

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

VERA LÚCIA PERINI

**INFLUÊNCIA DO CONTATO FAMILIAR NA QUALIDADE DE VIDA E
INDEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM IDOSOS**

SÃO PAULO

2015

VERA LÚCIA PERINI

**DO CONTATO FAMILIAR NA QUALIDADE DE VIDA E
INDEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Universidade de Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa.

SÃO PAULO

2015

**Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Milton Soldani Afonso – Campus II**

P522i Perini, Vera Lúcia
Influência do contato familiar na qualidade de vida e
Independência para atividades de vida diária em idosos/
Vera Lúcia Perini. – São Paulo, 2014.
40 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) –
Universidade de Santo Amaro – 2014.
Orientador: Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa

1. Qualidade de vida 2. Saúde 3. Fatores Humanos I.
Rosa, Eloi Francisco, orient. II. Título

VERA LÚCIA PERINI

**INFLUÊNCIA DO CONTATO FAMILIAR NA QUALIDADE DE VIDA E
INDEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa.

São Paulo.....de.....de 20.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa - Orientador
Universidade de Santo Amaro – UNISA

Profa. Dra. Jane de Eston Armond – Banca Interna
Universidade de Santo Amaro – UNISA

Profa. Dra. Fátima Lico - Banca Externa

CONCEITO FINAL: _____

Dedico este trabalho aos idosos participantes da pesquisa aplicada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço todos os meus professores do curso de mestrado da UNISA, que me impulsionaram muito desde o primeiro dia de aula mostrando as experiências profissionais e pessoais, e de como eu poderia utilizar na minha dissertação, na minha vida profissional e pessoal...

Profa. Carolina Nunes França

Prof. Eloi Francisco Rosa

Profa. Jane de EstonArmond

Profa. Hogla Murai

Prof. Neil Ferreira Novo

Profa. Patrícia Colombo de Souza

Profa. Yara Juliano

Agradeço também à amiga Profa. Márcia Maria da Graça Costa que tanto me incentivou e ajudou neste desenvolvimento.

E finalmente a minha querida mãe que despertou em mim este tema gerando muito conhecimento.

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, fica evidente a necessidade de se estudar o impacto deste contingente de idosos em nossa sociedade. No âmbito familiar, o envelhecimento também requer um planejamento de como será a relação com os idosos que integram a família, uma vez que o processo de envelhecimento é acompanhado de uma maior necessidade e especificidade de cuidados à saúde. No entanto, muitos familiares não compreendem e não sabem como lidar com esta situação, já que os cuidados ao idoso, muitas vezes, requerem um período de tempo que as pessoas não sabem como dispor. Sendo a família um pilar importante de apoio ao idoso, e considerando as dificuldades que estas enfrentam ao dar esse apoio, este trabalho busca apurar como a presença da família na vida de um idoso pode influenciar em sua percepção de qualidade de vida relacionada à saúde e na independência para realizar atividades de vida diária. Para tal, realizou-se um estudo observacional quantitativo transversal, que buscou relacionar os índices de qualidade de vida e independência com a frequência de contato com a família. Pode-se observar que quanto maior a frequência de contato com a família melhor a percepção do idoso em relação à capacidade funcional, limitações físicas, estado geral de saúde, percepção de dor, relações sociais e emocionais, além de maior independência para realização de atividades diárias. Desse modo, conclui-se que a presença da família na vida do idoso possui impacto significativo na melhora de sua percepção de qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Saúde. Fatores humanos.

ABSTRACT

With the increasing aging of the Brazilian population, became obvious the need to consider the impact of a larger number of elderly people in our society. In the family environment, aging also requires a planning how will the relationship with the elderly who are part of the family, since the aging process is followed by an increased need and specificity of health care. However, many families do not understand or know how to handle this situation, as it the care for the elderly, often require a period of time that people do not know how to afford. Being the family an important pillar of support for the elderly, and taking into account the difficulties they face in providing this support, this work seeks to see how the family presence in the life of an elderly can influence their perception of the quality of life related to health and independence to perform activities of daily living. That is why took place a cross-sectional quantitative observational study, which sought to relate the levels of quality of life and independence with the frequency of contact with family. Can be observed that the higher the frequency of contact with family, improves the perception of the elderly in relation to functional capacity, physical limitations, general health, pain perception, social and emotional relationships in addition to increased independence to perform daily activities. In this way, it is concluded that the presence of family in the life of the elderly has a significant impact on improving their perception of quality of life.

Keywords: Quality of life. Health. Human factors.

Lista de Figuras

Figura 1 - Idade dos grupos Diário, Mensal e Esporádico.....	24
Figura 2 - Índice de Capacidade Funcional dos grupos Diário, Mensal e Esporádico.....	25
Figura 3 - Índice de Limitação Física dos grupos Diário, Mensal e Esporádico.....	26
Figura 4 - Índice de Percepção de Dor dos grupos Diário, Mensal e Esporádico.....	26
Figura 5 - Índice de Estado Geral de Saúde dos grupos Diário, Mensal e Esporádico.	27
Figura 6 - Índice de Vitalidade dos grupos Diário, Mensal e Esporádico.....	28
Figura 7 - Índice de Aspectos Sociais dos grupos Diário, Mensal e Esporádico.....	28
Figura 8 - Índice de Limitação Emocional dos grupos Diário, Mensal e Esporádico.	29
Figura 9 - Índice de Saúde Mental dos grupos Diário, Mensal e Esporádico.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Envelhecimento	13
1.2 Saúde do Idoso no Brasil	14
1.2.1 Taxa de Prevalência de Incapacidade Funcional em Mobilidade Física....	15
1.3 Qualidade de Vida dos Idosos	16
1.4 A Influência da Família no Cuidado do Idoso	17
2 OBJETIVO GERAL.....	20
2.1Objetivos Específicos.....	20
3 MATERIAL E MÉTODOS	21
3.1 Locais e Períodos da Pesquisa.....	21
3.2 População e Amostra	21
3.3 Variáveis da Pesquisa.....	22
3.4 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	23
3.5 Análise Estatística.....	23
4 RESULTADOS.....	24
4.1 Caracterização da População.....	24
4.2 Índice de Qualidade de Vida.....	25
4.3 Grau de Independência para Atividades Diárias	29
5 DISCUSSÃO.....	31
6CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXO A - Parecer Consubstanciado CEP	
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
ANEXO C- Questionário de Caracterização	

ANEXO D- Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF- 36

ANEXO E - Questionário de Atividades de Vida Diária

1 INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa no Brasil é evidente. O contingente de pessoas de mais de 60 anos soma cerca de 21 milhões atualmente ⁽¹⁾.

Considerando apenas o segmento de pessoas com mais de 75 anos (cerca de 5,5 milhões), a população idosa no Brasil toma proporções significativas, mudando bastante o perfil etário até pouco tempo considerado jovem. Os estudiosos da terceira idade consideram que, para a saúde mental dos idosos, a rede de apoio familiar mostra-se fundamental. Morar com filhos ou com parentes estimula a afetividade e sociabilidade ⁽²⁾. No país, a proporção de idosos que moravam com filhos, em 2008, era de 33,3%. Nas regiões Norte e Nordeste, o percentual é bem mais elevado, mais de 50,0% dos idosos viviam com seus filhos ⁽¹⁾.

