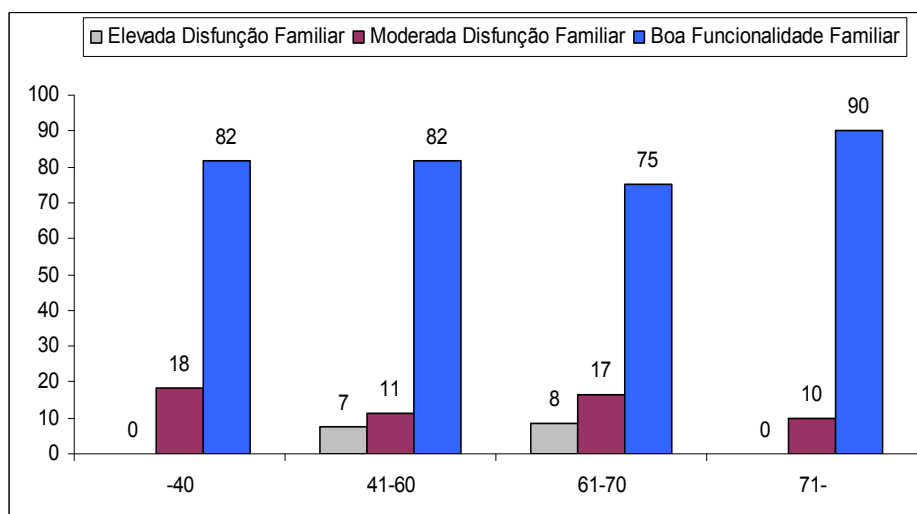


Gráfico 67 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos cuidadores dos idosos segundo faixa etária. São Carlos, 2009.

O Gráfico 68 apresenta a distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos cuidadores segundo as regiões de vulnerabilidade social. Oitenta e três por cento dos cuidadores dos idosos que moram em contextos de pobreza apresentam boa funcionalidade familiar, 14% moderada disfunção familiar e 3% elevada disfunção familiar. Em relação aos cuidadores dos idosos que vivem em contextos de baixa e média vulnerabilidade social, 80% apresentam boa funcionalidade familiar, 14% moderada disfunção familiar e 6% elevada disfunção familiar.

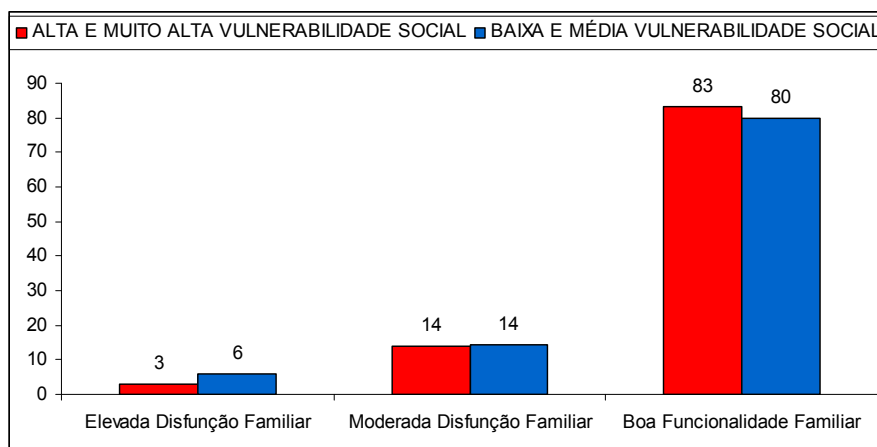


Gráfico 68 – Distribuição da porcentagem da funcionalidade familiar dos cuidadores dos idosos segundo as regiões de vulnerabilidade social. São Carlos, 2009.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu conhecer as características sócio-demográficas, a capacidade funcional e as condições cognitivas dos 88 idosos com alterações cognitivas, que são atendidos pelas Unidades de Saúde da Família e residem em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Além disso, foi possível traçar a estrutura familiar dos idosos pobres e obter informações sobre os cuidadores desses idosos. Por último, foi analisada a funcionalidade familiar dos idosos em questão.

Os resultados mostram que os idosos que vivem em contextos de muito baixa, baixa ou média vulnerabilidade social (IPVS 2, 3 e 4) (n=43) são em sua maioria do sexo feminino, viúvos, com 80 anos de idade e mais, inseridos na classe social B de acordo com o Critério Brasil, com ensino fundamental incompleto e renda mensal de até um salário mínimo, proveniente de aposentadoria ou pensão. A maioria revelou ser hipertenso e possuir um cuidador, que geralmente é a filha.

Os idosos que vivem em contextos de alta ou muito alta vulnerabilidade social (IPVS 5 e 6) (n=45) são predominantemente do sexo feminino, casados, com idade de até 80 anos, inseridos na classe social C, analfabetos e com renda mensal de até um salário mínimo, proveniente de aposentadoria, pensão ou emprego. Relataram também ser hipertensos e possuir um cuidador, que geralmente é a filha. O cônjuge também foi bastante citado como cuidador.

Em países como o Brasil, torna-se necessário a reavaliação das estratégias de cuidado, políticas públicas e sociais no âmbito da família e da sociedade. O aumento da proporção de pessoas idosas faz com que as demandas específicas deste segmento adquiram dimensões maiores. Estas políticas públicas precisam estar adequadas ao perfil da população alvo, ou seja, é necessário que haja o direcionamento dos programas para atender à essa faixa etária emergente, levando-se em consideração a diversidade da mesma.

Em relação às atividades básicas de vida diária, os dados revelam que 89% dos idosos entrevistados são independentes. A dependência importante ocorreu somente entre as mulheres e a porcentagem de homens independentes é maior em relação às mulheres. À medida que aumenta a idade, diminui a porcentagem de idosos independentes e aumenta a porcentagem de idosos com dependência importante. Em relação aos idosos que vivem em contextos de alta e

muito alta vulnerabilidade social, verificou-se que 96% são considerados independentes e quanto aos idosos que moram em contextos de baixa e média vulnerabilidade social, há 81% de idosos independentes. A atividade básica de vida diária com maior percentual de realização pelos idosos foi a alimentação (98%) e a atividade com menor percentual de realização foi a capacidade de tomar banho sozinho (88%).

