

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

SIMONE CAMARGO DE OLIVEIRA

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO COM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

SÃO CARLOS

2012

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

SIMONE CAMARGO DE OLIVEIRA

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO COM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

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 obtenção do título de Mestre em Enfermagem, realizada sob orientação da Prof^a. Dr^a. Sofia Cristina Iost Pavarini, com apoio financeiro da CAPES – REUNI (bolsa mestrado).

SÃO CARLOS

2012

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

O48ff

Oliveira, Simone Camargo de.

Funcionalidade familiar : um estudo com idosos
institucionalizados / Simone Camargo de Oliveira. -- São
Carlos : UFSCar, 2012.

104 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2012.

1. Enfermagem. 2. Instituição de longa permanência. 3.
Relações familiares. 4. Gerontologia. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



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



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: SIMONE CAMARGO DE OLIVEIRA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 26/01/12
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

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

Profa. Dra. Ana Amelia Camarano de Mello Moreira
(IPEA)

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta de Mendiondo
(DEnf/UFSCar)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre estar ao meu lado, orientando os meus passos e abençoando todas as minhas decisões;

Aos meus pais Josefa e João Donizete, pela base sólida, exemplos de caráter e por nunca medirem forças para que eu pudesse alcançar os meus objetivos;

À Geraldina minha querida avó, pelas lições de superação e amor à vida e principalmente pelo amor incondicional por mim e meus irmãos;

Ao Rafael Batista Rossignolo pelo amor e compreensão;

Aos meus irmãos Cristiane e Rodrigo pela torcida, amizade e amor;

À Prof^a Dr^a Sofia Cristina Iost Pavarini, pela oportunidade de caminhar ao seu lado, compartilhando as suas experiências e ensinamentos e principalmente por ser um modelo de determinação e inteligência;

Aos membros titulares e suplentes da banca do Exame de Qualificação, Prof^{as}. Dr^{as}. Ana Amélia Camarano de Mello Moreira, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Marisa Silvana Zazzeta de Mediondo e Elizabeth Joan Barham, que com suas valiosas contribuições enriqueceram o trabalho;

Aos funcionários, docentes e colegas do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, pela competência e momentos compartilhados nessa jornada;

Aos alunos dos cursos de Graduação em Enfermagem e Gerontologia, pela possibilidade de aprendizado;

Às minhas queridas amigas Juliana e Marja, pela convivência diária, pela constante torcida e amizade;

Ao Conselho Municipal do Idoso de São Carlos, pela possibilidade de realização do trabalho e colaboração com os endereços das instituições;

À todos os idosos que contribuíram para que este estudo se tornasse realidade;

Aos funcionários das Instituições de Longa Permanência para Idosos, que me acolheram e me ajudaram mesmo quando estavam atarefados com os seus afazeres profissionais;

À CAPES, pelo apoio financeiro;

À Universidade Federal de São Carlos, pela possibilidade do desenvolvimento deste;

À todos o meu muito obrigada!

Dedicatória

À idosa da minha vida: a minha avó Geraldina Marques de Camargo cujo amor, afeto, proteção, ensinamentos e incentivos foram e continuam sendo essenciais para o meu viver.

"Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados"

(Simone Du Beauvoir)

"Enquanto eu tiver perguntas e não houver respostas, continuarei a escrever"

(Clarice Lispector)

RESUMO

No Brasil, o cuidado com os idosos é culturalmente realizado pelas famílias. Embora apenas 1% da população brasileira com mais de 60 anos seja cuidada em Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI, a procura por esse tipo de instituição tem sido cada vez maior em função, principalmente, do envelhecimento populacional e dos novos arranjos familiares. O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre funcionalidade familiar e as variáveis idade, gênero, tempo de institucionalização, composição familiar, sintomas depressivos e alterações cognitivas de idosos que residem em instituições de longa permanência em uma cidade do interior de São Paulo. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal com desenho descritivo-correlacional. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais com 107 idosos institucionalizados, em São Carlos – SP. Foram aplicados os seguintes instrumentos: APGAR de Família, Mini Exame do Estado Mental, Índice Katz, Questionário de Atividades Funcionais e Pfeffer e Escala de Depressão Geriátrica. Os desfechos foram analisados por meio da análise de Regressão Logística, utilizando a análise hierarquizada, utilizando a técnica Stepwise. Todos os cuidados éticos foram observados. Com relação às características sócio-demográficas, os idosos institucionalizados são em sua maioria mulheres (61%), mais longevas (45%), com baixa escolaridade (46%), católicas (87%) e viúvas (45%). A maioria é independente para as atividades básicas da vida diária (46%), dependente para as atividades instrumentais de vida diária (69%), apresentam sintomas depressivos (67%) e alterações cognitivas (53%). Os resultados mostram que 57% dos idosos apresentam elevada disfunção familiar, 22% apresentam boa funcionalidade familiar e 21% moderada disfunção familiar. Não houve associação estatisticamente significativa entre o APGAR de Família e as variáveis sexo e idade. Idosos com composição familiar formada por pessoas mais distantes como irmãos/sobrinhos e outros, com maior tempo de institucionalização, com presença de sintomas depressivos e com alterações cognitivas apresentaram-se mais disfuncionais. O idoso com tempo de institucionalização acima de 3 anos (OR = 3,861; $p = 0,0285$), com presença de sintomas depressivos (OR = 5,378; $p = 0,0044$) e com composição familiar formada por Irmãos/Sobrinhos/Outros (OR = 6,812; $p = 0,0155$) tem maior chance de apresentarem disfunção familiar. Esses resultados poderão contribuir para um planejamento do cuidado da família dos idosos institucionalizados.

Descritores: Idosos, Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI, Relações Familiares, Enfermagem e Gerontologia.

ABSTRACT

Culturally, care delivered to elderly individuals in Brazil is usually provided by families. Even though only 1% of the Brazilian population older than 60 years of age is cared for in long stay institutions, the search for this type of facility has increased, mainly due to population aging and new family arrangements. This study analyzes the relation between family functionality and the variables of age, gender, duration of institutionalization, family composition, depressive symptoms and cognitive changes in elderly individuals residing in long stay facilities in a city in the interior of São Paulo, SP, Brazil. This is a quantitative cross-sectional study with a descriptive correlational design. A total of 107 elderly individuals were individually interviewed using the following: Family APGAR, Mini State Mental Exam, Katz Index, Pfeffer Functional Activities Questionnaire and Geriatric Depression Scale. Outcomes were analyzed by logistic regression analysis using the hierarchical analysis using the Stepwise technique. This study complied with all ethical aspects. In relation to socio-demographic characteristics, the institutionalized elderly individuals were mostly older elderly women (61%), (45%) with a low education level, (87%) Catholic and (45%) widowed. Most independently performed basic daily living activities (46%), but were dependent for instrumental activities of daily living, had depressive symptoms (67%) and cognitive impairment (53%). The results show that 57% of the elderly individuals had a high level of family dysfunction, 22% had good family functionality and 21% moderate family dysfunction. No statistically significant association was found between the family APGAR and the variables gender and age. Elderly individuals with families composed of more distant relatives such as siblings, nephews and nieces, with greater time of institutionalization, depressive symptoms and cognitive impairment were also more dysfunctional. The institutionalization of elderly with time over 3 years (OR = 3.861, $p = 0.0285$), presence of depressive symptoms (OR = 5.378, $p = 0.0044$) and family composition formed by brothers / Nephews / Other (OR = 6.812, $p = 0.0155$) are more likely to experience family dysfunction. These findings can contribute to planning for care delivered to the family of institutionalized families.

Descriptors: Aged; Home for the Aged; Family Relations; Nursing; Geriatrics.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Boxplot para a variável APGAR de Família considerando a idade com que os idosos entram na instituição. São Carlos, 2012. 57
- Figura 2 – Representação da relação entre o APGAR de Família e a composição familiar. São Carlos, 2012. 58
- Figura 3 – Representação da relação entre o APGAR de Família e o GDS. São Carlos, 2012. 60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição do percentual de idosos segundo os responsáveis por sua institucionalização. São Carlos, 2012.	45
Gráfico 2 – Distribuição do percentual dos idosos segundo o tempo de institucionalização. São Carlos, 2012.	46
Gráfico 3 – Distribuição do percentual dos idosos institucionalizados segundo a funcionalidade familiar. São Carlos, 2012.	48
Gráfico 4 – Funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão A (referente à Adaptação). São Carlos, 2012.	51
Gráfico 5 – Funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão B (referente ao Companheirismo). São Carlos, 2012.	51
Gráfico 6 – Funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão C (referente ao Desenvolvimento). São Carlos, 2012.	52
Gráfico 7 – Funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão D (referente à Afetividade). São Carlos, 2012.	53
Gráfico 8 – Funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão E (referente à Capacidade Resolutiva). São Carlos, 2012.	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Levantamento dos usuários das ILPI conforme o tipo de instituição e idosos participantes da pesquisa. São Carlos, 2012.	36
Tabela 2 – Perfil dos idosos institucionalizados conforme as variáveis sociodemográficas. São Carlos, 2012.	44
Tabela 3 – Distribuição dos idosos institucionalizados por sexo, segundo o desempenho nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e Escala de Depressão Geriátrica e Mini Exame do Estado Mental. São Carlos, 2012.	47
Tabela 4 – Distribuição dos idosos segundo avaliação funcional por faixa etária. São Carlos, 2012.	47
Tabela 5 – Distribuição dos idosos segundo os resultados do MEEM por faixa etária. São Carlos, 2012.	48
Tabela 6 – Distribuição do percentual dos idosos segundo a Escala de Depressão Geriátrica por faixa etária. São Carlos, 2012.	48
Tabela 7 – Funcionalidade familiar por sexo segundo o tipo de instituição. São Carlos, 2012.	49
Tabela 8 – Funcionalidade familiar segundo as variáveis: sexo, faixa etária, composição familiar, tempo de institucionalização, Escala de Depressão Geriátrica e Mini Exame do Estado Mental. São Carlos, 2012.	50
Tabela 9 – Média e desvio padrão (DP) dos escores das respostas dos idosos, em relação à cinco dimensões do APGAR de Família (Adaptação, Companheirismo, Desenvolvimento, Afetividade e Capacidade Resolutiva) segundo as variáveis: sexo, faixa etária, composição familiar, tempo de institucionalização, desempenho na GDS e no MEEM. São Carlos, 2012.	54

Tabela 10 – Análise estatística comparativa de cada dimensão do APGAR de Família para o tempo de institucionalização por meio do coeficiente de correlação de Spearman. São Carlos, 2012.	58
Tabela 11 – Distribuição dos idosos segundo a avaliação funcional e Escala de Depressão Geriátrica. São Carlos, 2012.	59
Tabela 12 – Análise estatística comparativa de cada dimensão do APGAR de Família para o MEEM, para idosos com alteração cognitiva, por meio do coeficiente de correlação de Pearson. São Carlos, 2012.	61
Tabela 13 – Resultados da análise de regressão logística relativa às relações entre as variáveis estudadas e presença de disfunção familiar após a retirada do indivíduo. São Carlos, 2012.	63
Tabela 14 – Resultados da análise de regressão logística relativa às relações entre as variáveis estudadas e presença de disfunção familiar com a retirada do indivíduo 65 e utilizando o critério de seleção de variáveis stepwise. São Carlos, 2012.	64

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento livre esclarecido.	90
APÊNDICE 2 – Parecer do comitê de ética da Universidade Federal de São Carlos.	92
APÊNDICE 3 – Caracterização do sujeito da pesquisa.	94
APÊNDICE 4 – Cronograma de execução da pesquisa.	95

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Avaliação cognitiva: Mini Exame do Estado Mental.	97
ANEXO 2 – Funcionalidade familiar: APGAR de Família.	101
ANEXO 3 – Avaliação das atividades básicas de vida diária: índice de Katz.	102
ANEXO 4 – Avaliação das atividades instrumentais de vida diária: questionário de Pfeffer.	103
ANEXO 5 – Avaliação da depressão: Escala de Depressão Geriátrica.	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idoso
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
KATZ	Instrumento para avaliação das atividades básicas de vida diária
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PFEFFER	Questionário para Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária
DP	Desvio padrão

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1 Instituição de Longa Permanência para Idosos	20
1.2 Funcionalidade Familiar	26
2. OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo geral	33
2.2 Objetivos específicos	33
3. MÉTODO	35
3.1 Local do estudo	35
3.2 Sujeitos	35
3.3 Procedimentos éticos	36
3.4 Procedimentos para a coleta de dados	37
3.5 Procedimentos para a análise dos dados	38
3.6 Instrumentos	39
4. RESULTADOS	44
Parte 1 – Caracterização dos idosos	44
Parte 2 – Funcionalidade familiar (APGAR de Família) dos idosos	48
Parte 3 – Funcionalidade familiar e fatores associados	56
5. DISCUSSÃO	66
6. CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	90
ANEXOS	97



1. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O Brasil está passando por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso. Segundo o censo de 2010, 11% da população brasileira tem mais de 60 anos (IBGE, 2010). As projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde - (OMS) revelam que o grupo de idosos no país deverá aumentar em quinze vezes, enquanto a população total aumentará cinco vezes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). A população idosa brasileira irá mais do que triplicar nas próximas quatro décadas: passará de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050 (BANCO MUNDIAL, 2011).

O número de idosos em relação ao número de crianças também tem aumentado. Em 1980, para cada 100 crianças havia 16 pessoas idosas e, no ano 2010, este número cresceu para 50 idosos para cada 100 crianças (IBGE, 2010). A expectativa é que, a partir de 2020, o número de idosos será maior do que o número de crianças (IBGE, 2010). O número de idosos hoje no Brasil, segundo o censo de 2010, é de 20.590.599 e é na região sudeste que está a maior concentração desta configuração populacional, com 9.527.354 idosos (IBGE, 2010).

Segundo Ramos (2003), o desafio do Brasil para este século é cuidar de uma população cada vez mais idosa com nível socioeconômico e educacional baixo e com alta prevalência de condições crônicas de saúde.

No Brasil, esse cuidado é tradicionalmente realizado pelas famílias. Segundo o artigo 230 da Constituição Federal Brasileira, “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988). Tal recomendação também está presente na Política Nacional do Idoso de 1994 e no Estatuto do Idoso aprovado em 2003.

No entanto, as famílias têm sofrido mudanças na sua estrutura e na sua função. Atualmente, elas são menos extensas, com uma quantidade menor de filhos. Cresceu o número de divórcios e aumentou a participação das mulheres no mercado de trabalho, provocando uma alteração no papel social da mulher e nas relações de gênero tradicionais onde se considerava o homem como o "provedor"

e a mulher como "cuidadora"(CEBERIO, 2006). As mudanças atuais nos arranjos familiares, têm influenciado na capacidade de a família cuidar de seus parentes mais frágeis, o que pode contribuir para uma carência assistencial dos idosos mais incapacitados (CAMARANO, 2010).

Assim, em função desses novos arranjos familiares, a demanda por novas modalidades de cuidados tende a crescer. O número de idosos brasileiros que deverão necessitar de cuidados prolongados poderá ascender de 30% a 50%, dependendo dos avanços apresentados em relação às condições de autonomia dos idosos (CAMARANO, 2010; CAMARANO; KANSO, 2009). Estima-se que o Brasil, em, 2020, terá o dobro de pessoas idosas sendo cuidadas por não familiares em relação ao ano de 2008 (BANCO MUNDIAL, 2011).

1.1 Instituição de Longa Permanência para Idosos

A denominação de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) é recente no Brasil e ainda não há consenso sobre o que seja uma ILPI. Ela é compreendida como uma modalidade de atendimento a idosos, cuja origem está relacionada aos asilos. Estes foram criados sob a perspectiva da caridade, como uma alternativa de atendimento ao idoso fora do âmbito familiar, com o objetivo de atender uma população carente que necessitava de abrigo (CAMARANO, 2010; BORN, 2001; PAVARINI, 1996).

A história da institucionalização da velhice começou como uma prática assistencialista, que objetivava a implantação da caridade cristã (REDONDO; LLOYD - SHERLOCK, 2009). Segundo Camarano (2010), a primeira referência de asilo no Brasil foi uma instituição religiosa, a "Casa dos Inválidos", inaugurada no Rio de Janeiro em 1792, destinada a soldados idosos.

As instituições asilares continuam, sendo em todo mundo, a modalidade mais comum de cuidado ao idoso dependente fora do âmbito familiar (CAMARANO; MELLO, 2010). No entanto, existem muitos preconceitos em relação aos "asilos", que são associados com negligência, pobreza e abandono dos idosos pelas famílias (BORN, 2001).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em 2003, através da publicação do "Manual de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos", sugeriu a denominação do termo Instituição de Longa

Permanência para Idosos, adaptando o termo Long Term Care Institution, utilizada pela Organização Mundial de Saúde. Mesmo com a nova nomenclatura, as instituições não se autodenominam como ILPI, elas ainda se autodenominam como asilos, lares ou casas de repouso (CAMARANO; KANSO, 2010).