A família é destacada por estudiosos do envelhecimento como o componente mais constantemente citado pelos idosos e considerado por eles como muito importante ao seu próprio bem-estar. No entanto, muitas vezes, o idoso é caracterizado em nossa sociedade como aquele que não tem mais nada a contribuir; suas experiências são antigas e seu futuro é a caduquice e a morte ⁽²⁾.

O art. 3º do título 1 do Estatuto do Idoso coloca que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária ⁽³⁾.

Por outro lado há uma especificação no parágrafo único, ponto V que expressa: “priorização do atendimento ao idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência” ⁽³⁾.

Já o Art. 4º, determina-se que,

Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. No

convívio familiar há o respeito, o carinho e as melhores condições de vida que cada indivíduo idoso necessita. O Estado assumirá a responsabilidade quando não houver condições de manter a pessoa de idade avançada no convívio com a família⁽³⁾.

Embora o Estatuto do Idoso determine todos estes aspectos, ainda há um número muito grande de idosos que não recebem esse apoio familiar, impactando diretamente na sua qualidade de vida. Uma das maiores inquietações com a questão do envelhecimento populacional transcorre do caso de se enfrentar essa população como dependente e vulnerável; não só do ponto de vista econômico, como também de debilidades físicas e psíquicas⁽⁴⁾. Isto pode acarretar em perda de autonomia e incapacidade para o idoso, gerando assim, sérias perdas na qualidade de vida e na saúde durante a terceira idade⁽⁴⁾. Neste país, a velhice sem independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social⁽⁵⁾.

Estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, prepararem refeições e limpar a casa⁽⁵⁾.

Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas⁽⁵⁾.

Neri⁽⁶⁾, ao dissertar sobre o aumento da longevidade do brasileiro, associa-o aos multifatores que condicionam o idoso à dependência, o que tem imposto sobrecargas a considerável parte das famílias que sobrevivem em situações socioeconômicas precárias. Dificulta-se, assim, um suporte afetivo aos seus membros idosos, levando-os aos riscos de estabelecimento de situações de negligência, omissão de cuidados, abandono, abuso financeiros e maus-tratos físicos entre outros. Contudo, há situações ainda desconhecidas que explicam a ocorrência de violência como um tipo de comportamento das pessoas.

Segundo Caldas ⁽⁷⁾, o cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente é observado em situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados ou estão sobrecarregados por essa responsabilidade. Nesse contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetuados abusos e maus-tratos. Portanto, é necessário lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devam ser cuidados pela família (por questões morais, econômicas ou éticas), não se pode garantir que a família prestará um cuidado humanizado.

1.1 Envelhecimento

Os estudos científicos pertinentes à velhice começam a aparecer no século XVI e os cientistas Bacon e Descartes já analisavam os aspectos relativos ao envelhecimento. Em 1867 o médico francês Jean Marie Charcot, foi o primeiro a apresentar um trabalho científico sobre envelhecimento. Em seu estudo clínico sobre a senilidade e doenças crônicas buscava destacar a importância dos estudos sobre o envelhecimento, focando-se em suas causas e decorrências para o organismo humano. Contudo, apenas em 1970, iniciam-se estudos com a preocupação dos efeitos deste fenômeno para a integração de pessoas idosas à sociedade, em estudos compreendendo não apenas aspectos físicos e mentais, como as modificações sociais ocorridas desse processo. O envelhecimento humano, gradualmente, é entendido como um processo multifatorial complexo que envolve questões como: gênero, classe social, cultura, modelos de saúde individual e grupal da sociedade. Dos 65 até 75 anos e desta idade em diante, vem à chamada velhice tardia ⁽⁸⁾.

Diversas são as formas de conceituar a velhice, biologicamente, as transformações que acontecem no organismo do idoso são dilatadas e se mostram nos sistemas (muscular, endócrino, circulatório, pulmonar, ósseo e imunológico). Assim a velhice se mostra por falta de reservas operacionais no organismo, mesmo que dependam também dos determinantes genéticos, do estilo de vida e das condições culturais do indivíduo ⁽⁹⁾.

Conforme Brêtas ⁽¹⁰⁾ o envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos

inseparáveis e simultâneos. A vida não é somente vista pelo aspecto biológico, também é formada e influenciada pelos aspectos social e cultural, pois o ser humano vive em sociedade.

Segundo Assis⁽¹¹⁾ o envelhecimento humano é um fato caracterizadamente heterogêneo, influenciado por aspectos socioculturais, políticos e econômicos, em interação dinâmica e constante com a extensão biológica e subjetiva dos indivíduos. Portanto com a vinda da maturidade e a convivência da velhice podem constituir realidades distintas, do vigor ao declínio e também diferenças sociais. O processo de envelhecimento gera no organismo alterações biológicas, psicológicas e sociais. É na velhice que este processo passa a existir de maneira mais perceptível. As alterações biológicas são as morfológicas, mostradas por surgimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, associadas às modificações das funções orgânicas; as bioquímicas, que estão ligadas às modificações das reações químicas que se procedem no organismo. As modificações psicológicas acontecem quando, ao envelhecer, o ser humano necessita adequar-se a cada situação nova em sua rotina diária. Já as transformações sociais são averiguadas quando as relações sociais tornam-se modificadas em função da redução da operosidade e, principalmente, do domínio físico e econômico, sendo a alteração social mais perceptível nos países de regime de economia capitalista.

1.2 Saúde do Idoso no Brasil

A percepção da saúde tem sido relatada como importante determinante na sobrevivência entre idosos. Os estudos confirmam que diferenças de gênero e idade, na percepção da saúde, são importantes determinantes do comportamento em relação à procura por atendimento de saúde (MEN..., 2001). A percepção de um estado de saúde ruim causa um maior uso dos serviços de saúde entre os idosos. Em 2003, as mulheres idosas revelaram um estado de saúde pior do que os homens, exceto entre os idosos de 80 anos ou mais, onde a tendência se inverte, passando os homens a declarar um estado de saúde pior do que aquele revelado pelas mulheres ⁽¹³⁾.

Possui diferenças na auto percepção da saúde dos idosos em relação ao rendimento médio mensal familiar per capita: os idosos mais pobres (até 1

salário-mínimo per capita) declararam saúde ruim/muito ruim em maior proporção do que os idosos dos extratos de rendimentos mais elevados ⁽¹³⁾.

As multiplicidades da saúde e o uso dos serviços de saúde aumentam com o passar da idade. O Brasil já está enquadrado neste prosseguimento rápido de envelhecimento, percebe-se a necessidade de verificar e compreender as tendências e vigilâncias na saúde da população idosa. A elevação do número de idosos e a maior utilização do sistema de saúde, consequências do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, configuram-se como amplos desafios para o sistema de saúde. Um fato ressaltante, porém, é a demonstração de que políticas de promoção e prevenção de saúde estão provando eficácia em todo o mundo. Estudos mais recentes confirmam essas tendências e indica redução do declínio funcional entre os idosos, o que indica na direção de uma população mais saudável ⁽¹⁴⁾.

Podemos destacar que 29,9% da população brasileira são portadoras de uma doença crônica ⁽¹³⁾. Essas doenças crônicas crescem em números maiores em idosos entre homens e mulheres ⁽¹⁵⁾.

1.2.1 Taxa de prevalência de incapacidade funcional em mobilidade física

A prevalência de incapacidade funcional também é prejudicada pelo estilo de vida do idoso. A análise em condição de desassociada revelou a heterogeneidade do declínio funcional na população idosa brasileira, que está agregada a múltiplos fatores e às diferenças sócias demográficas na sociedade atual ⁽¹³⁾.