Em relação às atividades instrumentais de vida diária, os resultados mostram que 52% dos idosos são dependentes. Em relação ao sexo, 46% das mulheres e 65% dos homens apresentam pontuação indicativa de dependência. Com relação à faixa etária, os dados mostram que a dependência aumenta conforme aumenta a idade, passando de 13% na faixa etária que compreende os idosos entre 60 e 65 anos, para 87% nos idosos de 80 anos ou mais. Com relação aos grupos de vulnerabilidade social, observa-se que a maioria dos idosos do contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social (58%) são dependentes para as atividades a serem exercidas fora do domicílio. Os idosos que vivem em contextos de baixa e média vulnerabilidade social são, em sua maioria (63%), independentes para tais atividades.

Idosos com alterações cognitivas têm maior dificuldade em realizar as atividades instrumentais de vida diária se comparados às atividades básicas de vida diária. E isso se intensifica quando se trata dos idosos que vivem em contextos de pobreza.

Não houve influência do sexo, porém houve influência da idade e dos diferentes grupos de vulnerabilidade social nos resultados da avaliação da capacidade funcional dos idosos. Esses dados reforçam a importância da avaliação da funcionalidade dos idosos, principalmente para aqueles que possuem alterações cognitivas, têm idade avançada e residem em contextos de pobreza, pois podem apresentar maior dependência em relação aos demais idosos.

Vale ressaltar a relevância da detecção precoce e avaliação periódica dos parâmetros funcionais, a fim de manter pelo maior tempo possível a autonomia e o bem-estar do indivíduo, fazendo com que os idosos envelheçam de forma mais saudável e prolonguem sua vida. Os enfermeiros devem intervir na promoção da saúde com ações que retardem o aparecimento das incapacidades e viabilizar a reabilitação quando estas forem detectadas, reduzindo o número de idosos dependentes. Adicionalmente, atividades sociais e culturais que fortaleçam grupos

de idosos poderiam ser desenvolvidas a fim de melhorar a qualidade de vida dos idosos brasileiros.

Em relação à estrutura familiar dos idosos pobres, esta geralmente é multigeracional, sendo que estes moram com esposo (a) /companheiro (a) e filhos. Alguns vivem com os netos também. Foram encontradas famílias com até sete membros. No contexto de pobreza, apenas 7% dos idosos vivem sozinhos, 38% vivem com mais uma pessoa, 33% vivem com mais duas pessoas e 20% vivem com quatro pessoas ou mais.

Os resultados mostram que os cuidadores dos idosos que vivem em contextos de muito baixa, baixa ou média vulnerabilidade social (IPVS 2, 3 e 4) (n=36) são em sua maioria do sexo feminino, casados, com 41 a 60 anos de idade, com ensino fundamental incompleto e sem renda mensal, moram com o idoso, apresentam relação estreita com ele e não apresentavam patologia no momento da coleta de dados. Relataram não receber ajuda para cuidar do idoso. O cuidador geralmente é a filha ou um profissional.

Os cuidadores dos idosos que vivem em contextos de alta ou muito alta vulnerabilidade social (IPVS 5 e 6) (n=36) são predominantemente do sexo feminino, casados, com 41 a 60 anos de idade, com ensino fundamental incompleto, com renda mensal de até um salário mínimo. Relataram também não possuir patologias no momento da entrevista. O cuidador geralmente é a filha ou o cônjuge.

Considerar o perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas morando em diferentes contextos de vulnerabilidade social pode fornecer subsídios para as USF formularem estratégias mais específicas de cuidado aos cuidadores, que geralmente são pessoas do sexo feminino.

Em relação à funcionalidade familiar relatada pelos idosos pobres, pode-se concluir que não houve correlação significativa entre a idade e o APGAR de Família de idosos com alterações cognitivas, cadastrados em Unidades de Saúde da Família e que moram em contextos de alta vulnerabilidade social.

Houve influência do gênero nos resultados do APGAR de Família dos idosos estudados. Os dados nos mostram que, para cada domínio do APGAR de família, as mulheres apresentaram escores mais baixos em relação aos homens, indicando moderada disfunção familiar.

Não houve influência do Índice de Katz, do gênero do cuidador e do grau de parentesco do idoso com o cuidador nos resultados do APGAR de Família. Houve influência do Questionário de Pfeffer e também do número de pessoas que residem na mesma casa que o idoso, o que nos traz indicativos de que quanto mais pessoas morarem na casa do idoso com alteração cognitiva que vive em contexto de pobreza, melhor é a funcionalidade familiar.

Esses dados poderão auxiliar na implantação de uma linha de cuidado a idosos com alterações cognitivas no município no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, especialmente pelo fato de que o cuidado destinado a idosos no Brasil é realizado na maioria das vezes por familiares do sexo feminino.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS - ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil - 2008**. São Paulo; 2008. Disponível em: <<http://www.abep.org/default.aspx?usaritem=arquivos&iditem=23>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

AGUERO-TORRES, H. et al. The impact of somatic and cognitive disorders on the functional status of the elderly. **J. Clinical Epidemiology**, USA, v.55, n.10, p.1007-1012, 2002.

AGUILAR FAÚNDEZ, A. P.; GUAJARDO VIDAL, R.C. Familia y conductas de autocuidado em escolares de sexto año básico de la Comuna de Villarrica. s.n; 1999. 46 p.

ALMEIDA, O.P. et al. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com doença de Alzheimer. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.58, n.2, p.292-299, jun.2000.

ALVARADO, B.E. et al. Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of Latin America and the Caribbean. **Journals of Gerontology, Psychological and Social Sciences**, v.62B, n.4, p.226-237, jul. 2007.

ALVAREZ, A.M. **Tendo que cuidar**: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. 2001. 183 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ALVES, A.M. Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. In: NERI, A.L. (Org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007. p.125-139.

AMAZONAS, M.C.L.A. et al. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. **Psicologia em Estudo**, v. 8, n. esp., p. 11-20, 2003.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C.; ALVARENGA, M.R.M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v.17 , n.2 , p.266-272, abr./jun. 2008.