O regulamento técnico para funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2005) traz a seguinte definição para ILPI:

“Instituição governamental ou não governamental, com caráter residencial, reservada a domicílio coletivo de idosos que apresentam ou não apresentam suporte familiar em condição de liberdade, dignidade e cidadania, ou que não disponham de condições de permanecer com a família ou em seu domicílio” (RDC 283/ Regular mento Técnico para Funcionamento da ILPI, 2005, p. 2).”

Uma pesquisa inédita de caráter censitário sobre o perfil das ILPI no Brasil foi realizada pelo IPEA, e se intitula "Condições de Funcionamento e de Infraestrutura das Instituições de Longa Permanência para Idosos". Este estudo, teve por objetivo verificar as condições físicas, a infraestrutura, os serviços oferecidos, os recursos disponíveis, os custos de manutenção do serviço oferecido, bem como algumas das características da população residente nas ILPI brasileiras. Os resultados mostram que existem hoje em nosso país cerca de 3.548 instituições, o que significa dizer que 0,5% da população com mais de 60 anos se encontra institucionalizada. A maioria das instituições (65,2%) são filantrópicas, seguidas das privadas (28,2%) e das públicas (6,6%). Segundo a autora, o número de instituições privadas com fins lucrativos tende a aumentar. Na primeira década deste século, observa-se que foram inauguradas mais instituições privadas com fins lucrativos do que instituições filantrópicas: o número de instituições filantrópicas abertas foi de 245, e o de instituições privadas abertas foi de 520 (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010).

A região sudeste representa a região com maior concentração de ILPI do país, com um total de 2.255 correspondendo a 56% dos idosos brasileiros institucionalizados. Os números indicam que 109.447 leitos das instituições

brasileiras estão ocupados, representando 99% da sua capacidade de ocupação. Mais de dois terços dos municípios brasileiros, por não terem nenhuma instituição de longa permanência para idosos, têm aumentado a ocupação dos leitos de hospitais públicos como um espaço de abrigo para idosos (CAMARANO; SCHARFSTEIN, 2010). As mudanças no perfil dos idosos fizeram com que os asilos passassem a integrar a rede de assistência à saúde dos idosos. O estudo realizado por Pereira, et al. (2009), que visou traçar o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados de uma cidade no interior de Minas Gerais, verificou que o sexo dominante entre os idosos institucionalizados foi o feminino, e a faixa etária foi de 80 anos ou mais. As patologias mais prevalentes foram a hipertensão arterial sistêmica (62%) e o acidente vascular encefálico (34%). Pesquisas com idosos institucionalizados revelam que os usuários destas instituições apresentam altos níveis de demência e dependência mental e física (SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009; GORZONI; PIRES, 2006; TELLES; PETRILLI, 2002). Gorzoni e Pires (2006) mencionaram como principais causas de institucionalização de idosos demenciados o tempo de prolongamento da doença, o alto grau de dependência e a alta prevalência de distúrbios comportamentais.

Estudos internacionais indicam que os idosos institucionalizados estão cada vez mais dependentes de cuidados, e a maioria apresenta dificuldades na realização de pelo menos uma atividade básica de vida diária (COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND AGED CARE, 2008; PORT et al., 2001). Um estudo realizado nos Estados Unidos sobre os fatores de risco que levam à institucionalização concluiu que as mulheres apresentam maiores riscos de serem institucionalizadas e que o aumento da idade também pode se mostrar como um potencial fator de risco para a institucionalização: dos 43% da população do estudo com 65 anos no ano de 1990 se tornarão residentes de uma "nursing home" antes de sua morte (KEMPER; MURTAUGH, 1991).

A procura por essa modalidade de cuidado deixa de ser apenas por caráter social, mas passa a abranger também a necessidade de cuidados a idosos portadores de condições crônicas, com comorbidades e cada vez mais dependentes. HAYS et al. (2003), que também conduziram um estudo nos Estados Unidos, mostraram que, além da idade avançada, questões como a

presença de doenças crônicas, problemas cognitivos e funcionais, isolamento social e estado matrimonial também são responsáveis pela institucionalização do idoso. Outros estudos corroboram esses achados (GALLON et al., 2011; OLIVEIRA; GOMES; PAIVA, 2011; CAMARANO, 2010; LUPPA et. al., 2009; PAVAN; MENEGHEL; JUNGERS, 2008).

No Brasil, a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos - (ILPI) tende a aumentar também em função do aumento das condições crônicas. Nestes casos, os idosos podem apresentar como consequência dificuldades no desempenho funcional, gerando dependência e, conseqüentemente, necessidade de cuidados (DUARTE; LEBRÃO, 2006; CREUTZBERG et al., 2007; VERAS, 2009).

Outros fatores também são considerados como de risco para a institucionalização, como a insuficiência de programas públicos de assistência de idosos, com incapacidades e fragilidades, moradias com espaços físicos reduzidos, domicílios com riscos para quedas, violência, dentre outras (CREUTZBERG et al., 2007; BORN; BOECHAT, 2006; CREUTZBERG; SANTOS, 2000).

O trabalho de Pollo e Assis (2008), cujo objetivo era refletir sobre as ILPI a partir da experiência da gestão municipal do Rio de Janeiro, mostrou um aumento na solicitação de vagas em ILPI nos últimos dois anos, com uma demanda de 30 a 40 pedidos por mês, em sua maioria vinda de pessoas com níveis socioeconômicos menos favorecidos.

Um estudo realizado na Suécia, com o objetivo de acompanhar, por um período de 30 anos, idosos acima de 70 anos que residiam em comunidades e identificar os fatores que poderiam levar à institucionalização, identificou que 50% deles mudaram-se para uma ILPI e que a situação socioeconômica desfavorável, gênero feminino, estado matrimonial (principalmente os idosos viúvos ou separados), a convivência com crianças e a dependência na realização das Atividades de Vida Diária foram os fatores que contribuíram para a sua institucionalização (BRAVELL et al., 2009).

A institucionalização pode ser considerada uma medida alternativa, utilizada pelas famílias dos idosos quando seus recursos se encontram depauperados, dificultando ou impossibilitando a sua manutenção em domicílio

(CREUTZBERG; SANTOS, 2000). Segundo Camarano (2010), muitas vezes a institucionalização pode representar para o idoso uma alternativa de segurança, amparo e proteção, principalmente nos casos dos que não têm família, que se encontram em situações de conflito familiar ou que necessitam de cuidados específicos. Para a autora, a mudança de um idoso para uma residência coletiva, muitas vezes é acompanhada por um intenso sentimento de culpa por parte dos familiares, o que pode ser minimizado pela crença de que seu familiar experimente melhores condições de vida do que teria se estivesse com a família (CAMARANO, 2010).

Alcantrã (2009) relata que a institucionalização também pode desencadear sentimentos de impotência, remorso e medo da reprovação da opinião pública, que tende a considerá-la como um ato de abandono. Os familiares entrevistados pelo autor afirmaram que assim que conseguirem um emprego melhor, tiverem dinheiro para comprar medicamentos, conseguirem pessoas para cuidarem de seus velhos, vão retirá-los da instituição (ALCANTRÃ, 2009).

Leite, et al. (2007) mostraram que muitos familiares tentam minimizar o sentimento de culpa através da visita familiar ao idoso institucionalizado, maneira encontrada pelos familiares para demonstrar afeto e preocupação em relação ao seu parente, o que permite a conservação e continuidade dos vínculos familiares formados no decorrer da vida.

Em um estudo que examinou os fatores relacionados à frequência e duração das visitas familiares aos idosos residentes em lares de idosos no Japão, constatou que quase todos os membros da família visitaram os residentes mais de uma vez por mês e, em mais de três quartos, a visita permaneceu por mais de uma hora (FUKAHORI et al., 2007). O estudo de Davies e Nolan (2004), que objetivou entender as experiências familiares em relação a colocação de um parente idoso em uma instituição de longa permanência concluiu que os membros familiares continuam envolvidos com a vida dos idosos durante a sua institucionalização. Essas pesquisas confirmam que o envolvimento da família é mantido, mesmo após a admissão a um lar de idosos. Esses estudos também sugerem que, ao aumentar a qualidade das visitas familiares, aumenta também a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e de seus familiares (FUKAHORI et al., 2007; DAVIES; NOLAN, 2004).

Port, et al. (2001), através de pesquisa realizada nos Estados Unidos, apontaram que o relacionamento pré-admissional entre o idoso institucionalizado e sua família influencia no relacionamento pós-admissional. Os residentes sem demências recebiam mais visitas de familiares e amigos do que os residentes que apresentaram algum tipo de demência. As visitas familiares recebidas pelos residentes com demência apresentaram uma característica expressa por sentimentos angustiantes, o que acabava levando à diminuição de contatos com seus membros familiares. Camarano e Scharfstein (2010) também aponta que os vínculos familiares estão associados, em grande parte, à dinâmica familiar que precede a mudança do idoso para a instituição.

O grau de envolvimento da família no cuidado a idosos residentes em uma instituição de longa duração consiste em um elemento importante que pode afetar o bem-estar mental desse paciente (NATAN, 2009).

Nos Estados Unidos e Grã-Bretanha, o governo reconheceu o envolvimento da família no cuidado a idosos institucionalizados desde 1987, e o governo australiano elaborou e definiu que os idosos residentes em ILPI devem ter acesso aos seus direitos legais seguindo os padrões nacionais, que enfatizam o fato de que as famílias podem e devem contribuir para a independência dos idosos para preservar sua privacidade, dignidade e as suas atividades de lazer (COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND AGED CARE, 2008).

Uma pesquisa que objetivava conhecer as situações que motivaram famílias a institucionalizar seus familiares idosos observou que a família busca o melhor local para o idoso morar, procurando sempre a melhor estrutura física, cuidados e convívio social (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007). Esse estudo também indicou que a maioria das visitas recebidas por idosos institucionalizados foram realizadas pelos integrantes do núcleo familiar, de parentes, amigos e de pessoas da comunidade. As pessoas do núcleo familiar visitavam mais frequentemente do que os parentes mais distantes, porém as visitas diminuía à medida que o tempo de institucionalização aumentava, demonstrando que os "laços familiares" se fragilizavam com o passar do tempo (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

A preservação dos vínculos familiares em instituições de longa permanência para idosos está previsto no Art. 49 do Estatuto Brasileiro do Idoso. (Brasil, 2003). A instituição tem a obrigação de proporcionar um ambiente que

ofereça cuidados, companhia, promoção, autonomia, integração e participação ativa na sociedade e que permita a convivência e a socialização tanto entre os moradores como entre os membros familiares (SIMÕES, 2010). Sendo assim, a ILPI deveria buscar na família uma parceira do cuidado. No entanto, as estratégias que avançam nesse sentido não são implantadas com a eficiência necessária com que deveriam ocorrer, sendo, na maioria das vezes, a família, incluindo o próprio idoso, que geralmente busca a ILPI como parceira nas demandas de cuidado, e não o inverso (CREUTZBERG et al., 2007).

Natan (2009) realizou um estudo em Israel que objetivava analisar as percepções da família de idosos residentes em uma ILPI e de enfermeiros em relação à função que ambos devem realizar nas instituições. Os resultados indicaram que a equipe de enfermagem acreditava que as famílias deveriam estar mais presentes na instituição e, em contraste, as famílias acreditavam que elas deveriam receber mais informações sobre os cuidados prestados aos seus parentes residentes na instituição.

Apesar da grande importância atribuída ao envolvimento da família no atendimento para os residentes, muitos estudos têm evidenciado que os funcionários dessas instituições, muitas vezes, restringem a participação da família no cuidado ao idoso institucionalizado, através da justificativa de manter a segurança dele (LAAKSO; ROUTASALO, 2001; LAITNEN, 1994).

Deve-se considerar que o primeiro encontro entre idosos, família e ILPI, em geral, ocorre em um clima de insegurança, dúvidas e culpa (CREUTZBERG et al., 2007). O estabelecimento de compromisso e de parcerias entre os envolvidos contribui para a melhor adaptação do idoso à instituição e para alcançar uma melhor qualidade de vida neste novo ambiente (CREUTZBERG, 2000; BORN; BOECHAT, 2002; CREUTZBERG; SANTOS, 2007). A instituição, portanto, pode ser um marco nas relações familiares, contribuindo ou não para a funcionalidade familiar pós-institucionalização.

1.2. Funcionalidade familiar

A palavra família deriva do latim “famulu”, que significa escravo, servente e representa a dependência mantida entre os seus membros (DUARTE, 2001). Existem diversas definições de família, dependendo do referencial teórico

utilizado. A família pode ser considerada uma unidade ou sistema, cujo membros podem ou não viver juntos e se relacionar. Existem entre os membros da família um vínculo e um compromisso (ÂNGELO; BOUSSO, 2006). Para o IBGE (1992), família é um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de conveniência, que residem na mesma unidade domiciliar e também a pessoa que mora só em unidade domiciliar - domicílio particular ou unidade de habitação em domicílio coletivo.

Ao procurar uma instituição de longa permanência como local para seu familiar idoso morar, a família tende a buscar, entre outras demandas, um ambiente que ofereça cuidados e companhia, além de um espaço de convivência e socialização entre os moradores (LEITE et al., 2007).

Alguns autores enfatizam a importância de se considerar quem a pessoa concebe como família. Para eles, ao se trabalhar com famílias, deve-se perguntar quem a pessoa considera ser da família (WRIGHT; LEAHEY, 2002; ÂNGELO; BOUSSO, 2006). Falcão (2010) relata que o sentimento de pertencer a uma família envolve afeto, liberdade, reciprocidade, histórias compartilhadas, enfim, fatores que envolvem o consciente e o inconsciente.

Há sistemas familiares que são funcionais e outros disfuncionais. O grupo familiar funcional está apto a responder os 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 dela. Seus membros são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva. (PINTOS, 1997).

A família é considerada funcional quando todos os membros, igualmente e com entusiasmo, colaboram com o bem-estar coletivo e trabalham por ele. Já na família disfuncional, os membros priorizam interesses particulares em detrimento do grupo e não assumem seus papéis dentro do sistema (FALCÃO, 2010). 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 a elas, provocando assim a desarmonia do sistema familiar (FALCÃO, 2010). 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).

Em relação às medidas de funcionalidade familiar, Smilkstein, em 1978, desenvolveu um instrumento de avaliação da funcionalidade familiar denominado Family APGAR, que é um instrumento composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes consideradas básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família (DUARTE, 2001; SMILKSTEIN, 1978). O Family APGAR foi traduzido, adaptado e validado no Brasil por Duarte em 2001, passando a ser denominado como APGAR de Família. O acrônimo APGAR, proveniente da língua inglesa, deriva de: Adaptation (Adaptação) - relacionada aos recursos familiares oferecidos quando se faz necessária uma assistência; Partnership (Companheirismo) - compreende a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; Growth (Desenvolvimento) - associado à liberdade, disponibilidade da família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional; Affection (Afetividade) - relacionada intimidade e às interações emocionais num contexto familiar; Resolve (Capacidade Resolutiva) - associada à decisão, determinação ou resolutividade existentes em uma unidade familiar (DUARTE, 2001). Para Freitas et al. (2006), a avaliação da funcionalidade familiar, enquanto um recurso terapêutico, é uma ferramenta importante no auxílio às equipes assistenciais.

Esse instrumento foi utilizado em diversos estudos com aplicação em adolescentes (MARTINI et al., 2007; CASTELLON SAIINEN, 2003), mulheres vítimas de violência (TUESCA; BORDA, 2003) e com idosos (SANTOS, 2009; PAVARINI, 2006, GARRIDO IVZULZA, 2005; DUARTE, 2001).

Um estudo com o objetivo de caracterizar os residentes de uma instituição para idosos, no Chile, que utilizou o instrumento APGAR de Família em sua coleta de dados, mostrou que 22,1% dos idosos apresentavam disfunção familiar severa em relação ao apoio familiar e 60,5%, disfunção severa em relação ao apoio oferecido pelos amigos; 86,5% dos idosos institucionalizados possuíam duas ou mais patologias e 60% apresentaram disfunção severa, relacionada tanto ao

apoio familiar quanto àquele oferecido por amigos (VARELA JERALDO et al., 1990).

Um estudo realizado em Concepción, Chile, utilizou 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 familiar dos idosos segundo algumas dimensões psicossocioculturais e familiares que os caracterizavam, como a autoestima 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, com idosos saudáveis em processo de alfabetização, o qual mostrou que 87,1% apresentavam boa funcionalidade familiar (PAVARINI et al., 2006).

Outro estudo realizado na Venezuela utilizou o APGAR de Família para conhecer a prevalência de sintomas depressivos, sua relação com a funcionalidade familiar, enfermidades e a intensidade do uso dos serviços de saúde. Participaram dessa pesquisa 140 idosos de um ambulatório, dos quais 70 faziam parte do grupo-controle (tinham outros problemas de saúde e não apresentavam depressão) e os outros 70 idosos eram portadores de depressão. Como resultados, verificaram um alto índice de disfunção familiar (61%) e, dentro desse percentual, 30% eram considerados com disfunção severa (BENEVIDES; ORTIZ, HERRERA, 1999).