A saúde funcional do idoso se apresenta a relacionada à qualidade de vida, a convivência social, à esfera intelectual, a condição emocional e às atitudes diante o sujeito e o cosmo. A capacidade funcional tem despertado interesse sucessivo, pois a incapacidade causa o acréscimo do número de doenças crônicas e das impossibilidades para preservar a independência no decorrer da velhice, o que tem maiores relações com a qualidade de vida. Pois, esta debilidade pode acarretar dependência ao idoso e assim precisará de ajuda de outros e assistência. ^(9, 16, 17, 15).

O ciclo da velhice é fortemente coligado a queda dos desempenhos físicos e mentais, o que impossibilita o idoso a buscar um recurso que diminua

a presença do envelhecimento e aprimore a sua saúde ⁽¹¹⁾. Com o aumento da idade cronológica, as pessoas ficam propensas a inatividade e a sua capacidade funcional enfraquece, colaborando, portanto com a redução da sua independência ⁽¹⁸⁾.

1.3 Qualidades de Vida do Idoso

A inquietação designadamente com a qualidade de vida na velhice recebeu importância nas últimas três décadas. Essa atenção surge devido ao aumento de números de idosos e da ampliação da longevidade, que passou a ser participada em várias sociedades em número maior de indivíduos. Em decorrência do envelhecimento da população brasileira, o empenho pelo assunto qualidade de vida na área da saúde é gradual no país, colaborando para o progresso das pesquisas, em relação à qualidade de vida e por concordância aos aspectos histórico nacional e internacional. Diversos são os estudos que tratam o conceito de qualidade de vida, tanto no Brasil como em outros países Japão, França ⁽¹⁹⁾.

Minayo; Hartz e Buss ⁽²⁰⁾ asseguram que a “qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.”

Gonçalves e Vilarta ⁽²¹⁾ versam qualidade de vida pelo modo como as pessoas vivenciam e entendem seu dia a dia, incluindo, porém, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e integração nas resoluções de suas responsabilidades.

A qualidade de vida para Nahas ⁽⁹⁾ é a “condição humana Definição e Conceitos resultantes de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano”.

A qualidade de vida como “a percepção subjetiva do processo de produção, circulação e consumo de bens e riquezas. A forma pela qual cada um de nós vive seu dia-a-dia” ⁽²¹⁾.

O envelhecer não está associado somente pela constituição genética do indivíduo, mas, além disso, o tipo de vida que está acostumado a levar ao

longo do tempo. Determinadas teorias indicam que a circunstância fica coligada ao vigor que os indivíduos têm consigo ao nascer e a sua capacidade de sustentá-la ao longo de toda vida ⁽²²⁾.

Variam as conceituações referentes à qualidade de vida, pois não cabe somente uma exclusivamente, mas se podem instituir dados para refletir nessa informação enquanto benefício de referências ou esferas objetivas (sociais) e subjetivas, ao se iniciar da visão que os indivíduos compõem em seu meio ⁽²¹⁾.

De acordo com Gonçalves e Vilarta, ⁽²¹⁾ as esferas se distinguem em:

- objetividade das condições materiais: importa a categoria do sujeito na vida e nas relações instituídas nesta sociedade;
- subjetividade: importa a informação referente às condições físicas, emocionais e sociais correspondentes aos fatores, culturais e sociais como são notadas pelo sujeito.

Enfim qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” ⁽²³⁾.

As indicativas feitas por diversos autores trazem uma visão ampla na compreensão dos significativos da qualidade de vida demonstrando as bases essenciais sob a ótica da subjetividade e de perceber e aprimorar as vidas das pessoas em seu universo e compartilhando para ampliar o campo da discussão sobre qualidade de vida, incorporando múltiplos temas que promovem o diagnóstico e proporcionam novas expectativas sobre a qualidade de vida.

1.4 A influência da Família no Cuidado do Idoso

Na categoria idosa, na maioria os valores culturais são assinalados pelo relevante papel da família. A família é vista como o ambiente natural da pessoa. Dessa maneira, podemos entender que o envolvimento do idoso para com a família é fundamental em qualquer etapa da vida. Os idosos possuem fragilidades; por consequência demonstram um conjunto de limites e doenças que restringem sua capacidade funcional e, em decorrência destas, afetam o seu emocional ⁽²⁴⁾.

O pavor de envelhecer e a incompetência de muitos ao se deparar com a ação do seu envelhecimento muitas vezes podem levar a intolerância e à

indiferença e assim acometer a pessoa idosa. Conforme Smeltzer e Bare⁽²⁵⁾ com o entendimento desse procedimento e pela consideração à pessoa como um indivíduo é que essa desatenção para com envelhecimento pode ser abolida. A qualidade de vida dos idosos irá melhorar uma vez que os idosos forem cuidados com decência e estimulados a conservar a independência.

O idoso que recebe cuidados adequadamente tem suas perspectivas de vida em maior longevidade asseguradamente. Na visão de Leitão e Almeida⁽²⁶⁾, o cuidado “é um ato de vida que compreende variadas atividades que visam manter e sustentar o ser, reparar o que lhe constitui obstáculo e assegurar a continuidade da vida”. O cuidado envolve convivência, compreensão partindo de cada pessoa, conforme Waldow⁽²⁷⁾ “o cuidado se inicia por nós, com a preocupação com o outro, com o seu bem-estar. Cuidar significa praticar a convivialidade, o respeito, a solidariedade”.

Muitos são os empenhos aplicados para assegurar uma velhice cada vez mais salutar; a maior parte dos idosos vivencia determinada debilidade nesse estágio de vida. Nesta debilidade ou fragilidade encontramos fatores que acentuam sentimentos de medo, de insegurança e também de dependência. Conforme Leite⁽²⁸⁾ a dependência do idoso é marcada pela deterioração resultante de doenças crônicas, que interferem na plenitude física, social e econômica, enfraquecendo ou restringindo a capacidade do sujeito para poder atender as suas necessidades.

Em meio a essas deteriorações que acometem o idoso à dependência que, além disso, causam circunstâncias que necessitam do auxílio de outro para essas fases periódicas decisivas ou não. É neste período que, aparece, a família como alicerce essencial de proporcionar cuidados. Comumente a família adota a responsabilidade de cuidador decorrente dos vínculos afetuosos e também culturais.

Pelzer e Fernandes⁽²⁴⁾ destacam:

A família é a esfera íntima da existência que une por laços consanguíneos ou por afetividades os seres humanos. Como unidade básica de relacionamentos é a fonte primária de suporte social, onde se almeja uma atmosfera afetiva comum, de aquisição de competência e de interação entre seus membros.

A função da família é essencial no cuidado do idoso. A família prevalece como opção no conjunto de apoio informal aos idosos, assegura Caldas ⁽⁷⁾, porém é conciso enfatizar que, ainda que o cuidado familiar é de suma importância, não abrange todos os idosos.

De fato, a classe idosa é procedente de um período com modelados valores cultural, onde a família cumpria respeitável papel. O cuidar dos doentes para os familiares na época era um ato nobre, designando a família núcleo de familiaridade e núcleo de princípio com referência ao cuidado do idoso ⁽²⁹⁾.