ARÁN, M.; PEIXOTO JÚNIOR, C.A. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.5, p.849-857, 2007.

ARAÚJO, M.O.P.H.; CEOLIM, M.F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.3, p.378-385, 2007.

AREOSA, S.V.C.; AREOSA, A.L. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. **Rev. Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.7, n.1, p. 138-150. jan./jun. 2008.

ATHAYDE, E.S.; GIL, C.R.R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. **Rev. Espaço para a Saúde**, v.6, n.2, p.13-22, jun.2005.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, CM. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2003. p.117-139.

AZEVEDO, G.R.; SANTOS, V.L.C.G. (Handicapped) caregiver: the social representations of family members about the caregiving process. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v.14, n. 5, p.770-780, 2006.

BALARDY, L. Predictive factors of emergency hospitalization in Alzheimer's patients: results of one-year follow-up in the REAL.FR Cohort. **J. Nutr. Health Aging**, v.9, p.112-116, 2005.

BARRETO, K.M.L. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.3, n.3, p.339-354, jul./set. 2003.

BENEVIDES, O.; ORTIZ, C.R.; HERRERA, J.A. Prevalencia de sintomas depressivos en ancianos. **Med. Fam.**, Caracas, v.7, n.2, p.52-59, jul./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.infomediconline.com/biblioteca/revistas/medifami/art72art9.asp>> . Acesso em: 03 abr. 2008.

BERNAL, I.L. La familia en la determinación de la salud. **Rev. Cubana Salud Pública**, v.29, n.1, p.48-51, 2003.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro Psiquiatr.**, v.52, n.1, p.1-7, 1994.

BOCCHI, S.C.M. **Movendo-se entre a liberdade e a reclusão**: vivendo uma experiência de poucos prazeres ao vir- a – ser um familiar cuidador de uma pessoa com AVC. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BOMAR, P.J. **Promoting health in families**: applying family research and theory to nursing practice. 3. ed. Pensilvânia: Elsevier, 2004. 665 p.

BOTTINO, C.M.C.; LAKS, J.; BLAY, S.L. **Demência e transtornos cognitivos em idosos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 508p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº196**, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 2. ed. rev. Série E. Legislação de Saúde. Brasília, DF, 2006 b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006a. Disponível em: <<http://ciape.org.br/PolíticaPIIdosa2528.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de atenção à saúde do idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF, 2002. 104 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2007. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2008.

_____. **Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395**, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/1999.htm//>>. Acesso em: 17 fev. 2008.

BURGIO, L.D. et al. Translating the REACH Caregiver Intervention for Use by Area Agency on Aging Personnel: the REACH OUT Program. **The Gerontologist**, v.49, n.1, p.103-116, 2009.

BUSTAMANTE, S.E.Z. et al. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. **Arq. Neuropsiquiatria**, v.61, n.3-A, p.601-606, 2003.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 773-781, 2003.

CALDEIRA, A.P.S.; RIBEIRO, R.C.H.M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arq. Ciênc Saúde**, v.11, n.2, p. 1-6, abr./jun. 2004.

CAMARANO, A.A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 594 p.

CAMARANO, A.A.; EL GHAOURI, S.K. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Rio de Janeiro: Ipea, 2003. (Texto para discussão, 950). 20p.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T.; LEMOS, V.R. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? In: NERI, A.L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007. p.127-149.

CAMARGOS, M.C.S.; MACHADO, C.J.; RODRIGUES, R.N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos-2000. **Rev. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v.24, n.1, p.37-51, jan./jun.2007.

CARVALHO, G.I. **Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CASTELON SANJINES, B. Estúdio de la funcionalidad familiar (apgar familiar) y estratificacion social de goldthorpe en adolescentes de Colegios de la ciudad de La Paz y el Alto Gestion. **Rev. Med. La Paz**, v. 8, n.2, p. 26-32, abr. 2003.

CASTOLDI, L.; LOPES, R.C.S.; PRATI, L.E.I. O genograma como instrumento de pesquisa do impacto de eventos estressores na transição família-escola. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.19, n.2, p. 292-300, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a16v19n2.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2008.

CASTRO, M.R.; VARGAS, L.A. A interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2008.

CATTANI, R.B.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Rev. Eletr. de Enferm**, v.6, n.2, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_2>. Acesso em: 17 fev. 2008.

CAVICCHIOLI, A.C. **Câncer infantil**: as vivências dos irmãos saudáveis. 2005. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CERQUEIRA, A.T.A.R. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). **SABE**: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. São Paulo: OPAS; 2003. p.141-66.

CHO, C. et al. Factors associated with functional dependence in Alzheimer's Disease. **J. of Clinical Geropsychology**, v.7, n.1, p.79-89, 2001.

CLARK, O.D. et al. Educational disparities in the prevalence and consequence of physical vulnerability. **Journals of Gerontology, Psychological and Social Sciences**, v.62B, n.3, 193-197, maio 2007.

CLARK, O.D. et al. The meaning and significance of self-management among socioeconomically vulnerable older adults. **Journals of Gerontology, Psychological and Social Sciences**, v.63B, n.5, p.312-319, set. 2008.

COREY-BLOOM, J. et al. Diagnosis and evaluation of dementia. **Neurology**, v. 45, p. 211-218, 1995.

COSTA NETO, M.M. (Org.). **Atenção à saúde do idoso**: instabilidade postural e queda. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. **Programa Saúde da Família**: a implantação da unidade saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. **Treinamento introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. (Cadernos de Atenção Básica).

COVINSKY, K.E. et al. Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. **J. of General Internal Medicine**, New York, v.18, n.12, p.1006-1014, 2003.

DASSEL, K.B.; SCHMITT, F.A. The impact of caregiver executive skills on reports of patient functioning. **The Gerontologist**, v.48, p.781-792, 2008.

DÍAZ TABARES, O.; SOLER QUINTANA, M.L.; GARCÍA CAPOTE, M. El apgar familiar en ancianos conviventes. **Rev. Cubana Med. Gen. Integr.**, v.14, n.6, p.548-553, nov./dez., 1998. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251998000600007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2008.