Torres, et al. (2009) analisou a funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes no interior da região Nordeste do Brasil, através de um estudo de caráter analítico com delineamento transversal. A amostra foi composta por 117 idosos dependentes, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família. Verificou-se que 73,5% relataram comprometimento da dinâmica familiar, sendo mais frequente a definição da dinâmica familiar com moderada funcionalidade (46%). Essas pesquisas contribuíram para o desenvolvimento de mecanismos de assistência domiciliar adequada à saúde do idoso e de sua família.

Duarte (2001), que foi responsável pela tradução, adaptação e validação do APGAR de Família no Brasil, verificou também em seu estudo as propriedades de medida do instrumento por meio de sua aplicação em idosos independentes, idosos dependentes e seus cuidadores. A pesquisa mostrou que o instrumento APGAR de Família foi capaz de identificar o impacto da condição de dependência no contexto familiar do ponto de vista dos entrevistados, constatando também a presença de um sentimento de sofrimento vivenciado pelos cuidadores familiares. Verificou-se, dessa forma, que o instrumento se mostrou útil para identificar os pontos de fragilidade da organização familiar, permitindo assim a profissionais que atuam com famílias poderem readequar suas propostas assistenciais de forma a minimizar tais questões.

Outro estudo brasileiro que utilizou o instrumento APGAR de Família foi o estudo quantitativo, transversal, realizado em uma cidade do interior paulista que objetivou avaliar a influência do gênero e da idade nas percepções de relações familiares entre idosos com alterações cognitivas. O APGAR de Família foi aplicado durante uma entrevista domiciliar com 45 idosos, com alterações cognitivas, que moravam em contextos de pobreza. Os resultados mostraram que 62% das mulheres e 95% dos homens avaliaram a funcionalidade de sua família como "boa", 21% das mulheres e 5% dos homens apontaram moderada disfunção e apenas as mulheres (17%) apontaram elevada disfunção familiar. Através do coeficiente de correlação de *Spearman*, verificou-se que não houve correlação significativa estatística entre a idade e o funcionamento familiar. As autoras concluem que as políticas públicas voltadas ao cuidado dos idosos com alterações cognitivas deveriam analisar as diferenças ligadas ao gênero na percepção de relações familiares, a fim de planejar estratégias funcionais (SANTOS; PAVARINI, BARHAM, 2011).

Paiva et al. (2011), em um estudo transversal, também utilizaram o APGAR de Família para avaliar a funcionalidade da família de 80 idosos residentes, ou não, com seus familiares, em área de abrangência de unidades de saúde de Fortaleza, Ceará - BR. Os resultados revelaram que a maioria dos idosos, 83,7%, se mostraram funcionalmente satisfeitos; no entanto, os que residiam sozinhos apresentaram menor percentual de satisfação quando comparados aos que

residiam com membros familiares. Concluíram que o APGAR de Família poderia contribuir como um instrumento de triagem para detectar famílias disfuncionais que necessitam ser priorizadas pela equipe de saúde.

Embora a funcionalidade familiar seja um tema já estudado com idosos, há uma lacuna ainda no conhecimento sobre funcionalidade familiar de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Idosos moradores em Instituições de Longa Permanência apresentam disfuncionalidade familiar? Há relação entre a funcionalidade familiar desses idosos com idade, sexo, tempo de institucionalização, composição familiar, sintomas depressivos e alterações cognitivas? Com o objetivo de encontrar respostas para estas questões é que desenvolvemos esta pesquisa.

Este estudo poderá trazer contribuições importantes para o planejamento do cuidado de enfermagem a idosos institucionalizados ao identificar os fatores relacionados a disfuncionalidade familiar.



2. OBJETIVOS

OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre funcionalidade familiar e as variáveis idade, sexo, tempo de institucionalização, composição familiar, sintomas depressivos e alterações cognitivas de idosos que residem em instituições de longa permanência em uma cidade do interior de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar às características sociodemográficas, desempenho nas atividades de vida diária, sintomas depressivos e desempenho cognitivo dos idosos;
- Avaliar a funcionalidade familiar através do APGAR de Família;
- Relacionar o APGAR de Família dos idosos com as seguintes variáveis: idade, sexo, tempo de institucionalização, composição familiar, sintomas depressivos e alterações cognitivas dos idosos.



3. MÉTODO

MÉTODO

3.1 Local do estudo

O estudo foi realizado com idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI, em São Carlos, município situado no interior do Estado de São Paulo. Foi fundado em 1857 e é uma das cidades da região com população em crescimento mais acelerado nos últimos anos, em torno de 9,24%. Considerado importante centro tecnológico, compreende uma grande diversidade nos setores industriais, educacional e da agricultura. De acordo com o censo de 2010, a população da cidade é de 221.950 habitantes, sendo 28.692 com 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

São Carlos conta com seis ILPI, sendo três privadas e três filantrópicas, totalizando 225 idosos institucionalizados.

3.2 Sujeitos

Os sujeitos foram pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos no município de São Carlos, SP. Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais, ser morador de uma ILPI, referir conhecimento da existência de algum membro familiar, não apresentar comprometimento grave de linguagem ou compreensão e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se como critério "membro familiar", aquele considerado família na opinião do idoso (Wright, 2010). Constituem-se como critério de exclusão para este estudo os idosos que não referiram ter conhecimento da existência de algum membro familiar, que apresentassem algum tipo de comprometimento grave de linguagem ou compreensão, que pudessem interferir na veracidade das respostas das perguntas realizadas durante as entrevistas e os idosos que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A TABELA 1 mostra o número de idosos residentes nas ILPI estudadas e o número de sujeitos avaliados por instituição, sendo cada instituição nomeada por uma letra, para preservar o seu anonimato. Encontraram-se 225 idosos residentes nas seis instituições

analisadas. Destes, foram excluídos 118, totalizando 107 pessoas com mais de 60 anos, sujeitos desta pesquisa. Dos 107 participantes, 42 eram homens e 65 mulheres.

TABELA 1 – Levantamento dos usuários das ILPI conforme o tipo de instituição e idosos participantes da pesquisa. São Carlos, 2012.

ILPI	Tipo	Número total de usuários	Usuários excluídos do estudo	Total de idosos avaliados
A	Privada	20	10	10
B	Privada	36	20	16
C	Privada	34	25	9
D	Filantrópica	40	22	18
E	Filantrópica	48	18	30
F	Filantrópica	47	23	24
Total		225	118	107

Segundo critérios previamente estabelecidos e anteriormente discutidos.

Em relação aos 118 idosos que foram excluídos do estudo, 90 residiam em ILPI privadas e 135 em ILPI filantrópicas. Dos 90 idosos que residiram em ILPI privadas, 75 deles foram excluídos por apresentarem algum tipo de comprometimento grave de linguagem ou compreensão, e os outros 15 idosos foram excluídos por não consentirem na sua participação. Dos 135 idosos que residiam em ILPI filantrópicas excluídos, 97 foram excluídos por apresentarem algum tipo de comprometimento grave de linguagem ou compreensão, 29 idosos por não aceitarem participar da pesquisa, e nove por não terem referência da existência de algum membro familiar.

3.3 Procedimentos éticos

Todas as recomendações da Resolução 196/96, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitadas (Brasil, 2003).

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos das avaliações e nenhum procedimento foi realizado sem o esclarecimento e

consentimento prévio dos idosos ou da instituição, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, com o Parecer 268/2010 (APÊNDICE 2).

3.4 Procedimentos para a coleta de dados

Foram realizadas as seguintes etapas para a coleta de dados:

Etapa 1 - Identificação das instituições: Inicialmente foi realizado contato com o presidente do Conselho Municipal do Idoso, para esclarecer os objetivos da pesquisa. Após consentimento, foi realizado um levantamento no arquivo eletrônico do Conselho Municipal do Idoso, para a identificação das ILPI de São Carlos.

Etapa 2 - Contato com as instituições: Após a identificação das ILPI, foi realizado o contato com os responsáveis por elas, explicitando os objetivos e procedimentos da pesquisa e entregando uma cópia do projeto. Após autorização dos dirigentes, foi realizado o contato com os idosos.

Etapa 3 - Entrevistas: Nesta etapa, contamos com o apoio da equipe de enfermagem da própria ILPI para a identificação dos sujeitos, de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos. A coleta de dados foi realizada no período de junho a dezembro de 2010, através de entrevistas individuais com os idosos. Com relação às entrevistas, primeiramente, era realizado contato com os idosos, e informações sobre o estudo eram apresentadas. As entrevistas só se iniciavam após o consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) pelo idoso. As entrevistas ocorriam geralmente no refeitório, na sala ou no quarto dos idosos. O local variava de acordo com a disponibilidade da instituição e com a condição do idoso. Foi garantida a privacidade durante a coleta.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora deste trabalho, utilizando-se seis instrumentos na seguinte sequência: 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1); 2 - Caracterização do idoso institucionalizado (APÊNDICE 3); 3 - Mini Exame do Estado Mental - MEEM, para

o rastreamento das condições cognitivas (ANEXO 1); 4 - APGAR de Família para avaliar a funcionalidade familiar dos idosos institucionalizados (ANEXO 2); 5 - Índice de Katz para a avaliação do desempenho nas atividades básicas de vida diária (ANEXO 3); 6 - Questionário de Pfeffer para a avaliação do desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (ANEXO 4) e 7 - Escala de Depressão Geriátrica GDS - (versão 15), para verificar a presença de sintomas depressivos em idosos (ANEXO 5).

3.5 Procedimentos para a análise dos dados

Após a coleta, os dados foram analisados por meio de métodos estatísticos correlacionando a funcionalidade familiar com as seguintes variáveis: gênero dos idosos, faixa etária, tempo de institucionalização, composição familiar, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS). As correlações foram obtidas através do coeficiente de correlação de Pearson e coeficiente de correlação de Spearman. O teste de Mann-Whitney foi usado para comparar a média das idades dos idosos quando institucionalizados, e o Teste Qui-Quadrado de Pearson para estudar o relacionamento entre as variáveis APGAR de Família e GDS, e APGAR de Família e Composição Familiar. Para a análise de associação entre as variáveis foi utilizada a Regressão Logística bruta e ajustada, por meio do *OddsRatio* (razão de chances), que é uma forma de medir associação entre as categorias da variável resposta e as mudanças na variável explicativa. Foi considerada variável dependente a disfunção familiar e variável independente as demais variáveis. O desfecho foi apresentar disfunção familiar. O método utilizado para a análise ajustada foi o modelo hierarquizado e o método Stepwise. Nesse método, em cada passo todas as variáveis do modelo são previamente verificadas. Os níveis de confiança e significância adotados foram, respectivamente, 95% e 5% ($p \leq 0,05$). Os dados tabulados foram apresentados na forma de gráficos ou tabelas.

3.6 Instrumentos

Instrumento de Caracterização do idoso institucionalizado: foi construído um instrumento para a caracterização dos sujeitos da pesquisa, sendo ele composto pelas seguintes informações: nome, sexo, data de nascimento, data da entrada na instituição, responsável pela instituição, raça, religião, estado civil, escolaridade e se tem conhecimento da existência de algum membro familiar. Utilizou-se, como definição de membro familiar, quem, na opinião do entrevistado, ele considerava como família (Wright, 2010). (Apêndice 3)

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, (ANEXO 1).

Avaliação dos resultados do MEEM:

Analfabetos	18 pontos
1 a 3 anos de escolaridade	21 pontos ou mais
4 a 7 anos de escolaridade	24 pontos ou mais
8 anos ou mais	26 pontos ou mais
Pontuação máxima	30 pontos

Fonte: ALMEIDA, 2000; NITRINI et al., 2005; FOLSTEIN et al., 1975).

APGAR de Família: instrumento, desenvolvido por Smilkstein em 1978, traduzido, adaptado e validado para ser aplicado em idosos brasileiros por Duarte (2001). É 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 (ANEXO 2). 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 extrafamiliares para a resolução de problemas que alteraram o equilíbrio da referida família (DUARTE, 2001);

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 (DUARTE, 2001);

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 (DUARTE, 2001);

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 (DUARTE, 2001);

Resolve (Capacidade resolutiva): representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. É a decisão, resolutividade existente em uma unidade familiar (DUARTE, 2001).

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 elevada disfuncionalidade) (DUARTE, 2001).

Avaliação dos resultados do APGAR de Família:

Escore Total	Classificação
1 - 8	Elevada disfunção familiar
9 - 12	Moderada disfunção familiar
13 - 20	Boa funcionalidade familiar

Fonte: 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 IDOSO: independente, necessita de assistência e dependente. Este instrumento pode ser respondido 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 (ANEXO 3).

Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer: foi desenvolvido por Pfeffer e colaboradores em 1982. Avalia o desempenho nas 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 uma, 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. (PFEFFER et al., 1982) (ANEXO 4).

Escala de Depressão Geriátrica GDS (Versão 15): trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. Descrita em língua inglesa por Yesavage et al. (1983), foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. A GDS possui uma versão longa e uma curta, composta de 30 e 15 questões, respectivamente. Neste trabalho foi utilizado a versão GDS - 15

pontos, que contém 15 perguntas negativas/afirmativas, em que o indivíduo é orientado a assinalar sim ou não após cada pergunta. O resultado de 5 ou mais pontos diagnosticaria presença de sinais depressivos, e o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave. Os casos rastreados como provável depressão devem ser submetidos a uma avaliação mais detalhada, por médicos especialistas (ANEXO 5).

Avaliação dos resultados do GDS:

Escore Total	Classificação
Menos de 5 pontos	ausência de sintomatologia depressiva
Entre 5 e 10 pontos	sintomatologia depressiva leve a moderada
11 pontos ou mais	sintomatologia depressiva grave.

Fonte: Yesavage et al. (1983).



4. RESULTADOS

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três partes. A primeira apresenta uma caracterização dos idosos quanto aos dados sociodemográficos, desempenho nas atividades de vida diária, presença de alterações cognitivas e sintomas depressivos, a segunda parte descreve os resultados da funcionalidade familiar dos idosos institucionalizados e a terceira parte apresenta a associação entre a funcionalidade familiar e as variáveis gênero, faixa etária, tempo de institucionalização, desempenho na GDS e no MEEM.

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

Foram realizadas entrevistas individuais com 107 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Destes 61% (N = 65) eram do sexo feminino e 39% (N = 42) do sexo masculino. Houve predomínio de idosos acima de 80 anos e analfabetos.

Em relação à situação conjugal a maioria dos idosos era viúvo, seguido de solteiro (N = 30). Apenas 15% eram separados ou divorciados e 12% casados ou amasiados. Grande parte dos idosos, (N = 99), se autodenominavam, em relação a sua cor, de brancos, e que professavam a religião católica foram 87% (TABELA 2).

TABELA 2 – Perfil dos idosos institucionalizados conforme as variáveis sociodemográficas. São Carlos, 2012.

Características	n	%
Sexo		
Feminino	65	61
Masculino	42	39
Faixa etária (anos)		
Até 69	19	18
De 70 a 79	40	37
Com 80 ou mais	48	45

continua

Continuação

Características	n	%
Escolaridade		
Analfabetos	50	46
De 1 a 3 anos	14	13
De 4 a 7 anos	26	24
8 anos ou mais	17	17
Estado Civil		
Viúvos	48	45
Solteiros	30	28
Separados ou divorciados	16	15
Casados	13	12
Etnia		
Branços	99	93
Negros	8	7
Religião		
Católica	93	87
Espírita	1	1
Evangélica	13	12

Fonte: Dados da Pesquisa.

O GRÁFICO 1 apresenta quem na percepção dos idosos, foi responsável pela institucionalização deles. A maioria aponta a família, como a principal responsável pela institucionalização, apenas 7% (N = 7) foram institucionalizados por conta própria, segundo os entrevistados.

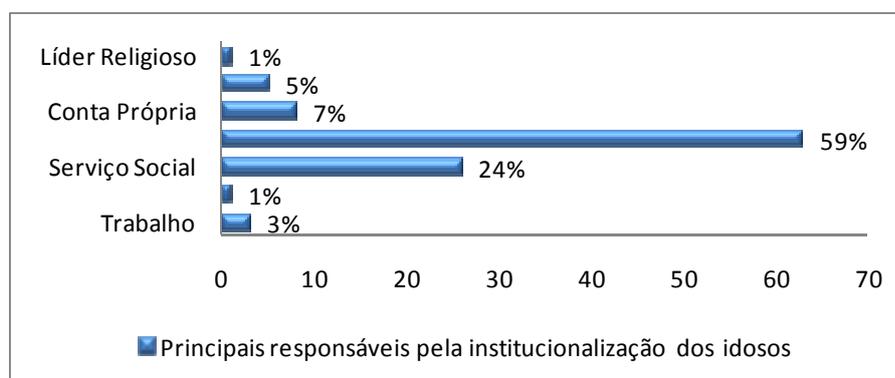


GRÁFICO 1 – Distribuição do percentual dos idosos segundo os responsáveis por sua institucionalização. São Carlos, 2012.

A estrutura familiar dos idosos institucionalizados foi relatada como multigeracional, sendo 61% composta por filhos e netos e 39% por outros membros familiares como irmãos, cunhados e sobrinhos. Ressalta-se que todos os idosos referem como família as pessoas com laços consanguíneos. Nenhum idoso mencionou pessoas da instituição como membros familiares. Quanto ao tempo de institucionalização, a maior parte dos idosos residia na instituição por períodos acima de 3 anos, como mostra o GRÁFICO 2.