O trato com o idoso doente, conforme Leme e Silva⁽²⁹⁾ somente serão integrais com a família presente, proveniente da sua estrutura, do potencial e capacidade. Como o conceito de saúde para OMS⁽²³⁾ “é o estado de bem-estar físico, psíquico e social”, entende-se que para distinguir o idoso sadio e idoso doente é respeitável a estruturação da sua condição familiar ⁽²⁹⁾.

Diversos países do mundo elegem vários meios de apoios e cuidados para seus idosos dependentes e, certos países, o apoio oferecido é quase de totalidade única e incumbência do Estado; já em outros, são geralmente as famílias que realizam todos os cuidados ^(4, 30).

Pesquisas realizadas no Brasil e em outros países revelam que os idosos dependentes obtêm o apoio de uma ou mais pessoas dos familiares, principalmente de mulheres que convivem no mesmo domicílio e se constituem as cuidadoras de seus maridos, pais e irmãos ⁽³¹⁾.

O envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, avanço no campo da saúde, redução da taxa de natalidade, conquistas tecnológicas, científicas e avanços na medicina e transformações no contexto sócio-político-econômico.

2 OBJETIVO GERAL

Verificar se a frequência de contato com algum familiar exerce influencia nos parâmetros de qualidade de vida relacionada à saúde e a independência para realização de atividades de vida diária de idosos.

2.1 Objetivos Específicos

- Analisar a relação entre o nível de frequência de encontros com a família e os índices de qualidade de vida como: capacidade funcional, vitalidade, estado, emocional, saúde mental, limitações físicas, percepção de dor, estado geral e aspectos sociais.
- Descrever o impacto dos encontros com a família com o grau de independência do idoso.

3 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi do tipo observacional quantitativo, com corte do tipo transversal.

3.1 Locais e período de aplicação da pesquisa

O estudo teve início em Novembro de 2014 com a submissão do projeto para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santo Amaro, sendo aprovado pelo mesmo (Anexo A). A coleta de dados ocorreu entre os meses de Dezembro de 2014 a Janeiro de 2015.

Os idosos foram abordados em áreas públicas, como clubes e centros de convivência da terceira idade. Foram questionados se gostariam de participar de uma pesquisa sobre contato com a família e qualidade de vida na terceira idade, por meio de respostas a dois questionários. Com base no interesse demonstrado e concordância inicial, foram encaminhados para um local mais reservado, e receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B), foram esclarecidas suas dúvidas e, no concordado, assinaram o termo. Somente após a concordância e assinatura do termo, foram integrados ao estudo, e foram questionados se gostariam de responder naquele local e momento, ou se preferiam agendar para outro dia e local. Toda abordagem e aplicação do questionário foram realizadas diretamente pela pesquisadora.

3.2 População e Amostra

Foram avaliados 29 idosos, acima de 60 anos, de ambos os gêneros, abordados aleatoriamente e, após análise, estratificados em grupos conforme a frequência de contato familiar.

Os critérios essenciais para inclusão neste estudo foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos, possuir capacidade de compreensão e de comunicação suficientes para responder aos questionários de avaliação.

Foram excluídos dos estudos, adultos com menos de 60 anos e idosos que possuam qualquer tipo de dificuldade de comunicação e/ou de compreensão.

Para classificação da frequência de contato familiar, foi questionado inicialmente ao sujeito com que frequência ele possuía contato com algum membro da família e qual a relação de parentesco com tal pessoa, por meio de um questionário de caracterização (Anexo C). Para análise dos dados, os sujeitos de pesquisa foram estratificados em três grupos: Diário (vivia com o familiar ou se encontrava com ele diariamente), Mensal (possuía encontros com familiares de uma a quatro vezes ao mês), Esporádico (havia menos de um encontro ao mês com um familiar).

3.3 Variáveis da pesquisa

1) Qualidade de vida, variáveis consideradas foram:

- Capacidade Funcional;
- Limitação Física;
- Percepção de Dor;
- Estado Geral de Saúde;
- Vitalidade;
- Aspectos Sociais;
- Limitação Emocional;
- Saúde Mental.

A Qualidade de vida avaliada por meio da utilização do formulário Medical Outcomes Study 36-item short-form Health Survey (SF-36) traduzido e validado para língua portuguesa por Ciconelli⁽³²⁾. Os valores obtidos no teste também foram calculados conforme proposto pela literatura ⁽³²⁾. (Anexo D). Todos os parâmetros foram calculados segundo índice adimensional de RawScale, onde 100 é o melhor nível e 0, o pior. Nesse sentido, o indivíduo com 100 de Limitação Física, está no melhor estado, ou seja, sem limitações, e o com 0, está no pior estado, sendo totalmente limitado fisicamente.

2) Índice de independência para atividades de vida diária foram:

- Banhar-se;
- Vestir-se;

- Usar o sanitário;
- Mobilizar-se;
- Ser continente;
- Alimentar-se, conforme a independência para realizá-las.

O grau de independência foi determinado segundo a escala de Katz (Anexo E), sendo classificado como A o indivíduo totalmente independente, e como G o totalmente dependente ⁽³³⁾.

Index de AVDs (Katz)	Tipo de Classificação.
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
OUTRO	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E, e F.

Quadro 1 - Index of Independence in Activities of Daily Living de Katz (original)

Fonte: Duarte, 2007 ⁽³³⁾.

Optou-se por esses instrumentos por serem amplamente utilizados em estudos nacionais e internacionais e também por serem sugeridos pelo Ministério da Saúde para avaliar a funcionalidade do idoso ⁽³⁴⁾.

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UNISA (Anexo A). Universidade de Santo Amaro– UNISA. Os sujeitos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido redigido para este fim, concordando em participar da pesquisa e identificados (Anexo B).

3.5 Análise Estatística

Todos os dados estão apresentados como a média mais ou menos desvio padrão da média. Os resultados foram apresentados em grupos estratificados. Foi aplicada a Análise de Variância de uma via, com pós-teste de Tukey, para identificação de diferenças entre os grupos. Para todos, foram consideradas estatisticamente significantes diferenças, quando $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da População

Durante o projeto foram entrevistados 29 voluntários, que anuíram com sua participação na pesquisa, e se incluíam de acordo com os critérios determinados, conforme aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UNISA (Anexo A). Após as entrevistas eles foram divididos em três grupos, conforme a frequência de encontro familiar relatada. Desse modo, o grupo com encontros diários possui 12 voluntários (Diário, $n = 12$), o grupo com um a quatro encontros mensais possui 10 voluntários (Mensal, $n = 10$), e o com o grupo com menos de um encontro ao mês possui 7 voluntários (Esporádico, $n = 7$).

Os grupos não possuíam diferença significativa de idade entre eles ($p = 0,15$), sendo que o grupo Diário possuía idade de 76 ± 2 anos, o grupo Mensal 80 ± 2 anos, e o grupo Esporádico 83 ± 4 anos (Fig. 1). Nos grupos Diário e Mensal aproximadamente 40% dos indivíduos eram do sexo masculino, enquanto no grupo Esporádico 28% eram homens. No grupo Diário, 60% dos

idosos possuíam convívio diário com filho(a), no grupo Mensal 70% possuía encontro com filho(a), e no grupo Esporádico 60% possui encontro com filho(a). Para os demais graus de parentesco, a citação do familiar com que tem contato foi aleatória, sem uma preponderância.