DIRIK, A. et al. Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: gender differences. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.42, n.3, p.339-350, 2006.

DUARTE, Y. A. O. **Família**: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. 196f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Index de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.2, p.317-325, 2007.

DUARTE, Y.A.O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). **SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento** - O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, p.185-200.

DUARTE, Y.A.O.; BARROS, T.R. Refletindo sobre a construção de uma relação de ajuda. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliário**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p.87-99.

ENGELHARDT, E. et al. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Rev. Psiquiatr Clin**, v.25, p. 74-77, 1998.

FÁLCON-GUADALUPE, B.; ORTÍZ-NELLY, P. Rol social del adulto mayor em las familias del município de Centro, Tabasco. **Rev. Horizonte Sanitário**, v.6, n.3, p.16-23, 2007.

FARINASSO, A.L.C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia saúde da família**. 2004. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FARINASSO, A.L.C. et al. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.27, n.1, p.45-52, mar. 2006.

FELICIANO, A.B.; MORAES, S.A.; FREITAS, I.C.M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1575-1585, nov./dez. 2004.

FERREIRA, D.F.; OLIVEIRA, F.A. **Envelhecimento saudável**: percepção dos idosos quanto a sua capacidade funcional no cotidiano. 2005. Alfenas: UNIFAL – MG – Escola de Enfermagem, 2005. 97f. Trabalho de Conclusão de Curso.

FERRER, M. Valores y funcionabilidad familiar em habitantes del sector San José Coro-Falcón. **Méd. Fam. Caracas**, v.11, n.2, p.20-27, jul./dic. 2003.

FIEDLER, M.M.; PERES, K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, p.409-415, fev. 2008.

FILIZOLA, C.L.A. et al. Compreendendo o alcoolismo na família. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 10, n. 4, p. 660-670, dez. 2006.

FILIZOLA, C.L.A.; RIBEIRO, M.C.; PAVARINI, S.C.I. A história da família de Rubi e seu filho Leão: trabalhando com famílias de usuários com transtorno mental grave através do Modelo Calgary de avaliação e de intervenção na família. **Rev. Texto e Contexto Enferm.**, v.12, n. 2, p. 182-190, abr./jun. 2003.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clicician. **J. Psychiatr. Res.**, v.12, p.189-198, 1975.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1666p.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J. of Gerontology**, v. 56, n.3, p. M146-156, 2001.

FUNDAÇÃO SEADE. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS**. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/pdf/oipvs.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2008.

GARCÉS, J. et al. Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.48, p.372-379, 2009.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço de psicogeriatria. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n.6, p. 835-841, dez. 2004.

GARRIDO INZULZA, M.I. et al. Calidad de vida de cuidadores informales: agrupación alzheimer Concepción. **Rev. Cuad. Med.-soc.**, v.45, n.3, p.217-223, set. 2005.

GONÇALVES, L.H.T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Rev. Texto & Contexto Enferm.**, v.15, n.4., p.570-577, out./dez. 2006.

GRATÃO, A.C.M. **Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado**. 2006. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HERRERA JUNIOR, E. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling brazilian population. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, v.16, n.2, p.103-108, 2002.

HERTH, K.A. The root of the all: genograms as a nursing assessment tool. **J. Gerontol. Nurs.**, v.15, n.12, p. 32-37, 1989.

HOLLEY, C.K.; MAST, B.T. The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers. **The Gerontologist**, v.49, n.3, p. 388-396, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Estimativa da população idosa brasileira**. Censo 2000 a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 11 mar. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Dados sobre São Carlos**. Censo 2000 b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 08 mai. 2008.

ISHIZAKI, T. et al. Effects of cognitive function on functional decline among community-dwelling non-disabled older Japanese. **Arch. of Gerontology and Geriatrics**, Atlanta, v.42, n.1, p.47-58, 2006.

KARSCH, U.M.S. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 861-866, 2003.

KATZ, S. et al. Studies of flnness in the aged: the Index of ADL; a Stardard Measure of biological and Psychosocial Function. **JAMA**, v.185, p.914-919, 1963.

KIM, J.H.; KNIGHT, B.G. Effects of caregiver status, coping styles, and social support on the physical health of korean american caregivers. **The gerontologist**, v.48, p.287-299, 2008.

LAKS, J. et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly. **Arq. Neuro Psiquiatria**, v.63, n.2-A, p.207-212, 2005.

LEBRÃO, M.L. O projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). **SABE**: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. São Paulo: OPAS; 2003. p.33-44.

LEMOS, N.D.; GAZZOLA, J.M.; RAMOS, L.R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p. 170-179, set./dez. 2006.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S.L. Suporte Social ao idoso dependente. In: FREITAS, E.V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 892-897.

LIMA, J.C. et al. Spousal caregiving in late midlife versus older ages: implications of work and family obligations. **Journals of Gerontology, Psychological and Social Sciences**, v.63B, n.4, p.229-238, jul. 2008.

LOPES, M.A.; BOTTINO, C.M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo – Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arq. Neuro Psiquiatria**, v.60, n.1, p.61-69, 2002.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Rev. Texto e Contexto Enferm.**, v. 15, n. 4, p.587-594, out./dez. 2006.

LUZARDO, A.R.; WALDMAN, B.F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Rev. Acta Scientiarum**, v. 26, n.1, p. 135-145, jan./jun. 2004.

MACHADO, H.B. et al. Identificação de riscos na família a partir do genograma. **Fam. Saúde Desenv.**, v.7, n.2, p.149-157, maio/ago. 2005.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.10, n.2, p.178-189, 2007.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Limitação funcional e sobrevivência em idosos de comunidade. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.54, n.4, p.347-352, 2008.

MARCON, S.S.; ANDRADE, O.G.; SILVA, D.M.P. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v.7, n.2, p.289-307, 1998.

MARRA, T.A. et al. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Rev. Bras. fisioter.**, v.11, n.4, p.267-273, jul./ago. 2007.

MARTINI, A.M. et al. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p. 329- 343, maio/ago. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a04.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2008.

MAURICIO OCAMPO, J. et al. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. **Rev. Colomb. Med.**, v.37, n. 2, supl. 1, p.26-30, abr./jun. 2006.