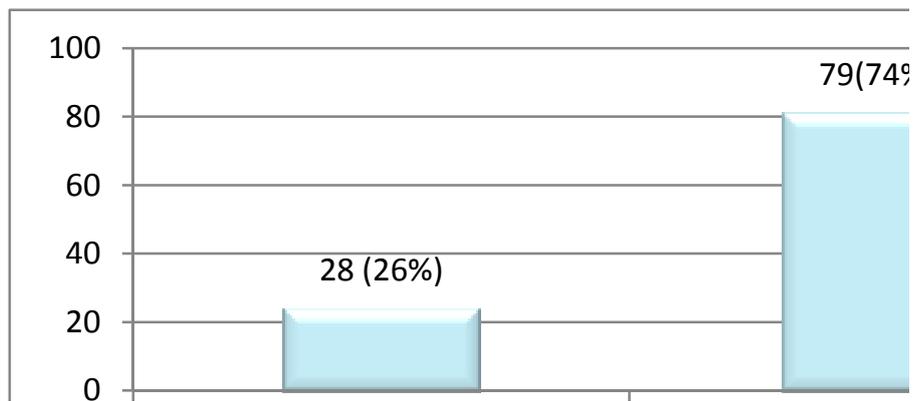


GRÁFICO 2 – Distribuição do percentual dos idosos segundo o tempo de institucionalização. São Carlos, 2012.

Na avaliação funcional observou-se que 54% dos idosos eram independentes e 46% dependentes para as atividades básicas de vida diária avaliadas pelo índice de Katz. Na avaliação do desempenho em atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), 69% dos idosos eram dependentes e 31% independentes. Com relação à Escala de Depressão Geriátrica, 67% apresentaram sintomas depressivos sendo que 43% apresentavam depressão leve e 33% dos idosos não apresentaram sintomas depressivos. A depressão severa foi constatada em 24% dos idosos. De acordo com o resultado do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), segundo o grau de escolaridade, mais da metade dos idosos, (53%), apresentavam pontuação abaixo da nota de corte esperada, ou seja, com alterações cognitivas. Enquanto que 47% dos idosos não apresentavam alterações cognitivas (TABELA 3).

TABELA 3 – Distribuição dos idosos institucionalizados por sexo, segundo o desempenho nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e Escala de Depressão Geriátrica e Mini Exame do Estado Mental. São Carlos, 2012.

Variáveis	Descrição					
	Feminino (n = 65)		Masculino (n = 42)		Total	
	n	%	n	%	n	%
KATZ						
Dependente	31	48	18	43	49	46
Independente	34	52	24	57	58	54
PFEFFER						
Independente	18	28	15	36	33	31
Dependente	47	72	27	64	74	69
Escala de Depressão Geriátrica (GDS)						
Ausência de Sintoma Depressivo	20	31	15	36	35	33
Presença de Sintomas Depressivos	45	69	27	64	72	67
Mini Exame do Estado Mental (MEEM)						
Com Alteração Cognitiva	38	58	19	45	57	53
Sem Alteração Cognitiva	27	42	23	55	50	47

Fonte: Dados da Pesquisa.

A TABELA 4 apresenta a distribuição dos idosos segundo a avaliação funcional por faixa etária. Observa-se que quando aumentou a idade o grau de dependência dos idosos também aumentou, tanto para as atividades básicas quanto para as atividades instrumentais da vida diária.

TABELA 4 – Distribuição dos idosos segundo avaliação funcional por faixa etária. São Carlos, 2012.

Atividades de vida diária	Faixa etária (anos)						Total	
	Até 69		De 70 a 79		Com 80 ou mais		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Katz								
Dependente	1	5	20	50	28	58	49	46
Independente	18	95	20	50	20	42	58	54
PFEFFER								
Independente	8	42	12	30	13	27	33	31
Dependente	11	58	28	70	35	73	74	69

Fonte: Dados da Pesquisa.

A TABELA 5 apresenta a distribuição dos idosos segundo a classificação no MEEM por faixa etária. A porcentagem de idosos com alterações cognitivas foi maior na faixa etária dos 80 anos ou mais.

TABELA 5 – Distribuição dos idosos segundo os resultados do MEEM por faixa etária. São Carlos, 2012.

MEEM	Faixa etária (anos)						Total	
	Até 69		De 70 a 79		Com 80 ou mais		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Com Alteração Cognitiva	6	32	22	55	29	60	57	53
Sem Alteração Cognitiva	13	68	18	45	19	40	50	47

Fonte: Dados da Pesquisa.

Com relação à GDS, a TABELA 6 mostra que a maioria dos idosos apresentava sintomas depressivos com predominância na faixa etária acima de 80 anos.

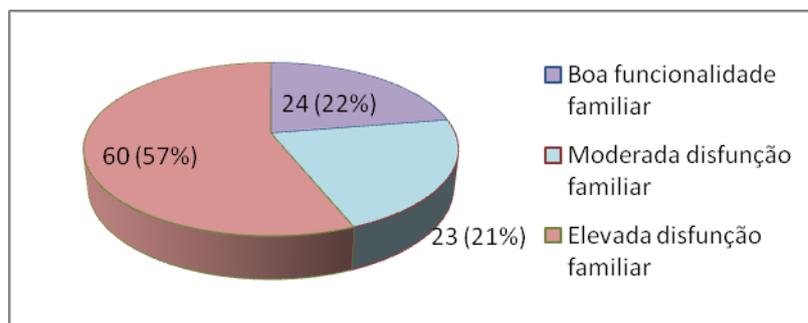
TABELA 6 – Distribuição do percentual dos idosos segundo a Escala de Depressão Geriátrica por faixa etária. São Carlos, 2012.

GDS	Faixa etária (anos)						Total	
	Até 69		De 70 a 79		Com 80 ou mais		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Ausência de Sintoma Depressivo	8	42	14	35	13	27	35	33
Presença de Sintomas Depressivos	11	58	26	65	35	73	72	67

Fonte: Dados da Pesquisa.

PARTE 2 – FUNCIONALIDADE FAMILIAR (APGAR DE FAMÍLIA) DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.

Em relação à funcionalidade familiar relatada pelos idosos institucionalizados, a maioria apresentou elevada disfunção familiar (57%), seguida de boa funcionalidade familiar (22%) e moderada disfunção familiar (21%), como mostra o GRÁFICO 3.

**GRÁFICO 3 – Distribuição do percentual dos idosos institucionalizados segundo a funcionalidade familiar. São Carlos, 2012.**

Com o objetivo de facilitar a apresentação dos resultados, os dados de funcionalidade familiar foram agrupados em duas categorias, sem disfunção (para as pontuações de boa funcionalidade familiar) e com disfunção (as pontuações de elevada e moderada disfunção familiar).

A TABELA 7 apresenta a distribuição da funcionalidade familiar segundo o tipo de instituição estudada, ou seja, as instituições filantrópicas e privadas. A disfunção familiar esteve presente nas duas instituições estudadas.

TABELA 7 – Funcionalidade familiar por sexo segundo o tipo de instituição. São Carlos, 2012.

Instituições	Tipo	APGAR de Família				Total
		Sem Disfunção Familiar		Com Disfunção Familiar		
		Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
A	Privada	6	1	19	9	35
B	Filantrópica	12	5	28	27	72
Total		18	6	47	36	107

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os resultados sobre a funcionalidade familiar de acordo com as variáveis: sexo, faixa etária, composição familiar, tempo de institucionalização, desempenho na GDS e no MEEM são apresentados na TABELA 8.

A disfunção familiar foi maior entre as mulheres (57%), em idosos com 80 anos ou mais (46%), que apresentavam cônjuge e/ou filhos e/ou netos em sua composição familiar (52%), com um tempo de institucionalização acima de três anos (78%), com presença de sintomas depressivos (75%) e com alterações cognitivas (54%). Em relação aos idosos sem disfunção familiar a maior predominância também foi encontrada entre as mulheres (75%), em idosos com 80 anos ou mais (42%), que apresentavam cônjuge e/ou filhos e/ou netos em sua composição familiar (92%), com um tempo de institucionalização acima de três anos (58%) e sem sintomas depressivos (58%). Os idosos que apresentaram cônjuge e/ou filhos e/ou netos em sua composição familiar obtiveram melhores índices de funcionalidade familiar do que os idosos que apresentaram uma composição familiar formada somente por irmãos e/ou sobrinhos e/ou outros.

TABELA 8 – Funcionalidade familiar segundo as variáveis: sexo, faixa etária, composição familiar, tempo de institucionalização, Escala de Depressão Geriátrica e Mini Exame do Estado Mental. São Carlos, 2012.

Variáveis	APGAR de Família				Total	
	Sem Disfunção Familiar		Com Disfunção Familiar		n	%
	n	%	n	%		
Sexo						
Feminino	18	75	47	57	65	61
Masculino	6	25	36	43	42	39
Faixa Etária (anos)						
Até 69	6	25	13	16	19	18
De 70 a 79	8	33	32	38	40	37
Com 80 ou mais	10	42	38	46	48	45
Composição Familiar						
Cônjuge e/ou Filhos e/ou Netos	22	92	43	52	65	61
Somente Irmãos e/ou Sobrinhos e/ou Outros	2	8	40	48	42	39
Tempo de Institucionalização (anos)						
Até 3	10	42	18	22	28	26
Acima de 3	14	58	65	78	79	74
Escala de Depressão Geriátrica (GDS)						
Ausência de Sintoma Depressivo	14	58	21	25	35	33
Presença de Sintomas Depressivos	10	42	62	75	72	67
Mini Exame do Estado Mental (MEEM)						
Com Alterações Cognitivas	12	50	45	54	57	53
Sem Alterações Cognitivas	12	50	38	46	50	47

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação a cada dimensão do APGAR de Família, ou seja, Adaptação, Companheirismo, Desenvolvimento, Afetividade e Capacidade Resolutiva, Os resultados mostram que com relação ao componente Adaptação – “Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando” os idosos sem disfunção familiar se mostraram satisfeitos em relação à ajuda que a família oferece quando os idosos recorrem a ela. Em contra partida os idosos com disfunção familiar revelaram grande insatisfação. Sendo que 54% dos idosos sem disfunção familiar optaram pelas respostas "sempre" e 41% dos idosos com disfunção familiar optaram pela resposta "nunca". (GRÁFICO 4)

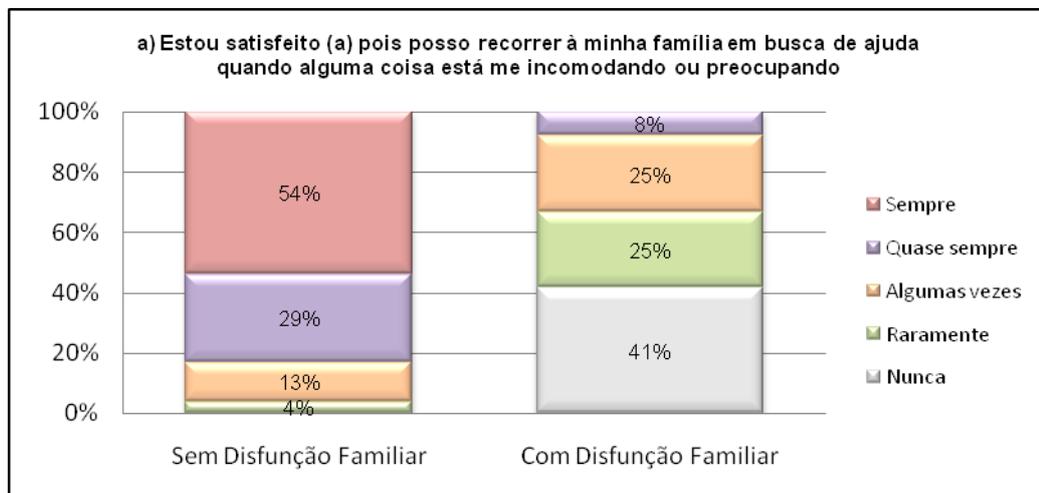


GRÁFICO 4 - Funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão A (referente à Adaptação). São Carlos, 2012.

No componente Companheirismo, ou seja – “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas”, os resultados mostraram que 75% dos idosos sem disfunção familiar estavam satisfeitos (GRÁFICO 5).

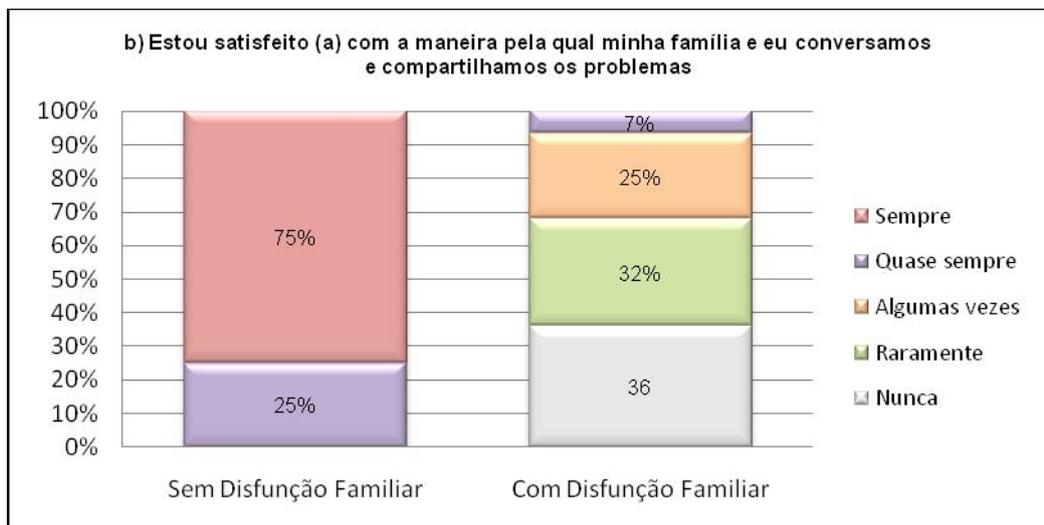


GRÁFICO 5 – Funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão B (referente ao Companheirismo). São Carlos, 2012.

O terceiro componente, Desenvolvimento, refere-se ao item – “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”. A maioria dos idosos com disfunção familiar revelaram-se insatisfeitos em relação à aceitação e apoio da família em iniciar e buscar novas atividades. Optaram pela resposta "quase sempre" 9% dos idosos com disfunção familiar e a resposta "sempre" não foi mencionada por nenhum idoso. Em contrapartida, 58% dos idosos sem disfunção familiar relataram sempre estar satisfeito com a família nesta questão. A representação percentual destes dados pode ser vista no GRÁFICO 6.

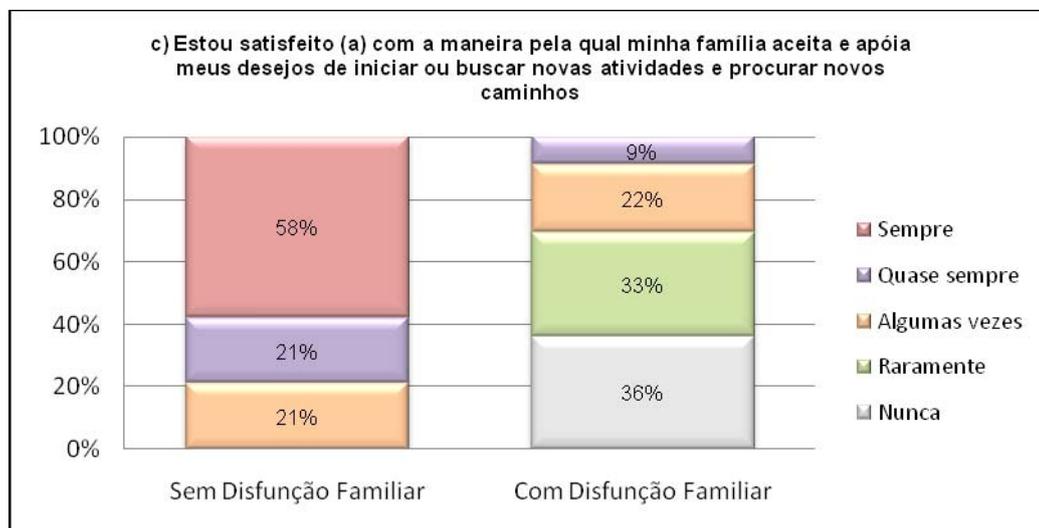


GRÁFICO 6 – Funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão C (referente ao Desenvolvimento). São Carlos, 2012.

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 revelaram que 41% dos idosos com disfunção familiar referem "**nunca**" estarem satisfeitos com as interações emocionais no contexto familiar e 54% dos idosos sem disfunção familiar relatam que **sempre** estavam satisfeitos com a afetividade da família, como mostra o GRÁFICO 7.