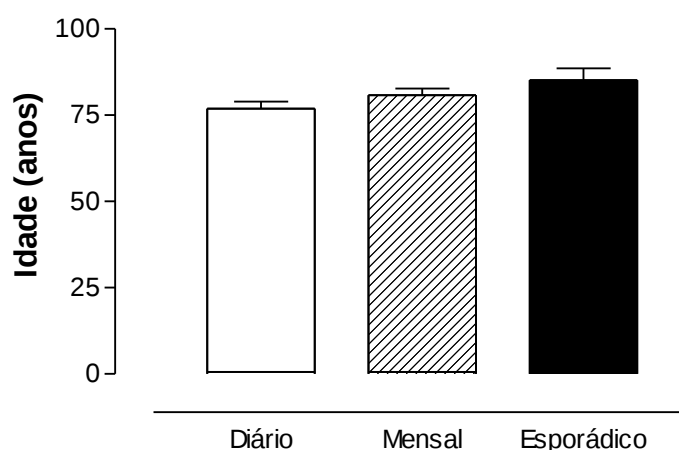


Figura 1. Idade dos grupos Diário, Mensal e Esporádico. Não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,15$).

4.2 Índices de Qualidade de Vida

Os índices de qualidade de vida foram calculados conforme o determinado pela RawScale, sendo 0 o pior índice e 100 o melhor. Com relação à Capacidade Funcional, pode-se observar que os indivíduos do grupo Diário (54 ± 5) possuem índice significativo superior ($p = 0,003$) que os dos grupos Mensal (35 ± 7) e Esporádico (14 ± 9), assim como os indivíduos do grupo Mensal possuem diferença significativa com relação ao grupo Esporádico (Figura 2).

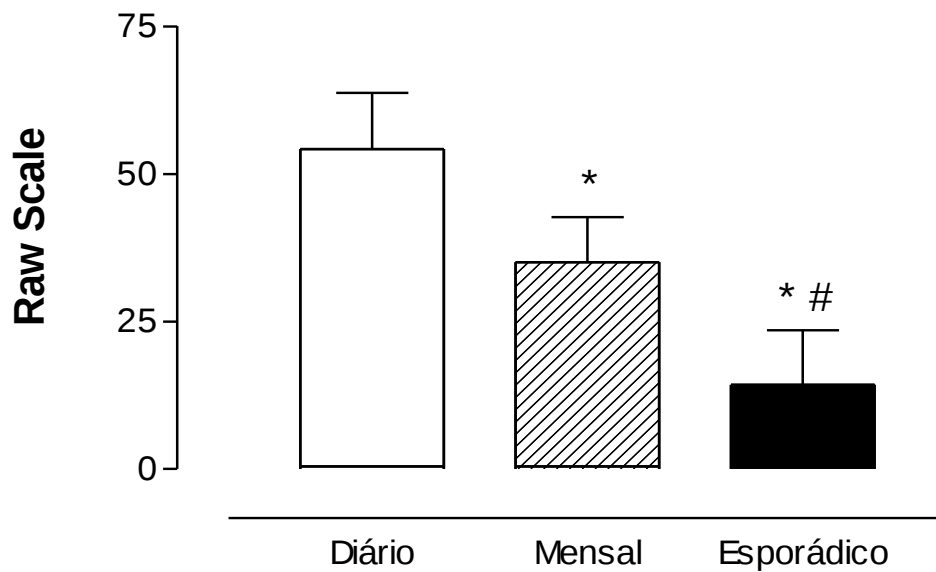


Figura 2. Índice de Capacidade Funcional dos grupos Diário, Mensal e Esporádico. * indica diferença significativa em relação ao grupo Diário ($p < 0,05$), e o # diferença significativa em relação ao grupo Mensal ($p < 0,05$).

Ao se analisar a Limitação Física, pode-se observar que os indivíduos do grupo Diário (39 ± 13) possuem índice significativo superior ($p < 0,05$) que os dos grupos Mensal (7 ± 7) e Esporádico (0 ± 0), (Figura 3).

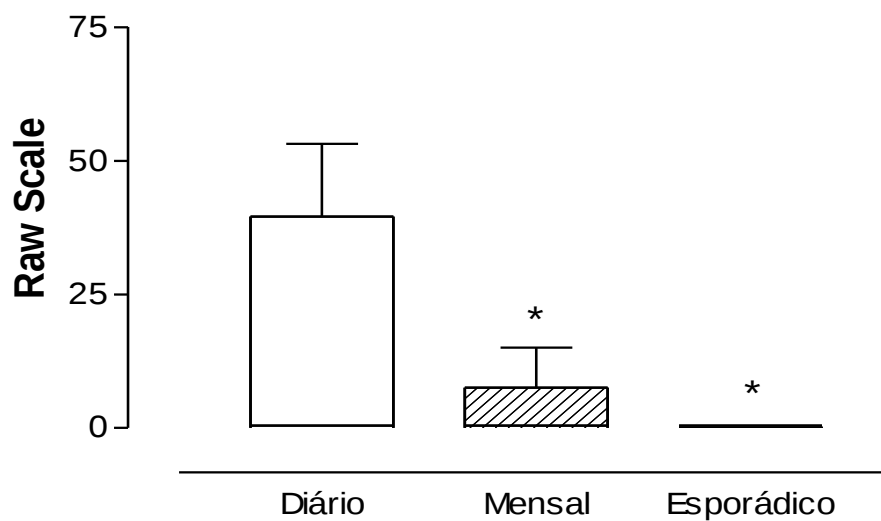


Figura 3. Índice de Limitação Física dos grupos Diário, Mensal e Esporádico. *
indica diferença significativa em relação ao grupo Diário ($p < 0,05$).

A Percepção de Dor dos indivíduos do grupo Diário (54 ± 6) é significativa menos intensa ($p < 0,05$) que os do grupo Esporádico (24 ± 5), enquanto que, em relação aos do grupo Mensal (39 ± 8), não é possível observar diferença significativa (Figura 4).

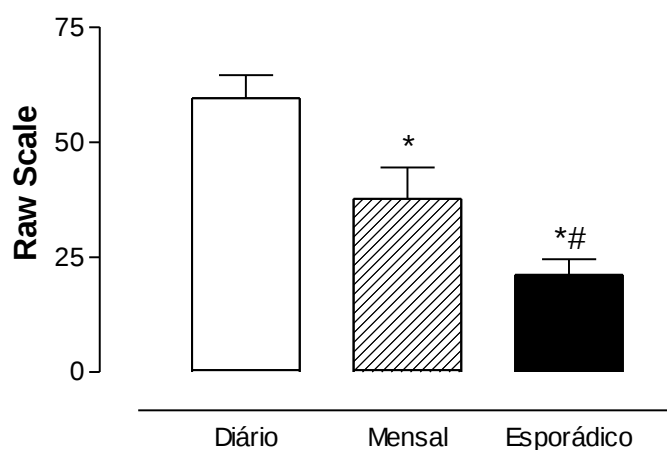


Figura 4. Índice de Percepção de Dor dos grupos Diário, Mensal e Esporádico. *
indica diferença significativa em relação ao grupo Diário ($p < 0,05$)

Ao se analisar o Estado Geral de Saúde, pode-se observar que os indivíduos do grupo Diário (56 ± 5) possuem índice significativo superior ($p < 0,05$) que os dos grupos Mensais (38 ± 6), que possuem índice superior ($p < 0,05$) ao Esporádico (21 ± 3), assim como, os indivíduos do grupo Mensal possuem diferença significativa com relação ao grupo Esporádico ($p < 0,05$) (Figura 5).