MAURICIO OCAMPO, J. et al. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. **Rev. Colomb. Med.**, v.38, n.1, p.40-46, enero/marzo 2007.

MERCEDES ZAVALA, G. et al. Funcionamiento social del adulto mayor. **Cienc. Enferm.**, v.12, n.2, p. 53-62, dez., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532006000200007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0717-9553>. Acesso em: 03 abr. 2008.

MORAGAS, R.M. **Gerontologia social**: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997. 283p.

MORALES, J.C.O. Participação popular em saúde: exercendo o controle social. In: LOPES, M.J.M.; PAIXÃO, D.X. **Saúde da família**: histórias, práticas e caminhos. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. 416p.

NASCIMENTO, L.C.; MENDES, K.J.M. Perfil de saúde dos trabalhadores de um centro de saúde-escola. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.10, n.4, p.502-508, jul./ago. 2002.

NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S.M.M.; HAYES, V.E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto & Contexto Enferm.**, v.14, n.2, 2005. Disponível em: <<http://www.textoecontexto.ufsc.br/viewissue.php?id=13#Relato de experiencia>>. Acesso em: 04 abr. 2008.

NERI, A.L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001. 136 p.

NERI, A.L.; CARVALHO, V.A.L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E.V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NERI, A.L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. São Paulo: Alínea, 2002. p.9-63.

NIELSEN, J. et al. Characteristics of caregivers and factors contributing to institutionalization. **Geriatric Nurs.**, v. 17, n. 3, p. 120-128, 1996.

NITRINI, R. et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian Population. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, v.18, n.4, p.241-246, 2004.

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.63, n. 3-A, p. 713-727, 2005.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Demências. In: NITRINI, R.; BACHESCHI, L.A. **A neurologia que todo medico deve saber**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.323-34.

NJEGOVAN, V. et al. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. **J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med.**, v.56, n.10, p. M638-643, 2001.

NYGARD, L. Instrumental activities of daily living: a stepping-stone towards Alzheimer's disease diagnosis in subjects with mild cognitive impairment? **Acta Neurologica Scandinavica**, Denmark, v.107, n.Suppl. 179, p.42-46, 2003.

OLIVEIRA, S.F.D. **Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre os idosos do município de São Paulo**. 2006. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, S.F.D. et al. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.81-89, jan./abr. 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Política da II Assembléia Mundial da ONU sobre o Envelhecimento, Madri, 2002. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.26, n.26, p. 539-541, out./dez. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental, nova concepção, nova esperança.** Geneva, Suíça, 2001.

PAIXAO JR., C.M.; REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.7-19, 2005. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2005000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2008.

PAVARINI, S.C.I. et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Rev. Eletr. de Enferm.**, v.8, n.3, p.326-335, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm>. Acesso em: 10 mar. 2008.

PAVARINI, S.C.I. et al. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.17, n.3, p.374-9, mai./jun. 2009.
PAVARINI, S.C.I. et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.10, n.1, p. 39-50, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a04.htm>>. acesso em: 10 maio 2008.

PAVARINI, S.C.I.; NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.I.D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000. p.49-69.

PAZ, A.A.; SANTOS, B.R.L.; EIDT, O.R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v.19, n.3, p.338-342, 2006.

PENG, J.K. et al. What can family physicians contribute in palliative home care in Taiwan? **J. Fam. Pract.**, abr. 2009. 7p.

PENNING, M.G. Receipt of assistanse by elderly people: hierarchical selection and task specificity. **The Gerontologist**, v. 30, n. 2, p. 220-227, 1991.

PEREIRA, R.J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 28, n.1, p.27-38, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14605.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2007.

PFEFFER, R.I. et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. **J. Gerontol.**, v. 37, p.323-329, 1982.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. **Journals of Gerontology, Psychological and Social Sciences**, v.62B, n.2, p.126-137, mar. 2007.

PINTOS, C.C.H. **A família e a terceira idade**: orientações psicogerontológicas. São Paulo: Edições Paulinas, 1997.

QUEIROZ, A. **A enfermagem de família, uma abordagem contextualizadora**. 2003. Disponível em: <www.anaqueiros.com>. Acesso em: 07 fev. 2008.

QUEIROZ, Z.P.V. Cuidando do idoso: uma abordagem social. **O Mundo da Saúde**, v. 24, n.4, p.246-248, 2000.

RITCHIE, K.; KILDEA, D. Is senile dementia “age-related” or “ageingrelated”? – evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. **Lancet**, v.346, p.931-934, 1995.

ROCHA MIZ, G.A.; MUÑOZ ACUÑA, V.B.; CARRIEL CASTILLO, A.C. Diagnostico de afectividad en senescentes de una comuna rural pobre de Chiloé. **Rev. Med. Maule**, v. 16, p. 16-19, dez. 1997.

RODRIGUES, R.A.P. et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. **Rev. Texto & Contexto Enferm.**, v.16, n.3, p. 536-545, jul./set. 2007.

RODRIGUES, R.A.P. et al. Morbidade e sua interferencia na capacidade funcional de idosos. **Acta Paul. Enferm.**, v.21, n.4, p.643-648, 2008.

RODRIGUES, R.A.P.; DIOGO, M.J.D.E. **Como cuidar dos idosos**. Campinas: Papyrus; 1996. 125p.

RODRIGUES, M.P.; LIMA, K.C.; RONCALLI, A.G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.71-82, jan./fev. 2008.

ROMERO, D.E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no *status* de saúde dos idosos brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 777-794, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14605.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p. 23-34, jan./fev. 2008.

ROQUE, E.M.S.T.; FERRIANI, M.G.C. Estudo das famílias de crianças e adolescentes, vítimas de violência, que sofreram intervenção da justiça. **Rev. Latino-am Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 29-35, jul./ago., 2007.

ROSA, T.E.C. Redes de apoio social. In: LITVOC, J.; BRITO, F.C. **Envelhecimento: prevenção e promoção**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 203-18.