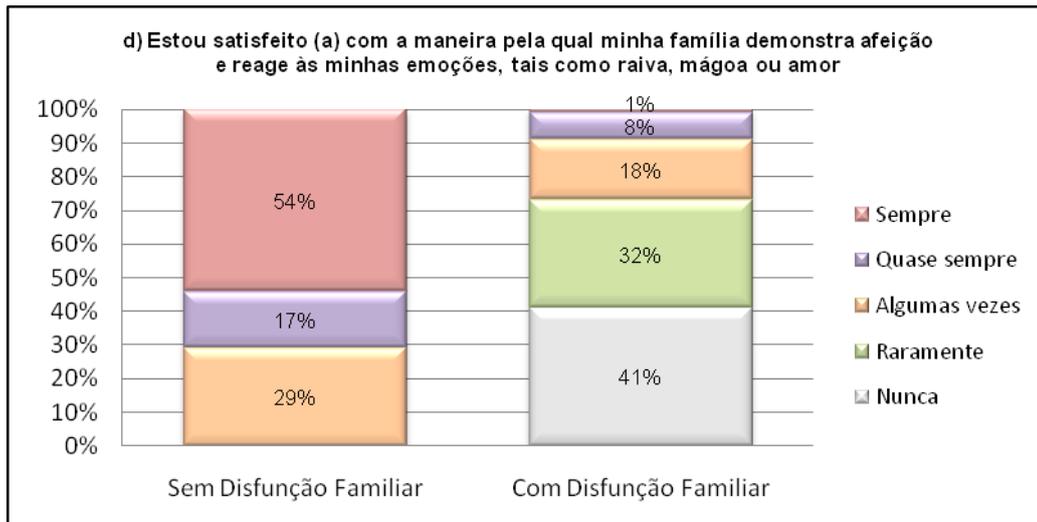


GRÁFICO 7 – Funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão D (referente à Afetividade). São Carlos, 2012.

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. Nesse item encontramos que a maioria dos idosos com disfunção familiar optou pela resposta **nunca**, já 66% dos idosos sem disfunção familiar mostraram-se **sempre** satisfeitos em relação ao componente afetividade (GRÁFICO 8).

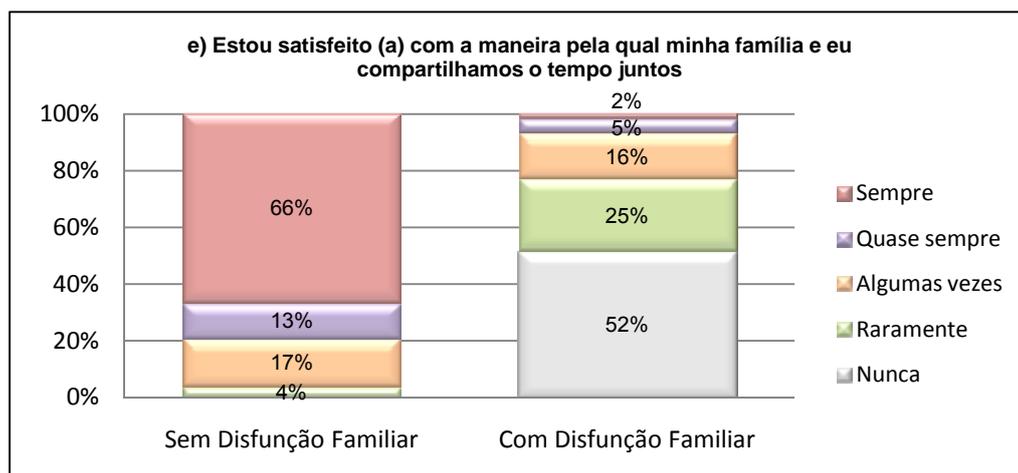


GRÁFICO 8 – Funcionalidade familiar dos idosos em relação à questão E (referente à Capacidade Resolutiva). São Carlos, 2012.

Dentre os idosos com disfunção familiar o componente que revelou maiores índices de insatisfação foi encontrado na categoria "Capacidade Resolutiva" com 52% dos idosos que optaram pela resposta "nunca". Já entre os

idosos sem disfunção familiar o componente que apresentou maiores índices de satisfação foi "Companheirismo" no qual 75% dos idosos optaram pela resposta "sempre".

A seguir são apresentados os resultados da média e desvio padrão (DP) dos escores das respostas dos idosos, em relação as cinco dimensões do APGAR de Família (Adaptação, Companheirismo, Desenvolvimento, Afetividade e Capacidade Resolutiva) segundo as variáveis: sexo, faixa etária, composição familiar, tempo de institucionalização, desempenho na GDS e no MEEM. É importante salientar que as opções de respostas do instrumento APGAR de Família variam de 0 (nunca) a 4 (sempre), portanto, quanto maior o escore da média das respostas maior foi o apoio familiar recebido.

TABELA 9 – Média e desvio padrão (DP) dos escores das respostas dos idosos, em relação à cinco dimensões do APGAR de Família (Adaptação, Companheirismo, Desenvolvimento, Afetividade e Capacidade Resolutiva) segundo as variáveis: sexo, faixa etária, composição familiar, tempo de institucionalização, desempenho na GDS e no MEEM. São Carlos, 2012.

Variáveis	Dimensão do APGAR de Família									
	Adaptação		Companheirismo		Desenvolvimento		Afetividade		Capacidade Resolutiva	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Sexo										
Feminino	1,64	1,44	1,76	1,50	1,56	1,46	1,47	1,41	1,4	1,50
Masculino	1,30	1,29	1,5	1,29	1,51	1,26	1,40	1,34	1,23	1,42
Faixa Etária (anos)										
Até 69	1,73	1,52	2,05	1,39	2	1,32	1,57	1,38	1,68	1,63
De 70 a 79	1,47	1,43	1,65	1,47	1,57	1,41	1,52	1,51	1,27	1,48
Com 80 ou mais	1,45	1,30	1,52	1,39	1,35	1,37	1,33	1,27	1,25	1,40
Composição Familiar										
Cônjuge e/ou Filhos e/ou Netos	1,87	1,48	2,03	1,42	1,93	1,45	1,84	1,46	1,73	1,54
Somente Irmãos e/ou Sobrinhos e/ou Outros	0,95	0,98	1,52	1,41	1	1,10	0,83	0,98	0,71	1,11
Tempo de Institucionalização (anos)										
Até 3	1,86	1,35	2,03	1,42	2,27	1,16	1,82	1,28	1,55	1,45
Acima de 3	1,35	1,37	1,52	1,41	1,30	1,39	1,30	1,39	1,25	1,48

Continua

Continuação

Variáveis	Dimensão do APGAR de Família									
	Adaptação		Companheirismo		Desenvolvimento		Afetividade		Capacidade Resolutiva	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Escala de Depressão Geriátrica (GDS)										
Ausência de Sintoma Depressivo	2,2	1,41	2,4	1,39	2,47	1,40	2,2	1,47	2,11	1,58
Presença de Sintomas Depressivos	1,14	1,21	1,30	1,30	1,11	1,16	1,08	1,18	0,95	1,26
Mini Exame do Estado Mental (MEEM)										
Com Alterações Cognitivas	1,42	1,28	1,59	1,43	1,38	1,30	1,40	1,36	1,36	1,39
Sem Alterações Cognitivas	1,62	1,49	1,74	1,42	1,70	1,48	1,5	1,41	1,3	1,56

Fonte: Dados da Pesquisa.

* Escore de 0 a 4.

A TABELA 9 mostra que as dimensões do APGAR de Família que apresentaram maiores escores de média e desvio padrão foram as dimensões "Companheirismo" que refere-se ao item – "Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas" e a dimensão "Desenvolvimento" que refere-se ao item – "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". Já as dimensões que apresentaram menores escores de media e desvio padrão são as dimensões "Adaptação" que refere-se ao item "Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando", Capacidade Resolutiva que aborda a questão "Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos" e a dimensão "Afetividade" que refere-se a questão "Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor".

As mulheres apresentaram maiores escores de média e desvio padrão do que os homens, principalmente na dimensão "Companheirismo" (M:1,76;

DP:1,50). A faixa etária que apresentou escores elevados na sua média e desvio padrão foi a faixa etária até 69 anos, sendo que o escore mais alto também foi encontrado na dimensão "Companheirismo" (M:2,05; DP:1,39). Já a faixa etária que apresentou escores inferiores de média e desvio padrão foi a faixa etária dos idosos com 80 anos ou mais, sendo que o escore que se revelou mais baixo foi encontrado na dimensão "Capacidade Resolutiva". Os idosos que apresentaram em sua composição familiar Cônjuge e/ou Filhos e/ou Netos, com tempo de institucionalização até três anos e sem sinais de sintomas depressivos obtiveram escores da média e desvio padrão mais elevado do que os idosos que apresentaram em sua composição familiar somente Irmãos e/ou sobrinhos e/ou outros, com tempo de institucionalização acima de três anos e que apresentaram sinais de sintomas depressivos. Sendo que as dimensões que apresentaram maiores escores entre essas variáveis foram "Companheirismo" e o "Desenvolvimento". Em relação a cognição, os idosos sem alteração cognitiva mostraram escores de média e desvio padrão mais elevados do que os idosos com alterações cognitivas, sendo que os escores mais elevados foram encontrados na dimensão "Companheirismo" (M:1,74; DP:1,42).

PARTE 3 – FUNCIONALIDADE FAMILIAR E FATORES ASSOCIADOS

Finalmente os resultados do APGAR de Família dos idosos institucionalizados foram submetidos a uma análise estatística correlacional para avaliar a relação entre o APGAR de Família e as variáveis: sexo, faixa etária, composição familiar, tempo de institucionalização, desempenho na GDS e no MEEM.

Através do teste Qui-Quadrado de Pearson, foi possível verificar que não houve correlação entre o APGAR de Família e o sexo (p -valor = 0,084). E através do coeficiente de correlação de Spearman verificou-se que não houve correlação com o APGAR de Família e a faixa etária (ρ = - 0,065). O teste de Mann-Whitney foi utilizado para verificar a igualdade entre as médias de idade dos idosos com disfunção (M = 73 anos; DP = 4) e sem disfunção (M = 72 anos; DP = 6). A

Figura 1 mostra que ambos os grupos possuíam o mesmo comportamento em relação à distribuição da idade no que diz respeito ao ingresso na instituição

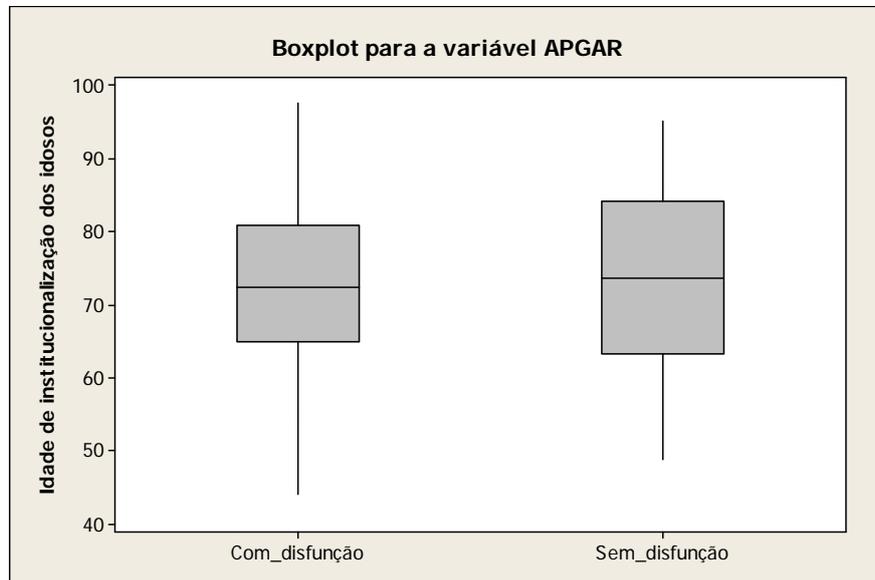


FIGURA 1 – Boxplot para a variável APGAR de Família considerando a idade com que os idosos ingressam na instituição. São Carlos, 2012.

Com relação à composição familiar, analisada pelo teste Qui-Quadrado de Pearson, foi possível verificar a existência de uma associação estatística altamente significativa entre o APGAR de Família e a Composição Familiar (p -valor = 0). A Figura 2 apresenta o diagrama de dispersão entre o APGAR de Família e a composição familiar. Observa-se que os idosos com família formada por irmãos/sobrinhos/outros apresentaram elevada disfunção familiar. Nota-se ainda que os idosos com família formada por cônjuges, filhos ou netos apresentaram moderada disfunção ou boa funcionalidade familiar.

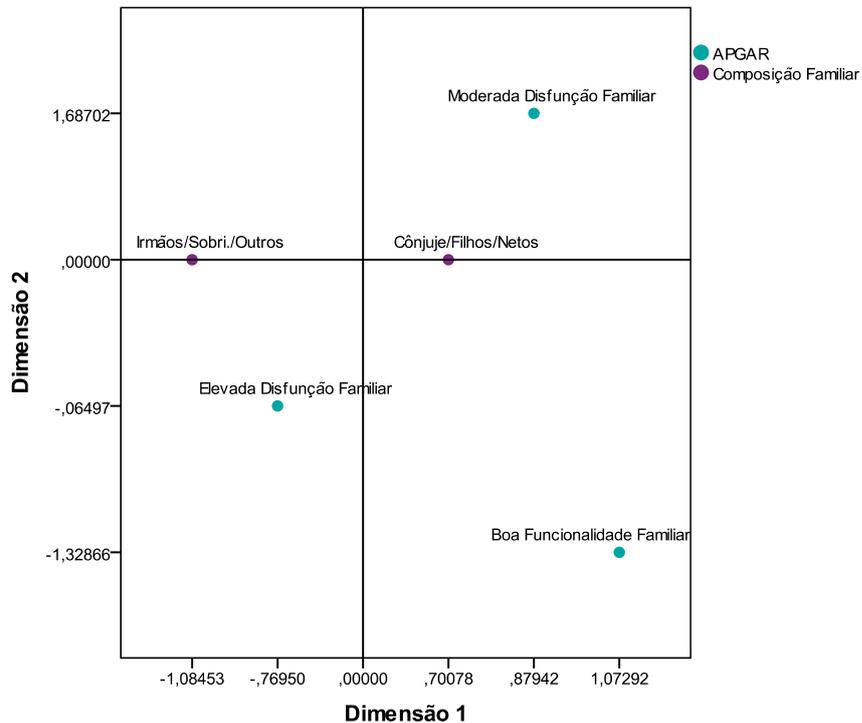


FIGURA 2 – Representação da relação entre o APGAR de Família e a composição familiar. São Carlos, 2012.

Com relação ao tempo de institucionalização, os idosos com maior tempo de institucionalização eram mais disfuncionais em relação a sua família ($p = -0,311$). O coeficiente de correlação de Spearman aplicado individualmente para cada dimensão do APGAR de Família (Adaptação, Companheirismo, Desenvolvimento, Afetividade e Capacidade Resolutiva) mostrou correlação negativa estatisticamente significativa nas cinco dimensões, como mostra a Tabela 10.

TABELA 10 – Análise estatística comparativa de cada dimensão do APGAR de Família para o tempo de institucionalização por meio do coeficiente de correlação de Spearman. São Carlos, 2012.

Questões do APGAR de Família	Rho de Spearman	p-valor
a) Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	-0,263	0,003

continua

Continuação

Questões do APGAR de Família	Rho de Spearman	p-valor
b) Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	-0,276	0,002
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.	-0,297	0,001
d) Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	-0,259	0,003
e) Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	-0,174	0,036

Fonte: Dados da Pesquisa.

A maioria dos idosos apresentavam presença de sintomas depressivos e destes a grande maioria (84%) apresentavam disfunção familiar (TABELA 11). Usando o teste Qui-Quadrado de Pearson, verificou-se a existência de uma associação estatística significativa entre o APGAR de Família e a GDS (p-valor = 0,002).

TABELA 11 – Distribuição dos idosos segundo a avaliação funcional e Escala de Depressão Geriátrica. São Carlos, 2012.

Escala de Depressão Geriátrica - GDS	APGAR de Família			
	Com Disfunção Familiar		Sem Disfunção Familiar	
	n	%	n	%
Presença de Sintoma Depressivo	70	84	02	08
Ausência de Sintomas Depressivos	13	16	22	92
Total	83	100	24	100

p-valor = 0,002

Fonte: Dados de Pesquisa.

Idosos com sintomas depressivos eram mais disfuncionais em relação a sua família, portanto a depressão estava associada a disfuncionalidade familiar. A análise de comparação das médias por meio do teste de Kruskal-Wallis comparando as categorias em relação ao nível de manifestação dos sintomas depressivos com os escores totais do APGAR de Família, não identificou diferenças significativas entre os grupos que apresentaram sintomas moderados e

severos ($p = 0,9$), mas demonstrou que tanto o grupo com sintomas depressivos moderados quanto sintomas severos apresentaram significativamente maiores disfunções na funcionalidade familiar ($p = 0,009$; $p = 0,017$ respectivamente) em relação aos idosos que não apresentavam sintomas depressivos.