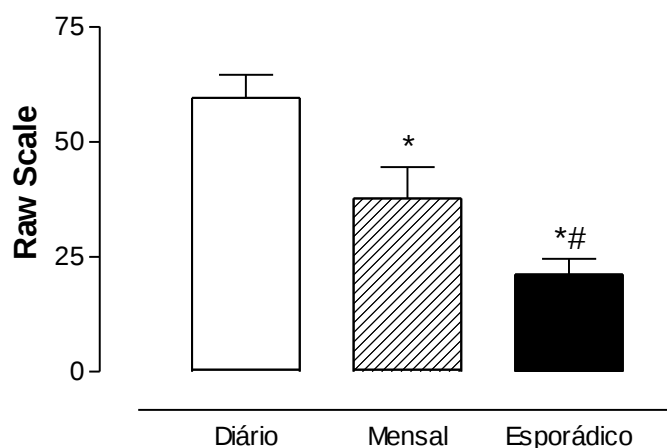


Figura 5. Índice de Estado Geral de Saúde dos grupos Diário, Mensal e Esporádico. * indica diferença significativa em relação ao grupo Diário ($p < 0,05$), e o # diferença significativa em relação ao grupo Mensal ($p < 0,05$).

Com relação à Vitalidade, pode-se observar que os indivíduos do grupo Diário (76 ± 4) não possuem índice diferença significativa em relação ($p = 0,95$) aos dos grupos Mensal (76 ± 8) e Esporádico (74 ± 4) (Figura 6).

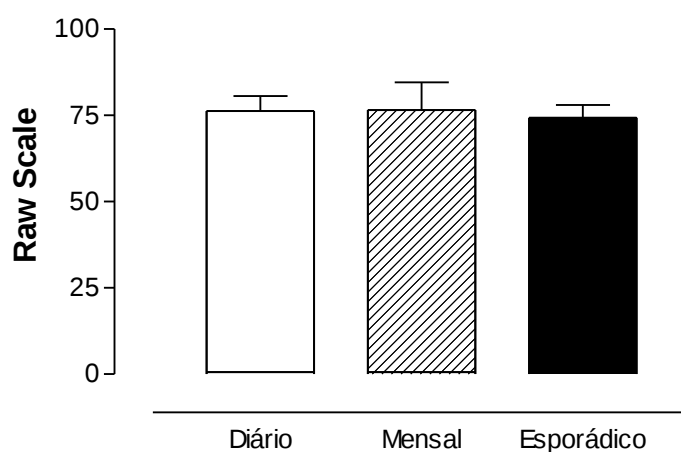


Figura 6. Índice de Vitalidade dos grupos Diário, Mensal e Esporádico. Não há diferença significativa entre os grupos ($p = 0,95$).

Os índices de Aspectos Sociais dos indivíduos do grupo Diário (66 ± 9) foram significantes, superior ($p < 0,05$) que os dos grupos Mensal (24 ± 6) e Esporádico (13 ± 4) (Figura 7).

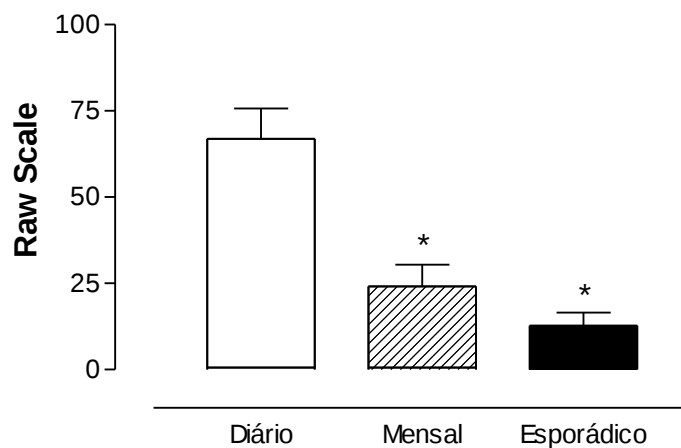


Figura 7. Índice de Aspectos Sociais dos grupos Diário, Mensal e Esporádico. * indica diferença significativa em relação ao grupo Diário ($p < 0,05$).

No aspecto Limitação Emocional, pode-se observar que os indivíduos do grupo Mensal (0 ± 0) e Esporádico (0 ± 0) indica diferença significativa em relação ao grupo Diário (41 ± 11) ($p < 0,05$); (Figura 8).

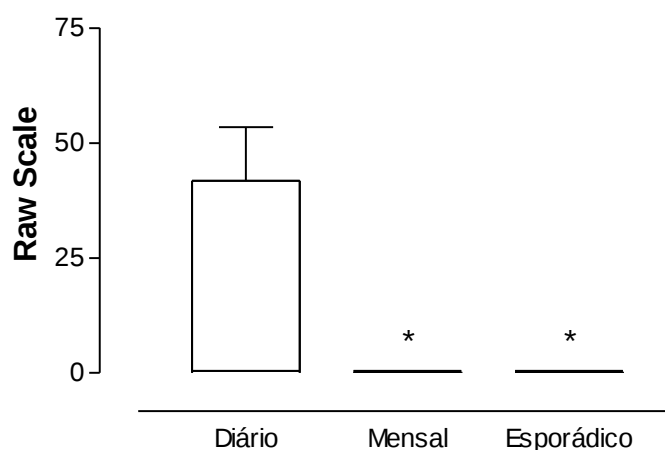


Figura 8. Índice de Limitação Emocional dos grupos Diário, Mensal e Esporádico. * indica diferença significativa em relação ao grupo Diário ($p < 0,05$).

Ao se analisar o índice de Saúde Mental, pode-se observar que os indivíduos do grupo Diário (67 ± 7) não possuem diferença significativa superior ($p = 0,65$) que os dos grupos Mensal (67 ± 9) e Esporádico (59 ± 7) (Figura 9).

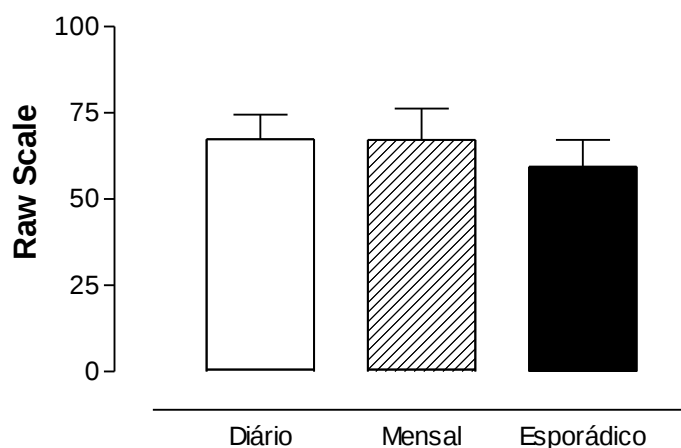


Figura 9. Índice de Saúde Mental dos grupos Diário, Mensal e Esporádico. Não há diferença significativa entre os grupos ($p = 0,65$).

4.3 Grau de Independência para Atividades Diárias

Seguindo o determinado pela escala de KATZ, pode-se observar que 83% dos indivíduos do grupo diário são totalmente independentes (10 do total de 12 sujeitos), possuindo classificação A. Este índice cai para 33% no grupo Mensal (3 do total de 9 sujeitos), e para 27% (2 no total de 7 sujeitos) no grupo Esporádico. Quando se verifica a presença de indivíduos com alto grau de dependência (graus E, F ou G), nota-se que no grupo Diário apenas 1 indivíduo apresenta grau G (8% da amostra), enquanto no grupo Mensal são 5 indivíduos com grau F e 1 com grau G (67% da amostra), e no grupo Esporádico, observa-se 4 com grau F e 1 com grau G (73% da amostra).