ROSAS-PÉREZ, M.P.; GONZÁLEZ-SALINAS, C. Utilización del genograma en un centro de salud de la Ciudad de México. **Arch. Méd. Fam.**, v.4, n.3, p. 99-103, 2002.

ROSSI, A.S.; ROSSI, P.H. **Of human bonding**: parent-child relations across the life course. New York: Aldine Gruyter, 1990. 542p.

SAAD, P.M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). **SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento: O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.203-224.

SANTANA, R.F.; SANTOS, I.; CALDAS, C.P. Cuidando de idosos com Demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.58, n.1, p.44-48, jan./fev. 2005.

SANTOS, S.M.A.; RIFIOTIS, T. Cuidadores familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre o cuidado e o papel dos conflitos na dinâmica da família cuidadora. In: SIMSON, O.R.M.V.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. (Org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Alínea, 2003. p.141-164.

SAYEG, M.A. Envelhecimento bem sucedido e o autocuidado: algumas reflexões. **Arq. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.2, p. 96-97, jan./abr. 1998.

SCAZUFCA, M. Saúde mental. In: LITVOC, J.; BRITO, F.C. (Orgs.). **Envelhecimento, prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 177-188.

SCHNEIDER, R.H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R.R. Avaliação funcional de idosos. **Rev. Scientia Medica**, v.18, n.1, p.4-9, jan./mar. 2008.

SHEPARD, M.P.; MAHON, M.M. Vulnerable families: research finding and methodological challenges. **J. Fam. Nur.**, v.8, n.4, p. 309-314, out./dez. 2002.

SILVA, L.; GALERA, S.A.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paulista Enferm.**, v.20, n.4, p. 397- 403, out./dez. 2007.

SILVEIRA, T.M.; CALDAS, C.P.; CARNEIRO, T.F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1629-1638, 2006.

SIMONETTI, J.P.; FERREIRA, J.C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008.

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

SOUZA, L.; GALANTE, H.; FIGUEREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, v.37, p.364-371, 2003.

SOUZA, L.M.; MORAIS, E.P.; BARTH, Q.C.M. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.14, n.6, p. 901-906, nov./dez. 2006.

SOUZA, R.F.S.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A.C.P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.3, p.263-267, maio/jun. 2007.

STEEN, G.; SONN, U.; BÖRJESSON, H. Cognitive function and functional ability. A cross-sectional and longitudinal study at ages 85 and 95 in non-demented population. **Aging Clin. Exp. Res.**, v.13, n.2, p.68-77, 2001.

TEIXEIRA, I.N.D.O. **Definições de fragilidade em idosos:** uma abordagem multiprofissional. 2006. 205 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Escola de Gerontologia, UNICAMP, Campinas, 2006.

TEIXEIRA, I.N.D.O.; NERI, A.L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 115, p. 1102-1109.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito familiar. **Rev. Bras. Enferm.**, v.58, n.4, p.438-443, jul./ago. 2005.

TOGNONI, G. et al. From mild cognitive impairment to dementia: a prevalence study in a district to Tuscany, Italy. **Acta Neurol. Scand.**, v.112, n.2, p.65-71, 2005.

TOMBAUGHT, T.N.; MCINTYRE, N.J. The mini-mental state examination: a comprehensive review. **J. of the American Geriatrics Society**, v.40, p.922-935, 1992.

TORTI, F.M. et al. A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, v.18, p.99-109, 2004.

TUESCA, R.; BORDA, M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. **Gac. Sanit.**, v.17, n. 4, p.302-308, jul./ago. 2003. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112003000400008&lng=pt. Acesso em: 03 abr. 2008.

VARELA JERALDO, H. et al. Senescentes institucionalizados: aspectos de la salud, afectivos y economicos. **Bol. Hosp. San Juan de Dios**, v. 37, n. 6, p. 392-397, nov./dez. 1990.

VARELA JERALDO, H. et al. Apoyo familiar y de amistades en senescentes hospitalizados: su cuantificación en un servicio estatal metropolitano. **Bol. Hosp. San Juan de Dios**, v. 38, n. 6, p. 371-375, nov./dez. 1991.

WALDMAN, E.A.A. Transição epidemiológica: tendências e diferenciais dos padrões de morbimortalidade em diferentes regiões do mundo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.24, n.1, p.10-18, jan./fev. 2000.

WEN, L.K.; PARCHMAN, M.L.; SHEPHERD, M.D. Family support and diet barriers among older hispanic adults with type 2 diabetes. **Fam. Méd.**, v.36, n.6, p.423-430, 2004.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca; 2002. 340p.



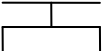















YAZAKI, L.M. Arranjos familiares e a presença da mulher no apoio aos idosos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 8., 1992, Brasília. **Anais...** São Paulo: ABEP, 1992. v.2, p.297-308.

ANEXO A – Genograma

Genograma

- Você precisa apenas de um papel e de uma caneta (observação: há 02 folhas para rascunho no final deste caderno).
- Faça o genograma com todos os membros da família que estiverem presentes ao mesmo tempo.
- Inicie com a pergunta: **Quem faz parte da família?**
- Depois de anotados todos os membros, circule os que moram na mesma casa.
- Solicite informações como idade, gênero, naturalidade, ocupação, problemas de saúde (especialmente demência), relações familiares e dados que forem significativos para aquela família.
- Identifique dados de pelo menos 3 gerações abaixo do idoso e uma geração acima, ou seja, informações sobre os pais dos idosos, os filhos, os netos e bisnetos dos idosos.

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA

	Homem		Ligação Normal		Casal com Filhos
	Mulher		Ligação Próxima		Óbito
	Aborto Sexo Indefinido		Ligação Estreita		Pessoas no Mesmo Lar
 	Aborto Sexo Definido		Ligação Conflituosa		Adoção
	Ligação Distante		Separação		Gravidez
	Gêmeos idênticos		Gêmeos		

ANEXO B – Mini - Exame do Estado Mental

Mini-Exame do Estado Mental

Resultado obtido	Nota de corte

Notas de corte:

- Analfabetos (se souber escrever o nome, mas não freqüentou a escola)18 pontos
- Alfabetização de adultos (1 a 3 anos de escolaridade)21 pontos ou mais
- Ensino fundamental incompleto (4 a 7 anos de escolaridade)24 pontos ou mais
- Ensino fundamental completo (8 anos de escolaridade)26 pontos ou mais
- Ensino médio incompleto (9 a 11 anos de escolaridade)26 pontos ou mais
- Ensino médio completo (12 anos de escolaridade)26 pontos ou mais
- Ensino superior incompleto (mais de 12 anos de escolaridade)26 pontos ou mais
- Ensino superior completo (mais de 12 anos de escolaridade)26 pontos ou mais

Pontuação máxima30 pontos

Caso a pontuação seja menor que as notas de corte considerando a escolaridade dos indivíduos, é indicativo de que ele apresenta perdas cognitivas.