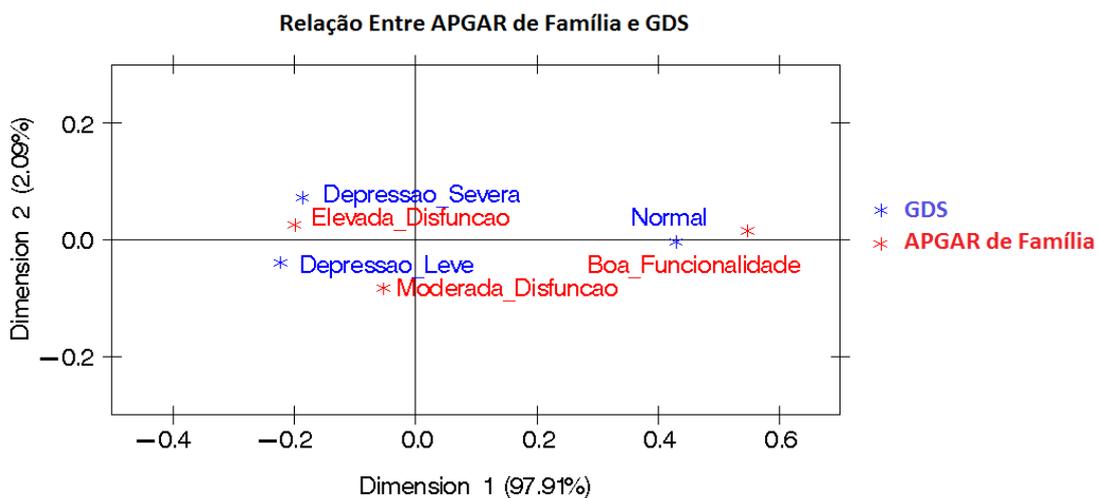


FIGURA 3 – Representação da relação entre o APGAR de Família e o GDS. São Carlos, 2012.

Na avaliação estatística dos cinco itens que compõem o APGAR de Família foi verificado através do coeficiente de correlação de Spearman que as cinco dimensões eram estatisticamente significativas: adaptação ($\rho = 0,307$), Companheirismo ($\rho = -0,271$), Desenvolvimento ($\rho = -0,279$), Afetividade ($\rho = -0,299$) e Capacidade Resolutiva ($\rho = -0,336$). Os resultados mostraram portanto que não houve associação estatisticamente significativa entre homens e mulheres e o APGAR de Família. Também não foi verificada associação entre idade dos idosos com a funcionalidade familiar.

Considerando o APGAR de Família e o MEEM para idosos com alterações cognitivas, verificou-se através do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = 0,440$) a presença de uma correlação positiva moderada e significativa (p -valor = 0,01). Assim, o valor do APGAR de Família estava associado com o MEEM (para idosos com alteração cognitiva). A análise estatística comparativa de cada dimensão do APGAR de Família para o MEEM, para idosos com alterações cognitivas, mostrou uma relação estatisticamente significativa nos cinco componentes (TABELA 12).

TABELA 12 – Análise estatística comparativa de cada dimensão do APGAR de Família para o MEEM, para idosos com alteração cognitiva, por meio do coeficiente de correlação de Pearson. São Carlos, 2012.

Questões do APGAR de Família	Rho de Pearson	p-valor
a) Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	0,373	0,002
b) Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	0,449	0,000
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.	0,429	0,000
d) Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	0,451	0,000
e) Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	0,377	0,002

Fonte: Dados da Pesquisa.

No entanto para as variáveis composição familiar, tempo de institucionalização, sintomas depressivos e alterações cognitivas houve diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis e o APGAR de Família. Idosos com composição familiar formada por pessoas mais distantes como irmãos/sobrinhos e outros, maior tempo de institucionalização com presença de sintomas depressivos e com alterações cognitivas apresentaram-se mais disfuncionais.

Para estudar o impacto das variáveis tempo de institucionalização, GDS, idade, sexo, composição familiar e MEEM, na classificação do APGAR de Família, foi realizado o modelo de regressão logística múltipla.

Primeiramente foi ajustado um modelo bruto inicial com todas as variáveis independentes, porém as suposições para a análise de resíduos deste modelo não foram satisfeitas. Dessa forma, foi necessário retirar um dos sujeitos, para melhor qualidade do ajuste, que se mostrou discrepante em relação aos demais para melhor qualidade do ajuste. Nesse modelo observamos que as variáveis:

tempo de institucionalização, GDS, idade, sexo e composição familiar estão associados à presença de disfunção familiar.

Na análise correlacional (univariada) o sexo e a idade não se relacionam com a presença ou não de disfunção familiar. No entanto de acordo com o modelo logístico bruto ajustado, são estatisticamente significativas para explicar a presença de disfunção familiar, como podemos ver na TABELA 13.

Segundo a regressão logística múltipla observa-se que o MEEM não é estatisticamente significativo para explicar a funcionalidade familiar, porém na análise correlacional esta variável é estatisticamente significativa. Este fato pode ter ocorrido porque na análise de regressão múltipla ajustamos um modelo que se utiliza de todas as variáveis independentes para explicar a variável dependente e provavelmente nesta análise à contribuição da variável MEEM pode já ter sido explicada pelas outras variáveis e por este motivo ela não foi estatisticamente significativa.

Através da razão de chances, podemos observar que indivíduos com tempo de institucionalização acima de 3 anos apresentam chance 4,692 vezes de apresentarem disfunção familiar. Já para o GDS, os que apresentam sintomas depressivos têm chances de apresentarem disfunção familiar de 6,125 vezes. Em relação à idade, os indivíduos com idade até 69 anos e entre 70 e 79 anos apresentam chances menores de apresentarem disfunção familiar do que os que têm idade acima de 80 anos. Indivíduos do sexo feminino têm chances menores de apresentarem disfunção familiar do que os do sexo masculino. Para a composição familiar, a categoria irmãos/sobrinhos/outros tem chances 10,192 vezes maior de apresentarem disfunção familiar do que a categoria cônjuges/filhos/netos e, em relação ao MEEM. Indivíduos com alteração cognitiva apresentam chances 1,29 de apresentarem disfunção familiar. Esses valores podem ser observados na TABELA 13.

TABELA 13 – Resultados da análise de regressão logística relativa às relações entre as variáveis estudadas e presença de disfunção familiar após a retirada do indivíduo. São Carlos, 2012.

Variáveis	Categorias	P-valor	O.R.*	I.C. 95%*
Tempo de Institucionalização	Até 3 anos (ref.)	---	1.00	---
	Acima de 3 anos	0.0225	4.692	1.243 – 17.703
GDS	Ausência de sintomas depressivos (ref.)	---	1.00	---
	Presença de sintomas depressivos	0.0044	6.125	1.762 - 21.289
Idade	Com 80 ou mais (ref.)	---	1.00	---
	De 70 a 79 anos	0.3205	0.774	0.190 – 3.154
	Até 69 anos	0.0401	0.164	0.027 – 0.990
Sexo	Masculino (ref.)	---	1.00	---
	Feminino	0.0313	0.209	0.050 – 0.869
Composição Familiar	Cônjuges/Filhos/Netos (ref.)	---	1.00	---
	Irmãos/Sobrinhos/Outros	0.0084	10.192	1.813 – 57.302
MEEM	Sem Alteração Cognitiva (ref.)	---	1.00	---
	Com Alteração Cognitiva	0.6756	1.290	0.392 – 4.248

*O.R. (*Odds Ratio*) = Razão de chances para disfunção familiar; (n = 23 sem disfunção e n = 83 com disfunção). *I.C. 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência.

Considerando o critério de seleção de variáveis *stepwise* notamos, através da Tabela 14, que as variáveis: tempo de institucionalização, GDS e composição familiar foram altamente significativas para explicarmos a presença de disfunção familiar.

As razões de chances obtidas utilizando este critério mostraram que indivíduos com tempo de institucionalização acima de 3 anos apresentam chances 3,861 vezes de apresentarem disfunção familiar. Para a variável GDS,

indivíduos com presença de sintomas depressivos apresentam 5,378 mais chances de apresentarem disfunção familiar. Em relação à composição familiar, indivíduos da categoria Irmãos/Sobrinhos/Outros apresentam chances 6,812 maior de apresentarem a disfunção familiar. Os valores para essas razões, juntamente com os intervalos de confiança, podem ser observados na TABELA 14.

TABELA 14 – Resultados da análise de regressão logística relativa às relações entre as variáveis estudadas e presença de disfunção familiar com a retirada do indivíduo 65 e utilizando o critério de seleção de variáveis stepwise. São Carlos, 2012.

Variáveis	Categorias	P-valor	O.R.*	I.C. 95%
Tempo de Institucionalização	Até 3 anos (ref.)	---	1.00	---
	Acima de 3 anos	0.0285	3.861	1.153 – 12.935
GDS	Ausência de sintomas depressivos (ref.)	---	1.00	---
	Presença de sintomas depressivos	0.0044	5.378	1.689 – 17.124
Composição Familiar	Cônjuges/Filhos/Netos (ref.)	---	1.00	---
	Irmãos/Sobrinhos/Outros	0.0155	6.812	1.440 – 32.218

*O.R. (*Odds Ratio*) = Razão de chances para disfunção familiar; (n = 23 sem disfunção e n = 83 com disfunção). *I.C. 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência



5 - DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

A predominância de mulheres idosas tem sido demonstrada na literatura e o fato é conhecido como feminilização da velhice. Nas instituições de longa permanência, esse fenômeno também é observado. Nossos resultados mostram que há uma predominância de mulheres institucionalizadas em concordância com outras pesquisas (CAMARANO, 2010; CORTELETTI, et al., 2010; FALCÃO, 2010). Uma pesquisa sobre o cuidado dispensado ao idoso que reside em ILPI realizado por Freitas e Noronha (2010) mostrou que, dos 258 idosos institucionalizados, 189 são mulheres e 69 homens. Um dos motivos apontados para justificar a prevalência de mulheres idosas institucionalizadas foi o fato de que os homens têm uma chance maior de serem cuidados pelas mulheres. A principal fonte de apoio aos homens idosos eram os cônjuges e para as mulheres os filhos. Dados do IBGE (2008) mostraram que, enquanto a grande maioria dos homens idosos vivia com seus cônjuges, com ou sem filhos (76%), 48% das mulheres idosas viviam com seus filhos independentemente da presença ou não de cônjuges (IBGE, 2008).

Das 3.548 ILPI avaliadas em pesquisa realizada pelo IPEA sobre os idosos brasileiros, 58,6% dos residentes eram mulheres. Porém, os pesquisadores encontraram diferenças regionais. Na região centro-oeste observa-se uma maior predominância de homens idosos institucionalizados, e nos estados de Roraima e Rondônia os homens constituíam cerca de 84% dos residentes. Tal fato pode ser consequência do fluxo migratório tipicamente masculino que se dirigia a essas regiões nos anos 1950 a 1960 (CAMARANO, 2010).

Nossos resultados revelaram que, com relação à faixa etária dos idosos institucionalizados, houve uma prevalência de idosos com 80 anos ou mais. Esses achados corroboram a literatura que evidencia a prevalência de idosos institucionalizados cada vez mais idosos (CAMARANO, 2010; CORTELETTI, et al., 2010; WIKTOR; ROBINSON, 2009; PEREIRA, et al., 2009). Houve uma predominância de idosos analfabetos, como em outros estudos brasileiros (PEREIRA, et al., 2009; IBGE, 2009). Alguns autores consideram a faixa etária de 80 anos ou mais como potenciais fatores de risco para a institucionalização, em função principalmente do risco maior para as condições crônicas, resultando

como consequência a prevalência de idosos dependentes (REDONDO; LLOYD - SHERLOCK, 2009; FERREIRA, 2007).

Com relação ao estado civil, os achados deste estudo evidenciaram que a maioria dos idosos institucionalizados eram viúvos e solteiros. Esses achados vêm ao encontro dos achados do estudo sobre o apoio social dos idosos institucionalizados, realizado na Colômbia, no qual 48% dos idosos institucionalizados eram solteiros, seguidos dos viúvos (30%); apenas 11% dos idosos institucionalizados eram divorciados e 10% eram casados (ARANGO et al., 2010). A maioria dos idosos se autodenominavam católicos, porém observa-se hoje a adoção, cada vez mais comum, de novas crenças, e outras religiões. Segundo o IBGE (2010), os evangélicos representam hoje 20,3% da população brasileira, um percentual que corresponde a mais de 34 milhões de pessoas. Floriano e Dalgalarondo, 2007, afirmam que para os idosos as redes de relações e crenças religiosas são uma fonte importante de suporte emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental.

A estrutura familiar dos idosos institucionalizados foi relatada como multigeracional, sendo 61% de filhos e netos, e 39% de outros membros familiares como irmãos, cunhados e sobrinhos. Ressalta-se que todos os idosos referem como família as pessoas com laços consanguíneos. O estudo de Riscart et al. realizado em Cuba, que tinha como objetivo avaliar a relação entre a família e o idoso institucionalizado, mostrou que 44% dos idosos institucionalizados tinham entre 1 e 9 parentes; 50%, mais de 10; e 6% não tinham família. E todos os idosos também consideravam as pessoas com laços consanguíneos como família (RISCART et al., 2006). Groenwald (2010) encontrou dados semelhantes em relação à composição familiar de idosos institucionalizados em uma cidade no interior do estado de Rio Grande do Sul/Brasil. Observou que 73% dos idosos entrevistados apresentavam em sua composição familiar filhos e netos, 23% apresentavam membros familiares como irmãos, cunhados e sobrinhos e apenas 4% dos idosos institucionalizados não tinham famílias.

Em relação ao tempo de institucionalização, a maior parte dos idosos residia na instituição por períodos acima de 3 anos, como ocorreu também em outros estudos (SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009; ALCÂNTARA, 2009).

Na avaliação funcional, 54% dos idosos entrevistados eram independentes para as atividades básicas de vida diária avaliadas pelo índice de Katz. Na avaliação do desempenho em atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), quase 70% dos idosos eram dependentes. Houve maior frequência de incapacidade funcional em indivíduos mais velhos, como em outros estudos (CAMARANO, 2010; IBGE, 2008 ; LEBRÃO; DUARTE, 2003). Uma limitação do nosso estudo foi a utilização do Questionário de Pfeffer para avaliar o desempenho dos idosos nas atividades instrumentais da vida diária. Alguns itens deste questionário não são aplicáveis para idosos institucionalizados, o que pode influenciar os resultados obtidos.

As dificuldades para o desempenho nas AVD's, muitas vezes, são resultantes de condições crônicas. Um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que as principais doenças crônicas relacionadas com a perda da capacidade funcional foram artrite, reumatismo, doenças cardíacas e hipertensão (LAFORTINE; BALESTAT, 2007). Refletindo sobre o cuidado aos idosos dependentes, Lebrão e Duarte (2003) afirmam que, quando a rede de suporte não consegue prover um cuidado adequado a esses idosos, as únicas opções consistem no cuidado comunitário formal ou na sua institucionalização. Camarano (2010), aponta para um crescimento acentuado de cuidados formais, não familiares, nos próximos dez anos.

A institucionalização está cada vez mais associada à dependência física e cognitiva (CAMARANO, 2010; GONÇALVES et al., 2010 ; PAVAN et al., 2008; CEOLIM; ARAÚJO, 2007; LEBRÃO; DUARTE, 2003). Embora as ILPI tenham começado sua história com uma prática assistencialista, atualmente elas estão deixando de ser apenas instituições integradas às redes de assistências sociais e estão cada vez mais envolvidas com o cuidado à saúde dos idosos mais dependentes (CAMARANO, 2010; WIKTOR et al., 2009; NATAN, 2009).

Com relação à GDS, a maioria dos idosos apresentava sintomas depressivos com predominância na faixa etária acima de 80 anos. Achados semelhantes foram encontrados em estudo que visava avaliar a presença de depressão entre idosos residentes em instituição de longa permanência e idosos que viviam em comunidade em uma região do nordeste do Brasil. Os resultados mostraram que a prevalência de sintomas depressivos foi maior entre os idosos

institucionalizados e, segundo os autores, eles podem ser potencializados pelo desenvolvimento da dependência funcional, presença de doenças e pela dificuldade por parte dos profissionais de saúde e cuidadores em reconhecerem tais sintomas depressivos entre os idosos institucionalizados. A depressão foi maior entre idosos que residiam em ILPI (MARINHO et al., 2010). Um estudo realizado nos Estados Unidos (2010), sobre depressão no primeiro ano de admissão dos idosos institucionalizados, mostrou que a porcentagem de idosos com sintomatologia depressiva foi maior entre os idosos recentemente admitidos, sendo 54% deles diagnosticados com depressão durante o primeiro ano de institucionalização; 32% durante a admissão na instituição e; 21% depois do primeiro ano de institucionalização (HOOVER, et al., 2010). Outro estudo realizado em Taiwan, sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados, também revelou um alto índice de idosos institucionalizados com depressão, sendo que mais da metade apresentou sintomas depressivos (52%) (LIN CHAN LI et al., 2005).

A depressão é uma doença comum e de grande prevalência entre os idosos institucionalizados, e o diagnóstico precoce pode contribuir para melhorar o cuidado e a sua qualidade de vida (SALGUEIRO, et al., 2011; GALHARDO, et al., 2010; MARINHO, et al., 2010; HOOVER, et al., 2010).