5 DISCUSSÃO

O vínculo familiar desempenha ampla influência na vida das pessoas idosas, principalmente quando elas se deparam com a dependência de cuidados de outros membros. Constatou-se, na trajetória deste trabalho, a satisfação e a consolação dos idosos quando se trata de membros que compõem a família para o seu convívio diário e cuidados. Em todas as etapas da vida, a família desempenha importância fundamental no revigoramento dos vínculos, apresentando para o idoso um laço que influencia expressivamente em sua segurança emocional.

A subjetividade dos membros familiares faz com que se constituam limites entre eles, contidos no respeito, assegurando a autonomia individual. Conforme Petrin⁽³⁶⁾ a realidade individualizada compartilha o papel social que a família exerce, por meio das demonstrações de afeto, emoções e sentimentos. O atributo da individualidade é um aspecto relevante na família demonstrada pela liberdade de optar, de abraçar um porte e de ter decisão. Conforme Coutrim⁽³⁷⁾ “É o idoso se permitindo a escolher o convívio com a família consanguínea ou com a família por afinidade”.

Baltes e Silverberg⁽³⁸⁾ explicam que a dependência, na velhice, é decorrência de mudanças advindas ao longo do percurso de vida e crescem que elas envolvem desde as mudanças biológicas até as modificações determinadas pelo meio social. As autoras distinguem a dependência em três categorias: a dependência estruturada, decorrente da ocorrência cultural que confere valor ao homem em função do que e ao mesmo tempo em que produz. A dependência física que provém da incapacidade funcional, ou seja, ausência de condições para realizar as tarefas da vida diária. Enfim, a dependência comportamental, que é socialmente instigada, pois sucede do ajuizamento e das ações de outros. Atribuímos à circunstância em que uma pessoa é avaliada incapaz para realizar suas tarefas. Perante esta avaliação, alguém sempre incube a função de praticá-la em seu lugar, mesmo que não exista necessidade ou que a própria pessoa não o almeje ⁽³⁵⁾.

Saúde física e mental: condição indispensável para o envelhecimento com qualidade.

No transcorrer do processo de envelhecimento, sucedem alterações funcionais nos sistemas orgânicos, apuradas geneticamente e induzidas pelo contexto social, ambiental e de saúde, as quais podem afetar a capacidade funcional e psicológica, aumentando a fragilidade do ente que envelhece.

Capacidade Funcional, ainda que a maior parte dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica⁽³⁹⁾, muitos não ficam limitados por essas doenças, e outros levam vida plenamente normal, com as suas doenças controladas e demonstram contentamento na vida. A atenção e o cuidado aos idosos demonstram que se tem um potencial ilimitado e domínios para aprimorar o modo de viver. A capacidade funcional mostra-se, como um novo modelo de saúde, especificamente pertinente para o idoso^(40, 41). Neste sentido, o presente trabalho demonstrou que quanto maior a frequência de contato com a família maior a capacidade funcional e menor as limitações físicas do idoso (Figura 2; Figura 3). Envelhecimento saudável, dentro desse novo enfoque, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária integração social, suporte familiar e independência econômica.

A independência na realização das AVD é de ampla importância na vida das pessoas, pois abrangem fatores de natureza emocional, física e social independentemente da idade, a dependência pode modificar a dinâmica familiar, os papéis desempenhados pelos seus entes, intervindo nas relações e na boa disposição da pessoa dependente e dos seus familiares. Este estudo reforça tal conceito, uma vez que, demonstrou que quanto maior a frequência de contato com a família menor o grau de dependência para realização de atividades rotineiras.

No momento atual, está demonstrada que quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações físicas ela tem⁽⁴²⁾. Em meio aos numerosos benefícios que a prática de exercícios físicos proporciona, um dos fundamentais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, sobretudo nos idosos.

Nesta apresentação da parcialidade dos resultados do estudo, demonstrando evidência para classificação da frequência de contato familiar na

qualidade de vida e independência para atividades de vida diária em idosos, discutindo as principais decorrências para esse contato familiar.

A dor tradicional faz parte de um mecanismo de aviso do corpo. Ela nos indica que algo está nos afetando; força-nos a busca de ajuda; nos retém quando estamos agravados, de modo que possa ocasionar a cura ⁽⁴³⁾. Por ser a dor uma sensibilidade particular e individual, é difícil discernir com precisão a dor do outro. Portanto pela diversidade das experiências dolorosas, explana-se porque tem sido utópico, até hoje em dia, obter uma definição determinante e aceitável da dor.

Entende-se que numa metodologia de busca de informações seguras sobre a dor aceite a utilização de instrumentos que permitam tanto a conferir aspectos da amplitude como de outras grandezas da dor, bem como seus fundamentais indicadores. De acordo com esta visão enfatiza com os resultados obtidos neste trabalho.

Considerando as respostas dos grupos apresentados no presente trabalho, os dados revelam a percepção de dor dos indivíduos do grupo que possuem contato frequente é significativamente menos intensa (Figura 4).

Ampla número de pessoas com 60 anos ou mais é composto de portadores de diversas doenças existentes ou co-morbididades, em sua maior parte de característica crônica, não contagiosa, ligadas ou não aos limites de funções decorrentes dessas ou de suas consequências. Deste modo, é primordial compreender o grau de dificuldade que diferentes doenças causam para o desempenho das atividades habituais dos idosos e, neste tempo, identificarem quais as necessidades assistenciais que elas precisam, para que se possa criar um planejamento assistencial mais apropriado ⁽⁴⁴⁾. Ficando evidenciado neste trabalho que o estudo realizado observou que os indivíduos dos grupos possuem índice significativamente superior reforçando assim a frequência de contato com a família, em relação ao estado geral de saúde, conforme (Figura 5).

No domínio relativo à vitalidade, os dados demonstram que não há diferença significativa entre os grupos conforme o gráfico 6 o que parece coerente uma vez que quanto maior a vitalidade confirmada pelos idosos na prática de atividades diárias de vida, mais perfeito será seu estado geral de

saúde. Uma melhor qualidade de vida está vinculada à prática de atividades físicas e à seriedade da criação de ações esquematizadas, pelos múltiplos segmentos sociais, na procura do envelhecimento saudável ⁽⁴⁵⁾. Os resultados apresentados neste trabalho também confirmam que vitalidade não difere em relação ao contato familiar.

O ser humano pode ser qualificado mais velho conforme seu comportamento perante a uma postura que a sociedade tem como expectativa para sua idade. O envelhecimento social gera mudanças de papéis sociais, que a sociedade a espera de um idoso em seu comportamento.

Um dos meios mais importantes para o reforço das relações se localiza na família, mesmo que determinadas pessoas apresentam resistências em aceitar o envelhecimento de um ente da família. Contudo o relacionamento fica mais complexo, os filhos ficam com prioridade nas decisões; os filhos passam a cuidar dos pais, gerando assim influências na convivência da família, pois os filhos não notam a necessidade que os pais têm em opinar e também ouvidos ⁽⁴⁵⁾.