- Mesmo que o idoso seja analfabeto, aplique todas as questões.

AS PERGUNTAS E ORIENTAÇÕES QUE O EXAMINADOR DEVE FAZER AO ENTREVISTADO ESTÃO EM NEGRITO.

Agora, farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em cada um delas, dando sua melhor resposta.

-
- 1) **Que dia da semana é hoje?**
 - Se omitir siga continuamente até concluir as questões.
 - 2) **Que dia do mês é hoje?**
 - 3) **Em que mês nós estamos?**
 - 4) **Em que ano nós estamos?**
 - 5) **Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada**
 - Considere a variação de mais ou menos uma hora.
 - 6) **Em que local específico nós estamos?**
 - Pergunte apontando para o chão que local é este. Ex. consultório, dormitório, sala, quarto.
 - 7) **Que local é este aqui?**

- Apontando ao redor em um sentido mais amplo, pergunte onde o local específico se insere.
Ex. hospital, casa de repouso, própria casa.
- 8) Qual é o endereço onde estamos?
- Considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima.
- 9) Em que cidade nós estamos?
- 10) Em que estado nós estamos?

11) Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida.

Vaso

Carro

Tijolo

- Fale os três objetos claramente e devagar, dando cerca de 1 segundo de intervalo entre uma palavra e outra;
- Peça ao idoso para repeti-las;
- Dê 1 ponto para cada palavra repetida corretamente na 1ª vez. A pontuação é baseada somente na primeira repetição;
- Se houver erro, deve repetir as palavras até 5 vezes para o aprendizado e realização do item 13. Registre o número de tentativas:

12) Quanto é 100 menos 7?

- Depois da resposta, pergunte novamente: **E 93 – 7?**
- E assim sucessivamente até completar as 5 subtrações.
- Se errar, aguarde um momento sem dizer nada, esperando correção espontânea. Se não acontecer, sem dizer que errou, continue a subtração a partir do resultado correto. Continue os cálculos até o fim, pois a interferência deve ser sempre igual.
- Faça as cinco subtrações, independente das respostas;

- a) $100 - 7$ (93)
- b) $93 - 7$ (86)
- c) $86 - 7$ (79)
- d) $79 - 7$ (72)
- e) $72 - 7$ (65)

13) Quais foram as palavras que eu pedi para o(a) Sr(a). repetir agora há pouco?

- Peça ao idoso para repetir as três palavras ditas no item 11;
- Anote as palavras lembradas, independente da seqüência em que foram ditas.

_____ _____ _____

14) O que é isto?

- Pergunte mostrando o *relógio*.
- Faça o mesmo com a *caneta*

Relógio

Caneta

15) Eu vou dizer uma frase e DEPOIS QUE EU TERMINAR, quero que o Sr(a) repita:

- Apenas 1 tentativa

"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

16) Eu darei 3 ordens e você só as realizará DEPOIS QUE EU TERMINAR DE FALAR:

- Arranque a folha em branco que está no final deste caderno dê os três comandos e depois dê o papel para o idoso, segurando com as duas mãos.

Pegue o papel com sua mão direita.....

Dobre-o ao meio.....

Ponha-o no chão.....

17) Leia e faça o que está escrito

- Mostre a frase "Feche os olhos", que está escrita em letras grandes, no fim deste caderno.
- Se em um primeiro momento ele apenas ler, peça novamente para fazer o que está escrito;
- Caso leia sem fazer o que está escrito considere incorreto;

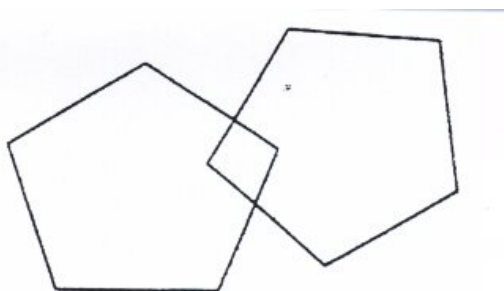
"FECHE OS OLHOS"

18) Escreva uma frase:

- Peça para escrever uma frase com começo, meio e fim;
- Considere correto se a frase tiver sentido;
- Erros de gramática e ortografia são desconsiderados

19) Copie este desenho:..... □

- É considerado correto se ambas as figuras tiverem cinco lados e a intersecção entre elas;
- Pedir para copiar no espaço em branco da página ao lado;
- Veja observação sobre pontuação no início deste teste.



ANEXO C – Índice de Katz para Atividades de Vida Diária

Escala de Atividades Básicas de Vida Diária - Katz

Nome do entrevistador: _____

Data: ___/___/___

Resultado
Independência (5 a 6)
Dependência parcial (3 a 4)
Dependência importante (0 a 2)

PONTUAÇÃO (somatória das respostas “SIM”):

Instruções: “Por favor, serão feitas algumas perguntas sobre atividades do seu dia-a-dia e gostaria que respondesse da melhor forma possível.”

	ATIVIDADE		SIM	NÃO	NOME DE QUEM AJUDA	GRAU DE PARENTESCO COM O IDOSO
1	Em relação ao Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.	1	0		
2	Em relação a Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	1	0		
3	Quanto à Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).	1	0		
4	Em relação à Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).	1	0		
5	Quanto à Continência	Controla completamente urina e fezes.	1	0		
6	Em relação à Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar ou passar manteiga no pão).	1	0		

ANEXO D – Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer

Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer

Nome do entrevistador: _____

Data:

--	--

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS - Pfeffer

(OBSERVAÇÃO: QUESTIONÁRIO APLICADO AO FAMILIAR/CUIDADOR)

Resultado	
	(<5) INDEPENDENTE
	(≥5) DEPENDENTE

SOMATÓRIA DOS PONTOS:

Questão inicial para o cuidador:

1) **Você notou alguma alteração no comportamento do seu familiar idoso para o desempenho nas tarefas do dia-a-dia nos últimos 6 meses?**

a. sim b. não c. não sei dizer

Se notou, quais?