Mais da metade dos idosos apresentou alterações cognitivas, de acordo com os resultados do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), segundo o seu grau de escolaridade. Essa porcentagem poderia ter sido ainda maior se não tivéssemos excluídos os idosos com comprometimento grave de linguagem ou compreensão que poderia estar associado à cognição. Um estudo realizado no Canadá com objetivo de identificar os fatores que levaram à institucionalização de idosos com demência que viviam na comunidade, e repetido cinco anos depois, observou que dos 326 entrevistados, 166 foram institucionalizados (Hébert et al., 2001). O fato de termos incluído em nosso estudo idosos com alterações cognitivas leves ou moderadas pode ter influenciado os resultados obtidos, pois não temos garantia de que a família a que o idoso está se referindo na entrevista é a família atual. Embora isso tenha sido uma limitação do nosso estudo, foi importante ouvir a percepção dos idosos institucionalizados quanto à sua

funcionalidade familiar, tanto os idosos com quanto os idosos sem alteração cognitiva.

Em relação à funcionalidade familiar relatada pelos idosos institucionalizados, a maioria apresentou elevada disfunção familiar (57%), seguida de boa funcionalidade familiar (22%) e moderada disfunção familiar (21%). Esses resultados são diferentes das pesquisas realizadas com idosos na comunidade. Santos e Pavarini (2009), com o objetivo de analisar a funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas, cadastrados em Unidades de Saúde da Família em um município no interior do estado de São Paulo e que moravam em contextos de alta vulnerabilidade social, observaram que 86% deles afirmaram boa funcionalidade familiar; 13%, moderada disfunção familiar; e somente 1% dos idosos afirmaram elevada disfunção familiar. Andrade e Martins (2011), com objetivo de avaliar a qualidade de vida e a funcionalidade familiar de idosos portugueses e analisar a influência das variáveis sociodemográficas e da funcionalidade familiar em relação à variabilidade da sua qualidade de vida, entrevistaram 210 idosos, com idade entre 60 e 95 anos. A maioria apresentou uma relação familiar altamente funcional (63%) e apenas 27% se mostraram disfuncionais em relação à sua família. Já a qualidade de vida foi mais elevada nos idosos de menor idade e com melhor funcionalidade familiar.

Os idosos institucionalizados apresentaram-se disfuncionais, comparando-se com resultados de funcionalidade familiar de pesquisas realizadas com idosos que residem em comunidades (ANDRADE; MARTINS, 20011; PAIVA et al., 20011; SANTOS; PAVARINI, 2009; TORRES et al., 2009; PAVARINI et al., 2006; MERCEDES ZAVALA et al., 2006). A família ainda se constitui no principal sistema de suporte ao idoso, apesar das dificuldades vivenciadas na contemporaneidade (REDANTE ET AL., 2005). A presença de uma estrutura familiar funcional é essencial para o bem-estar e qualidade de vida do idoso (COSTA; COELHO, OLIVEIRA, 2007). Supõe-se que, em condições de disfuncionalidade, as famílias poderiam ter a sua capacidade assistencial prejudicada e assim não conseguiriam prover adequadamente o atendimento sistemático das necessidades de cuidados de seus parentes idosos, podendo desta forma interferir na sua independência, autonomia e qualidade de vida (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006). As ILPI poderiam estabelecer

esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos que fossem capazes de assistir às demandas crescentes dos idosos institucionalizados e de suas famílias de forma a encontrar soluções terapêuticas mais efetivas e adequadas. O equilíbrio familiar poderia contribuir para melhor assistência ao idoso institucionalizado.

Com relação às dimensões do APGAR de Família, o componente que revelou maiores índices de insatisfação para os idosos com disfunção familiar foi o que se refere a compartilhar o tempo juntos "Capacidade Resolutiva". Um estudo conduzido por Barroso e Tapadinhas (2006), com o objetivo de comparar a depressão e sentimentos de solidão entre idosos, observaram que os idosos institucionalizados sofriam maiores níveis de solidão quando comparados com os que viviam em comunidade.

Estudo realizado no Brasil, que visava avaliar a funcionalidade familiar de idosos saudáveis em processo de alfabetização, mostrou que a maioria dos idosos (87%) apresentava boa funcionalidade familiar; 8 (8,6%), moderada disfunção familiar; e 4 (4,3%), elevada disfunção familiar. O componente que apresentou maiores índices de insatisfação entre os idosos saudáveis em processo de alfabetização foi o componente - "Adaptação", ou seja - não estar satisfeito ao recorrer à família em busca de ajuda". (PAVARINI et al., 2006).

Riscart et al., (2006) também evidenciaram a questão da ausência familiar no âmbito da institucionalização. Verificaram que a maioria dos idosos tinha dez ou mais membros da família, porém poucos recebiam visitas semanais (RISCART et al., 2006).

Em relação à análise estatística os resultados mostraram que não houve associação estatisticamente significativa entre homens e mulheres e o APGAR de Família. Também não foi verificada associação entre idade dos idosos com a funcionalidade familiar. No entanto, para as variáveis composição familiar, tempo de institucionalização, sintomas depressivos e alterações cognitivas houve diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis e o APGAR de Família. Na análise de regressão logística múltipla concluímos que as variáveis tempo de institucionalização, GDS e composição familiar foram altamente significativas para explicar a presença de disfunção familiar.

Neste estudo, tanto os homens como as mulheres se mostraram disfuncionais. Em concordância com esses achados, o estudo de Santos e

Pavarini (2011), que objetivou avaliar a influência do gênero e da idade nas percepções de relações familiares entre idosos com alterações cognitivas que moravam em contextos de pobreza, verificou que não houve influência do gênero e nem da idade dos que moravam na comunidade e em contexto de alta vulnerabilidade social com o funcionamento familiar (SANTOS; PAVARINI, 2011).

Os dados do nosso estudo estão de acordo também com outro encontrado na literatura, realizado com 138 idosos hispânicos, portadores de diabetes tipo 2 e que usou 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 (WEN et al., 2004).

Os dados obtidos em relação ao APGAR de Família e a faixa etária também se assemelham com estudos encontrados na literatura, nos quais, não houve correlação significativa entre a faixa etária e o APGAR de Família dos idosos entrevistados (SANTOS, PAVARINI, 2011; DUARTE, 2001).

Nossos resultados mostraram também que os idosos institucionalizados com a composição familiar formada por irmãos/sobrinhos/outros eram mais disfuncionais e apresentaram chances 6,812 maior de apresentarem disfunção familiar. No entanto, como as famílias estão sofrendo transformações na sua estrutura e funcionamento, passando a ter um número maior de idosos em sua composição, além de terem se tornado menor, o suporte familiar destinado ao idoso institucionalizado pode se tornar cada vez mais limitado. LEITE et al. (2007) afirmam que o idoso desprovido de família nuclear possui uma maior probabilidade de ser institucionalizado, situação que se torna mais evidente quando ocorre a impossibilidade ou ausência (morte) de um dos cônjuges, em especial em situações em que os idosos mantinham laços conjugais.

Os idosos com alterações cognitivas rastreados pelo MEEM apresentaram-se mais disfuncionais. A presença de uma limitação (cognitiva ou física) pode levar a uma situação de maior dependência e ser uma fonte de estresse para as famílias. Uma limitação de nosso estudo foi não termos identificado as causas

que levaram à institucionalização desses idosos. É importante ressaltar que, em condições de disfunção familiar, as famílias podem ter a sua capacidade assistencial prejudicada e, assim, não conseguem prover adequadamente o atendimento das necessidades de cuidados de seus familiares idosos (ANDRADE; MARTINS, 2011). Jesus et al. (2010) afirmaram que é necessário trabalhar com os familiares de institucionalizados para manter a integração dos idosos com alterações cognitivas com seus familiares, pois acreditam que relações familiares adequadas podem influenciar, de forma positiva, a vida dos idosos demenciados. A pesquisa realizada por Duarte (2001) aponta que as mulheres exercem papéis importantes na dinâmica familiar, e o fato de elas se encontrarem em condições mais limitadas pode influenciar no funcionamento de sua família provocando mais disfuncionalidade.

Em relação ao tempo de institucionalização e ao APGAR de Família, nossos resultados mostraram que, quanto maior o tempo de institucionalização, maiores as probabilidades desse idoso se revelar disfuncional em relação à sua família. Indivíduos com tempo de institucionalização acima de 3 anos tinham 3,861 chances de apresentarem disfunção familiar. Essa questão da diminuição do apoio familiar entre os idosos com um tempo considerável de institucionalização é observada também no estudo de Oliveira et al. (2006), que teve como população de estudo idosos institucionalizados que apresentavam como tempo de institucionalização um período que variava entre meses e mais de dez anos, com maior prevalência no período entre um e cinco anos. Quando os idosos foram questionados pelo pesquisador sobre o sentimento em relação à sua família, a maioria respondeu que sentia saudade.

Outro dado que se mostrou bastante significativo neste estudo foi a relação do APGAR de Família com os sintomas depressivos. Os idosos com sintomas depressivos eram mais disfuncionais em relação à sua família, sendo, portanto, a depressão associada à disfuncionalidade familiar. Os indivíduos com presença de sintomas depressivos apresentaram chances 5,378 vezes maior de apresentarem disfunção. Esses achados corroboram os resultados de uma pesquisa realizada na Venezuela que 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 depressão) e os outros 70 eram portadores de depressão. Como resultados, observaram um alto índice de disfunção familiar entre os idosos depressivos (61%) e, dentro deste percentual, 30% eram considerados com disfunção severa (BENEVIDES et al., 1999).

A compreensão do contexto familiar do idoso institucionalizado pode contribuir para um cuidado de enfermagem mais adequado. A maioria dos idosos institucionalizados neste estudo mostraram-se disfuncionais, e intervenções que levem em consideração os fatores associados à sua funcionalidade familiar devem ser planejadas. Nossa pesquisa teve limitações e nossos achados não podem ser amplamente generalizados. Mas eles certamente contribuem para uma reflexão sobre essa população. Melhorar a qualidade do cuidado ao idoso institucionalizado só será possível conhecendo a realidade e incluindo a família nesse contexto de cuidado.



6- CONCLUSÃO

6 - CONCLUSÃO

Considerando-se os objetivos propostos para este estudo, os resultados apresentados permitiram as seguintes conclusões:

- O perfil dos institucionalizados aponta para idosos com 80 anos ou mais, do sexo feminino, com baixa escolaridade, católicos e viúvos.
- A maioria é dependente para as atividades instrumentais de vida diária e independente para as atividades básicas.
- Houve predomínio de idosos com sintomas depressivos e com alterações cognitivas, principalmente nas faixas etárias mais elevadas.
- A maioria apresentou elevada disfunção familiar (57%), seguida de boa funcionalidade familiar (22%) e moderada disfunção familiar (21%).
- A disfunção familiar foi encontrada tanto nas instituições filantrópicas quanto nas instituições privadas.
- A disfunção familiar foi maior entre as mulheres e em idosos com 80 anos ou mais, que apresentavam cônjuge e/ou filhos e/ou netos em sua composição familiar, com um tempo de institucionalização acima de três anos e com presença de sintomas depressivos e com alterações cognitivas.
- Os idosos institucionalizados que apresentaram, em sua composição familiar, parentes mais distantes como irmãos/sobrinhos/outros eram mais disfuncionais em relação aos que apresentaram em sua composição familiar parentes mais próximos como cônjuge e/ou filhos e/ou netos.

- Com relação a cada componente do APGAR de Família, as dimensões que apresentaram maiores escores de média foram o Companheirismo e o Desenvolvimento.
- Não houve associação estatística entre o APGAR de Família e as variáveis sexo e idade.
- Houve associação entre APGAR de Família e composição familiar, tempo de institucionalização, sintomas depressivos e desempenho cognitivo.
- Idosos com composição familiar formada por pessoas mais distantes como irmãos/sobrinhos e outros, maior tempo de institucionalização com presença de sintomas depressivos e com alterações cognitivas apresentaram-se mais disfuncionais.
- Na análise de regressão logística múltipla concluímos que os idosos do sexo masculino, que apresentam uma idade mais avançada, com tempo de institucionalização acima de 3 anos, com presença de sintomas depressivos e com composição familiar formada por irmão/sobrinhos/outro apresentaram maiores chances de se tornar disfuncionais. As variáveis: tempo de institucionalização, GDS e composição familiar foram altamente significativas para explicar a presença de disfunção familiar.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas, 2. ed., SP: Editora Alínea, 2009.

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.

ANDRADE, A. I. N. P. A.; MARTINS, R. M. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Millenium**, n. 40, p. 185 - 199, 2011.

ÂNGELO, M.; BUOSSO, R. S. (orgs.). **Família e doença: uma perspectiva de trabalho em enfermagem**. Apostila Escola de Enf., São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

ANVISA. **Resolução da Diretoria do Colegiado n. 283**, 26 de dezembro de 2005. Disponível em: <portalsaude.gov.br.>. Acesso em: 01 mar 2011.

ARANGO, D. C. et al. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. **Rev. Saúde Pública**, v.12, n.3, p. 414 - 424, 2010.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Washintong, 2011. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf>. Acesso em: 01 julho 2011.

BANCO MUNDIAL. **Population Aging: is latin America ready?** Directions in Development. The World Bank. Washington, 2011. Disponível em: <<http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer.pdf>> Acesso em: 01 julho 2011.

BARROSO, V. L; TAPADINHAS, A. R. **Órfãos Geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados**. In: Monografia em licenciatura em psicologia pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada - ISPA. Portugal, 2006. Disponível em: < www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf > Acesso em: 20 de setembro de 2011.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2. ed., 1990.

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: 20 de setembro de 2011.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas VF, et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 768- 777, 2006.

BORN, T. Quem vai cuidar de mim quando ficar mais velho?: considerações sobre a família, asilo e previdência social e outras coisas mais. **Rev. Kairós-Gerontologia**, v. 4, n.2, p. 135 -148, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM - 1395 "**Política de Saúde do Idoso**", Brasília, 1999.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira). Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/civil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 abril 2011.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, v. 132, n. 3, pp. 77-79, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. ed., Revista: Série E. Legislação de Saúde. Brasília – DF, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em: 01 mar 2011.

BRAVELL, M. E; et al. Sooner or later? A study of institutionalization in late life. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 21, n. 4/5, 2009.

BERTOLUCCI, P.H. F.; et al. Mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**. v.1, n. 7, 1994.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research**: conduct, critique, & utilization. 5. ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders, 2005.

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

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Definição ILPI: As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.** v.27 n.1, São Paulo Jan./Jun, 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados.** Rio de Janeiro: Ipea, n. 1.426, 2009.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Cuidados de longa duração no Brasil: arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Cuidado de longa duração para a população idosa: um novo risco a ser assumido?** Rio de Janeiro, IPEA, 2010. p. 67 - 91.

CAMARANO, A. A.; SCHARFSTEIN, E. A. Instituições de Longa Permanência para Idosos: abrigo ou retiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Cuidado de longa duração para a população idosa: um novo risco a ser assumido?** Rio de Janeiro, IPEA, 2010. p. 163 - 183.

CASTELON SANJINES, B. Estudio de la funcionalidad familiar (APGAR Familiar) y estratificación 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, 2003.

CEBERIO, M. R. **Viejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares.** Disponível em: < <http://www.psiquiatria.com> > Acesso em: 15/08/2011.

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

CERVO, A. R.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica.** 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND AGED CARE. **Rights and responsibilities of residents of aged care services,** 2008. Disponível em: www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/ageing-publicateresicharter.htm. Acesso em: 20 de setembro de 2011.

CORTELETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. **Idoso asilado: um estudo gerontológico.** 2. ed., Edipucrs, Porto Alegre, 2010.

COSTA, A.; COELHO, L.; OLIVEIRA, R. A família perante o doente hospitalizado. **Sinais vitais**, n. 72, Coimbra, p. 33 - 34, 2007.

CRESWELL, J. W. **Research design. qualitative, quantitative and mixed methods approaches,** 2. ed., Londres: Sage, 2003.

CREUTZBERG, M. et al. A comunicação entre a família e a instituição de longa permanência para idosos. **Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia**, v. 10 , n. 2, 2007.

CREUTZBERG, M.; SANTOS, B. R. L. Se a gente não tem família, não tem vida: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar. **Rev. Gaucha Enferm.**, v. 2, n.10, 2000.

DAVIES, S.; NOLAN, M. Making the move: relatives' experiences of the transition to a care home. **Health Soc. Care Community**, v. 12, p. 517-526, 2004.

DAVIM, R. M. B., et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Lat. Am. Enferm**, v. 12, n.3, p. 518-24, 2004.

DUARTE, Y. A. O., LEBRÃO, M. L. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. **O Mundo da Saúde**, v. 29, n. 4, p. 556-574, 2006.

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

FALCÃO, D. V. S. **A família e o idoso**: desafios da contemporaneidade. Campinas, SP: Papyrus, 2010.

FERREIRA, A. R. S. **Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa**. Dissertação de mestrado, UFMG/ Cedeplar, Belo Horizonte, 2007.

FLORIANO, P. J., DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa da Saúde da Família. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p. 162 - 170, 2007.

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

FREITAS, A. V. S. ; NOROLHA, C. V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Rev. Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v.33, n. 14, p. 359-69, 2010.

FUKAHORI, H. et al. Factors related to family visits to nursing home residents in Japan. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 45, p. 73-86, 2007.

GALLON, D. et al. The effects of stretching on the flexibility, muscle performance and functionality of institutionalized older women. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, v. 4, n.3, p. 229 - 235, 2011.

GALHARDO, V. A. ; MARIOSIA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 16 - 21, 2010.

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. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e da aptidão física. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26, v.9, p. 1738 - 1746, 2010.

GORZONI, M. L., PIRES, S. L. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. **Rev. Psiquiatria Clínica**, v. 34, p. 389-394, 2006.

GROENWALD, R. Idosos asilados do município de Canoas. In: CORTELETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. **Idoso asilado**: um estudo gerontológico. 2. ed., Edipucrs, Porto Alegre, p. 119 - 135, 2010.

HAYS, J. C.; PIEPER, C. F.; PURSER, J. L. Competing risk of household expansion or institutionalization in late life. **J. Gerontol Soc. Sci.**, v. 1, p. 511 - 520, 2003.

HÉBERT R. et al. Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian study of health and aging. **Journal of Gerontology**, v. 56, n. 11, p. 693 - 699, 2001.

HOOVER, D. R. et al. Depression in the first year of stay for elderly long term nursing home residents in the U.S.A. **International Psychogeriatrics**, v. 22, n.7, p. 1161 - 1171, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Sinopse do resultado do censo de 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=0&cod2=&cod3=3&frm=>>>. Acesso em: 20 setembro 2011.

_____. Indicadores Sociais Mínimos. **Conceitos**. 1992. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 20 setembro 2011.

_____. **Dados sobre São Carlos**. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br//>>>. Acesso em: 08 mai. 2011.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais - 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br//>>>. Acesso em: 09 novembro de 2011.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980 - 2050 - revisão 2008**. Estudos e pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica, Rio de Janeiro, n. 24, 2008.

JESUS, I. S. et al. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residente em instituição de longa permanência. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, v 31, n. 2, p. 285 - 292, 2010.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n.12, p. 914 - 9, 1963.

KEMPER, P. ; MURTAUGH, C. M. Lifetime use of nursing home care. **Engl. J. Med**; v. 324, p. 595- 600,1991.

LAAKSO, S. ; ROUTASALO, P. Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents,their family membres and nurses. **J. Adv. Nurses**, v. 33, n. 4, p. 475-476, 2001.

LAFORTINI, G.; BALESTAT, G. **Trends in severe disability among elderly people**: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. OECD, Paris: OECD, 2007. 80 P.

LAITINEN, P. Elderly patients' and their informal caregivers' perceptions of care given: the study control ward desing. **J. Adv. Nurses**, v. 20, n. 1, p. 71-76, 1994.

LEBRÃO, M. L. ; DUARTE, Y. A. **SABE - saúde, bem - estar e envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde, 2003.

LEITE, M. T. et al. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, 2007.

LIAN, L. C. et al. Depressive symptoms in long term care residents in Taiwan. **Journal of Advance Nursing**, v. 51. n. 1, p. 30 - 37, 2005.

LOBIONDO - WOOD; HABER, J. Critical reading strategies: overview of the research process. In LoBiondo-Wood, G. ; Haber, J. **Nursing research**: methods, critical appraisal, and utilization. 5. ed., St Louis: Mosby, 2002.

LUPPA, M. et al. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. **Oxford Journals, Age and Ageing**, v. 39, p. 31-38, 2009.

MARINHO, P. E. M. et al. Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions and inthe community in Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 50,n. 1, p. 151 - 155, 2010.

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. 2010.

MERCEDES ZAVALA, G. et al. Funcionamento 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. 2011.

NATAN, M. B. Coordinating the roles of nursing home staff and families of elderly nursing home residents. **Journal Nurses Care Quality**, v. 24, n. 4, p. 332-339, 2009.

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 63, n. 3A, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000400034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 janeiro 2011.

OLIVEIRA, E. R. A. ; GOMES, M. J. ; PAIVA, K. M. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitoria/ES. **Ana Neri Rev. de Enferm.**, v.15 , n.3, p. 618-623, 2011.

OLIVEIRA, C. R. M. et al. **Idosos e famílias: asilo ou casa**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt.br//>>. Acesso em: 08 mai. 2011.

PAIVA et al., Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 22-28, 2011.

PAIXÃO, J. R.; 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 abril. 2011.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, R. J. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-2190, 2008.

PAVARINI, S. C. I. **Dependência comportamental na velhice**: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. Tese (Doutorado em Educação), Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade de Campinas, Campinas, 1996.

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: 15 janeiro. 2011.

PEREIRA, J. K. P. et al. **Perfil sócio demográfico e de saúde de idosos institucionalizados**. São Paulo: Andreoli, 2009.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para as pessoas idosas morar: motivos apontados por familiares. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 41, n. 2, P. 229-236, 2007.

PFEFFER, R. I. et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. **J. Gerontol.**, v. 37, n.1, p.323-9, 1982.

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

POLLO, S. H. ; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPI's: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.11,n.1, 2008.

PORT, C. L. et al. Resident contact with family and friends following nursing home admission. **Gerontologist**, v. 41, n.1, p. 589-596, 2001.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-798, maio-junho , 2003.

REDANTE, D. et al. Cuidando do idoso e a família. **Rev. Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 2, p. 158 - 163, 2005.

REDONDO, N. ; LLOYD - SHERLOCK, P. **Institutional care for older people in developing countries**: repressing right promoting autonomy? Bueno Aires, Argentina. The school of International Development, UK: University of East Anglia, 2009.

RISCART, L. M. R.; MUSTELIER, M. R.; GONZALES, L. M. R. Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. **Rev. Cubana Enferm.**, v. 22, n. 1, 2006.

SALGUEIRO, A. et al. Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community - dwelling and institutionalized older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 53, n.1, p. 152 - 157, 2011.

SANTOS, A. A. **Idosos com alterações cognitivas: um estudo sobre a funcionalidade familiar no contexto da pobreza.** Dissertação (Dissertação de Mestrado), Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

SANTOS, A. A. ; PAVARINI, S. C. I. ; BARHAM, E. J. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. **Texto em Contexto Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 102- 110, 2011.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. Funcionalidade familiar de idosos pobres com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 361 - 367, 2011.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principias. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, 2006.

SIMÕES, J. A. R. Bioethical reflections about the situation of the elderly and their families. **Act. Médica Portuguesa**, v. 23, n. 3, p. 483- 492, 2010.

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 - 39, 1978.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - Seção São Paulo – **Instituição de Longa Permanência para Idosos: manual de funcionamento.** São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Seção São Paulo, 2003.

SOUZA, V. D. et al. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Lat. Ame. de Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, 2007.

SUZUKI M. M.; DEMARTINI S. M., SOARES E. O perfil do idoso institucionalizado na cidade de Marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. **Rev. Iniciação Científica da FFC**, v. 9, n. 3, p. 256-268, 2009.

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. 392-7, 1990.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 , n. 3, maio - junho, 2009.

TELLES, J. C. P. F.; PETRILLI, J. F. F. Causas de inserção de idosos em uma instituição asilar. **Esc. Ana Neri Rev. Enferm.**, v. 6, p. 135-143, 2002.

TORRES, et. al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílio. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 3, 2009.

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=S02139111200300040008&lng=pt>. Acesso em: 03 abr. 2010.

TURRA, C. M.; HOLZ, M. Who Benefits from Public Transfers? Incidence across Income Groups and across Generations. In: **Workshop for thr regional study on demographic change and social policy in LAC**. World Bank, Washington, 2009.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4. ed., New Jersey: Pearson Education, 2005.

WEN, L. K. ; PARCHMAN, M. L. ; SHEPHERD, M. D. Family support and diet barriers among older hispanic adults with type 2 diabetes. **Farm. Méd.**, v. 36, n. 6, p. 423 - 430, 2004.

WIKTOR, A. J.; ROBINSON, T. N. Risk factors for postoperative institutionalization in the elderly. **Journal of the Americam College of Surgeons**, v. 209, n. 3, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Agin e health: the scop of on challeng**, 1999. Disponível em: < <http://www.who.int/es/>. > Acesso em: 01 mar 2011.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3ed. São Paulo: Roca, 2002.

YESAVAGE J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res.**, v. 17, p. 37 - 42, 1983.



APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: "AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR: UM ESTUDO COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS"
2. Você foi selecionado por ter mais de 60 anos e residir em instituição de longa permanência para idosos (ILPI) e por manter contato com algum de seus familiares.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição de longa permanência que reside.
5. O objetivo geral deste estudo é avaliar a funcionalidade familiar de idosos que residem em instituições de longa permanência e que mantenham contato com algum de seus familiares e correlacionar os dados com a idade, gênero e tempo de institucionalização dos idosos.
6. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões do instrumento de avaliação cognitiva (Mini Exame do Estado Mental) e da funcionalidade familiar (APGAR de Família).
7. Os riscos envolvidos neste estudo são mínimos e caso se perceba qualquer risco ou dano a sua saúde não prevista neste termo, as atividades desta pesquisa serão imediatamente suspensas. Caso seja identificado qualquer problema de saúde, o (a) senhor (a) será encaminhado para o serviço de saúde do município. Caso haja algum desconforto durante a aplicação do instrumento, pedimos que nos informe para que possamos corrigi-lo.
8. Sua participação na pesquisa lhe trará à oportunidade de avaliar sua funcionalidade familiar no contexto da institucionalização e avaliar seu desempenho cognitivo.
9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Asseguramos que você não será identificado.
10. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Simone Camargo de Oliveira
sicamargoo@yahoo.com.br

Endereço: Rua Lourenço Innocentini, 461, Edifício Mazzo, Vila Nery, São Carlos-
SP

Telefone para contato: (16) 81229209

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:

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br<http://www.propp.ufscar.br>

Parecer Nº. 268/2010

CAAE: 0052.0.135.000-10

Processo número: 23112.001821/2010-30

Título do projeto: Avaliação da Funcionalidade Familiar: um estudo com idosos institucionalizados

Pesquisador Responsável: SIMONE CAMARGO DE OLIVEIRA

Análise da Folha de Rosto

A Folha de Rosto está completamente preenchida e devidamente assinada.

Descrição sucinta dos objetivos e justificativas

O objetivo geral deste projeto é avaliar a funcionalidade familiar de idosos que residem em instituições de longa permanência em uma cidade do interior de São Paulo e que mantenham contato com algum de seus familiares e correlacionar os dados com a idade, gênero e tempo de institucionalização dos idosos.

Metodologia aplicada

Os sujeitos da pesquisa (aproximadamente cinquenta idosos) que residem em instituições de longa permanência em uma cidade do interior de São Paulo. Serão utilizados os seguintes instrumentos e escalas: entrevista semi-estruturada; para coleta de dados sócio-demográficos, visando caracterizar os participantes da pesquisa incluindo questões abertas com temas relevantes para o estudo e Mini Exame do Estado Mental (MEEM): o Mini Exame do Estado Mental.

Identificação de riscos e benefícios

A análise de eventuais riscos e benefícios está adequada.

Forma de recrutamento

Seleção da amostra será realizada mediante os critérios de inclusão que garantem a veracidade dos resultados: ter mais de 60 anos, ser morador de uma LIP, apresentar resultado no Mini Exame do Estado Mental acima da nota de corte, de acordo com o grau de escolaridade e que mantenham algum vínculo ou contato com seus familiares.

Cronograma

O cronograma apresentado está adequado às necessidades do projeto e ao comprometimento ético.

Orçamento financeiro detalhado

Será encaminhada solicitação de apoio financeiro (bolsa de Mestrado) junto ao órgão FAPESP em setembro deste ano. Os materiais utilizados para coleta de dados se restringem a instrumentos impressos que serão comprados com recursos próprios do pesquisador. Impressão do material será realizada no Laboratório Saúde e Envelhecimento.

Adequação do TCLE

O TCLE, em sua nova versão está adequado.

Identificação dos currículos dos participantes da pesquisa

Currículos apresentados e a da pesquisadora orientadora demonstra formação e experiência na área e temática de pesquisa.

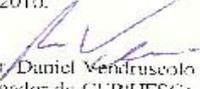
Conclusão: A proposta de estudo apresentada atende às exigências éticas e científicas fundamentais previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Projeto Aprovado.

Normas a serem seguidas:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676
CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR
cephumanos@power.ufscar.br <http://www.propp.ufscar.br>

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d).
 - O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.7), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (item V.3) que requeira ação imediata.
 - O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
 - Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
 - Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta data e ao término do estudo.
- São Carlos, 23 de agosto de 2010.


Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
Coordenador do CEP/UFSCar

APÊNDICE 3

Caracterização do sujeito da pesquisa	
Nome:	
Sexo: () FEM () MASC	
Data de Nascimento:	
Data da entrada na instituição:	
Responsável pelo internato:	
Naturalidade: :	Pais:
Raça:	
Religião:	
Estado Civil:	Casado Solteiro Viúvo Separado Outros
	Qto Tempo <input type="text"/> _ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Escolaridade:	
() Analfabeto	
() Alfabetizado sem escolarização	
() Ensino fundamental incompleto (antigo primário e ginásio)	
Até que série? _____ Número de anos que estudou: _____	
() Ensino fundamental completo (antigo primário e ginásio)	
() Ensino médio incompleto (antigo colegial ou normal)	
Até que série? _____ Número de anos que estudou: _____	
() Ensino médio completo (antigo colegial ou ginásio)	
() Superior incompleto - Número de anos que estudou: _____	
() Superior completo	
() Pós-Graduação	
Você tem família?	
() Sim () Não	
Quem?	

APÊNDICE 4

Cronograma de execução:

Atividade	Semestre			
	1º	2º	3º	4º
1. Cumprimento das Disciplinas	X	X		
2. Levantamento bibliográfico	X	X	X	X
3. Planejamento da coleta	X	X	X	
4. Comitê de Ética	X			
5. Coleta de dados		X	X	X
6. Análise dos dados		X	X	X
7. Organização e interpretação dos resultados		X	X	X
8. Divulgação de resultados parciais (participação em eventos científicos e elaboração de manuscritos para publicação)			X	X
9. Realização do exame de qualificação			X	
10. Defesa				X
11. Elaboração e encaminhamento de um artigo para publicação			X	



ANEXO 1

AVALIAÇÃO COGNITIVA: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Objetivo: teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva

Avaliação dos resultados:

Analfabetos (se souber escrever o nome, mas não frequentou a escola)	18 pontos
1 a 3 anos de escolaridade	21 pontos ou mais
4 a 7 anos de escolaridade	24 pontos ou mais
8 anos ou mais	26 pontos ou mais
Pontuação máxima.....	30 pontos

Data:

--

--

PONTUAÇÃO
Nota obtida/ Nota de Corte

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.

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"

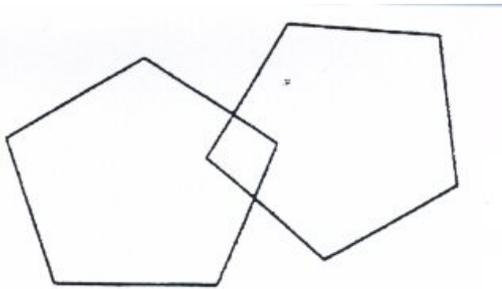
18) Escreva uma frase:

- 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;
- Some os pontos e registre no local indicado com a respectiva nota de corte segundo o grau de escolaridade.



ANEXO 2

FUNCIONALIDADE FAMILIAR : APGAR DE FAMÍLIA

Data:

--	--	--	--	--	--

Escore Total	Classificação
1-8	Elevada disfunção familiar
9-12	Moderada disfunção familiar
13-20	Boa funcionalidade familiar

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	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 3

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA: Índice de Katz

Objetivo: Avaliação do desempenho nas atividades básicas de vida diária

Avaliação dos resultados:

De 05 a 06 pontos INDEPENDÊNCIA

De 03 a 04 pontos DEPENDÊNCIA PARCIAL

De 0 a 02 pontos DEPENDÊNCIA IMPORTANTE

Data:

PONTUAÇÃO (somatória das respostas “SIM”):

	ATIVIDADE		SIM	NÃO
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 4

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA: QUESTIONÁRIO DE PFEFFER

Objetivo: Avaliação do desempenho nas atividades instrumentais de vida diária.

Avaliação dos resultados: maior do que 5 pontos significa dependência.

Data:

--	--	--	--	--	--

--

PONTUAÇÃO (somatória das respostas)

A avaliação deve ser feita pelo acompanhante ou cuidador:

	Normal	Faz com dificuldade	Necessita de ajuda	Não é capaz	Nunca fez, mas poderia fazê-lo	Nunca fez e agora teria dificuldade
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 5

AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Objetivo: rastreamento de sintomas depressivos no idosos

Avaliação dos resultados:

Menos de 5 pontosausência de sintomatologia depressiva

Entre 5 e 10 pontossintomatologia depressiva leve a moderada

11 pontos ou maissintomatologia depressiva grave.

Data:

--	--

--

PONTUAÇÃO (somatória das respostas)

QUESTÕES		Pontos	
		Sim	Não
1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0	1
2	Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4	Você se aborrece com frequência?	1	0
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6	Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8	Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
9	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
13	Você se sente cheio de energia?	0	1
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0