Por favor, responda as perguntas que serão feitas de acordo com o seu entendimento sobre o nível ou grau de independência e autonomia que o seu (sua) acompanhante apresenta para a realização das tarefas do dia-a-dia.

	Normal	Faz com dificuldade	Necessita de ajuda	Não é capaz	Nunca o fez, mas poderia fazê-lo	Nunca o fez e agora teria dificuldade	Nome de quem o ajuda	Grau de parentesco com o idoso
1. Ele(a) manuseia seu próprio dinheiro?	0	1	2	3	0	1		
2. Ele(a) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho(a)?	0	1	2	3	0	1		
3. Ele(a) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?	0	1	2	3	0	1		
4. Ele(a) é capaz de preparar uma refeição?	0	1	2	3	0	1		
5. Ele(a) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?	0	1	2	3	0	1		
6. Ele(a) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?	0	1	2	3	0	1		
7. Ele(a) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?	0	1	2	3	0	1		
8. Ele(a) é capaz de manusear seus próprios remédios?	0	1	2	3	0	1		
9. Ele(a) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	0	1	2	3	0	1		
	Normal	Sim, mas com precauções	Sim, por períodos curtos	Não poderia	Nunca ficou, mas poderia ficar agora	Nunca ficou e agora teria dificuldade		
10. Ele(a) pode ser deixado(a) em casa sozinho(a) de forma segura?	0	1	2	3	0	1		

ANEXO E – Apgar de Família

APGAR de Família

Data da entrevista: ____/____/____

 IDOSO: Nome: _____ CUIDADOR: Nome: _____ OUTRO FAMILIAR. Qual? _____

Resultado	
	Elevada disfunção familiar (1-8)
	Moderada disfunção familiar (9-12)
	Boa funcionalidade familiar (13-20)

	Nunca	Raramente	Algumas Veze	Quase sempre	Sempre
	0	1	2	3	4
a- Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando. COMENTÁRIOS:	()	()	()	()	()
b- Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas. COMENTÁRIOS:	()	()	()	()	()
c- Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções. COMENTÁRIOS:	()	()	()	()	()
d- Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor. COMENTÁRIOS:	()	()	()	()	()
e- Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos. COMENTÁRIOS:	()	()	()	()	()

ANEXO F – Critério de Classificação Econômica Brasil

Critério Brasil

SISTEMA DE PONTOS (MÁXIMO: 46 ; MÍNIMO: 0)

Posse de itens

Pontuação obtida: _____

Classe: _____

ITENS	QUANTIDADE DE ITENS				
	0	1	2	3	4 ou mais
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Nome do chefe da família: _____

Grau de instrução do chefe da família

Nomenclatura antiga	Pontos	Nomenclatura atual
Analfabeto / Primário incompleto	0	Analfabeto/até a 3ª série fundamental
Primário completo	1	4ª série fundamental
Ginasial completo	2	Fundamental completo
Colegial completo	4	Médio completo
Superior completo	8	Superior completo

PONTUAÇÃO TOTAL (posse de itens + grau de instrução do chefe da família): _____

Pontos de cortes das classes

CLASSES	PONTOS DE CORTE	RESULTADO ENCONTRADO
A1	42 a 46 pontos	
A2	35 a 41 pontos	
B1	29 a 34 pontos	
B2	23 a 28 pontos	
C1	18 a 22 pontos	
C2	14 a 17 pontos	
D	8 a 13 pontos	
E	0 a 7 pontos	

APÊNDICE B – Complemento dos dados do cuidador primário**CUIDADOR PRIMÁRIO**

Por que você cuida desse idoso:

- por proximidade geográfica.
- por ser a única pessoa disponível.
- por apresentar grau de parentesco.
- por vontade.
- devido à relação de intimidade entre vocês.

Você recebe ajuda de alguém para cuidar do idoso? Quem é essa pessoa?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Idosos com alterações cognitivas: estudando a funcionalidade familiar em contexto de pobreza”.
2. Você foi escolhido por ter mais de 60 anos e ser atendido na Unidade de Saúde da Família escolhida para esse estudo. Sua participação não é obrigatória.
3. Você pode desistir de participar dessa pesquisa quando você quiser e retirar o seu consentimento a qualquer hora.
4. Se você não participar dessa pesquisa, não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Unidade de Saúde da Família onde é atendido.
5. O objetivo geral deste estudo é analisar a funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas cadastrados em Unidades de Saúde da Família.
6. Sua participação nesta pesquisa será responder perguntas sobre a funcionalidade de sua família e o seu grau de dependência para as atividades do dia a dia.
7. Os riscos relacionados com sua participação são praticamente nulos. Caso esta pesquisa traga qualquer risco ou prejuízo a sua saúde não previsto, as atividades serão imediatamente interrompidas. Caso seja identificado qualquer problema de saúde, o (a) senhor (a) será encaminhado para o serviço de saúde do município.
8. Sua participação contribuirá para o conhecimento sobre a funcionalidade familiar de idosos. Você terá como benefício a oportunidade de ser avaliada suas condições funcionais.
9. As informações que você nos deu serão mantidas em segredo e guardadas no Laboratório da UFSCar. Asseguramos o sigilo sobre sua participação e o seu nome será substituído por um outro nome.
10. Você receberá uma cópia deste termo onde estão escritos o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Sofia Cristina Iost Pavarini
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Rodovia Washington Luis Km 235
Fone 33518336/33518334/ E-mail: sofia@ufscar.br

Ariene Angelini dos Santos
Departamento de Enfermagem
e-mail: arieneangelini@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data:

Assinatura do sujeito da pesquisa e do seu familiar responsável