Ao mesmo tempo em que o cuidado depende do indivíduo, ele também tem uma dimensão que escapa à boa vontade consciente, pois passa pelo econômico, pelo inconsciente, pelas produções capitalistas de subjetividade com o corpo. O cuidado é também resultante dos equipamentos coletivos que produzem subjetividade, e o sujeito, quando fala do cuidado, fala também do seu salário, de sua família, dos seus sentimentos e dos seus desejos ⁽⁴⁶⁾.

O resultado indicou diferença significativa (Fig.7) em relação ao grupo diário em relação ao grupo esporádico, confirmando assim os estudos deste trabalho.

Não são as emoções em si que ocasionam problemas. Os problemas são ocasionados enquanto contemos as emoções ao longo de horas, dias ou até durante anos ⁽⁴⁴⁾. O ser humano possui sentimentos e é a sua competência de abranger, de sensibilizar e de ser sensibilizado por outro, que o faz humano. Este sentimento, que se chama cuidado e se posiciona na lógica do afeto ⁽⁴⁵⁾. O cuidado se dá num elo afetivo, e envolve o modo de ser do ser humano, em seus elos afetuosos ⁽⁴⁶⁾.

Neste trabalho constatou que no aspecto limitação emocional, que os indivíduos do grupo Mensal e Esporádico indicam diferença significativa em relação ao grupo Diário (Fig. 8).

Na década de 1970, estudiosos iniciam com atenção especial ao contexto social, a iniciar da pressuposição de que existia certos aspectos do ambiente social capazes de causar efeitos sobre um hospedeiro suscetível a agentes de doenças. Os estudos começam a sugerir a existência de uma relação dentre redes constituídas por laços sociais, relações com parentes e amigos e a promoção de saúde, a proteção contra doenças, e mesmo com o aumento da sobrevivência em indivíduos. As averiguações neste domínio admitem que a presença ou ausência de redes constituídas por laços sociais e de relações com parentes e amigos implicam na saúde dos indivíduos ⁽⁴⁷⁾.

Muitos estudos, específicos com idosos, sobre o efeito protetor das redes sociais sobre sintomas depressivos ⁽⁴⁸⁾ e outros, apontam que o suporte social pode suavizar o efeito da incapacidade funcional dos idosos em quadros depressivos ⁽⁴⁹⁾. Outros estudos demonstram altos escores de satisfação com a vida e melhor estado de saúde na auto-avaliação de idosos – importantes preditores de mortalidade – com a frequência de contatos com irmãos ⁽⁵⁰⁾ e com outros familiares e amigos ⁽⁵¹⁾. Na população de idosos tem-se verificado a associação positiva entre redes sociais formadas por grande número de amigos e escores de estado de ânimo ⁽⁵²⁾ e de autoestima ⁽⁵³⁾.

Outro conceito subjacente às redes sociais de apoio é a norma da solidariedade nas relações próximas, conforme as localizadas entre membros de uma família. A norma da reciprocidade e da solidariedade está retratada no compromisso das pessoas com entes queridos, embora o custo ou do que vai retornar a elas ^(54,55).

Portanto justificam os resultados apresentados na (Fig.9), a qual indica que não há diferença significativa entre os grupos Diário, Mensal e Esporádico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional brasileiro é uma realidade que se apresenta visível e progressivo. A família como o maior pilar de apoio para todos os seus entes, principalmente aos idosos, é vital a importância de se estabelecer este contato, para respaldar a conservação da família enquanto parte fundamental provedora de cuidados ao idoso, sendo independente, dependente, frágil ou não.

REFERÊNCIAS

- 1) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2009. [Citado em 17 abr 2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores_minimos/sinteseindicsoais2009/indic_sociais2009.pdf.
- 2) Simões C. Curso de direito do serviço social. São Paulo: Cortez; 2007.
- 3) Brasil. Estatuto do Idoso Lei n.º 10.741, DE 1º de outubro de 2003. Art.3º Estatuto do Idoso. Dispõe sobre o estatuto do idoso e das outras providências. 2007. [citado em 11 Nov 2014]. Disponível em: <http://www.unisa.br/imagens/Manual-Trabalhos-Academicos-05032015.pdf>.
- 4) Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cadernos de Saúde Pública. 2003; 19 (3): 861-866.
- 5) Medina MCG, Sairassu MM, Goldfeder MC. Das incapacidades e do acidente vascular cerebral. In U. M. Karsch (Org.), Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: Educ; 1998:199-214.
- 6) Neri AL, Carvalho VAMLE. O Bem-estar do cuidador: Aspectos Psicossociais. In: Freitas EV, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM Rio De Janeiro: Guanabara Koogan; 2002: 778-790.
- 7) Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública. 2003; 19 (3): 773-781.
- 8) Palácios J., Coll C., Marchesi A. Desenvolvimento psicológico e educação. 2. ed. Porto Alegre : Artmed; 2004. v.2.
- 9) Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf; 2003.
- 10) Brêtas ACP. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. Rev. Bras. Enfermagem. 2003; 56 (3): 298-301.

11) ASSIS, Mônica de. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, Assuero Luiz. Saúde do idoso: a arte de cuidar. Assuero Luiz Saldanha, Célia Pereira Caldas (orgs.). 2ª. ed. Rio de Janeiro : Interciência; 2004.

12) Parahyba MI. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2006 ; Caxambu. Caxambu: ABEP; [citado em 13 Mar 2015]. Disponível em: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BRASIL015_Desigualdade_sgenero.pdf

13) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. 2003 [citado em 17 Abr 2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf

14) Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil, Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2006 [citado em 13 Mar 2015]; 11(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400018&lng=pt&nrm=iso&userID=-2.

15) Veras RP, Ramos, RL, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequência as na sociedade. Rev.SaúdePúblca. 1987; 21(3):225-33.

16) Nóbrega ACL. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde do idoso. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. 1999; 5(6): 207-211.

17) Ueno LMA. A influência da atividade física na capacidade funcional: envelhecimento. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. 1999; 4(2): 57-68.

18) Vale RGS. Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia e qualidade de vida de mulheres senescentes. [dissertação]. Rio de Janeiro : Universidade Castelo Branco, 2004.

19) Seidl EMF, Zannon CML. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro, Brasil, Caderno Saúde Pública. 2004 [citado em 13 Mar 2015]; 20(2): 580-588. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000200&pid=S0101-3289201100040001100029&lng=pt.

20) Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Rio de Janeiro, Brasil, Ciênc. Saúde Coletiva. 2000 [citado em 10 Jan 2015]; 5(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_arttext

21) Gonçalves A, Vilarta R. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: Gonçalves A, Vilarta R. Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole; 2004: 3-25.

22) Heikkinen RL. O papel da atividade física no envelhecimento saudável. Santa Catarina : UFSC; 2005.

23) OMS Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL. 1998. [citado em 11 Nov 2014]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>.

24) Pelzer MT, Fernandes MR. Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência. Texto Contexto Enferm. 1997; 6: 339-44.

25) Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

26) Leitão GC, Almeida DT. O cuidador e sua qualidade de vida. Acta Paul Enferm. 2000; 13 (1): 80-85.

27) Waldow VR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004.

28) Leite RCBO. O idoso dependente em domicílio [dissertação]. Bahia: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Enfermagem; 1995.

29) Leme LEG, Silva PSCP. O idoso e a família. In: Papaleu Netto M, organizador. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002: 92-97.

30)Creutzberg M. Tratar mais a pessoa idosa, sobre tudo a que está acamada: subsídios para o cuidado domiciliar. Mundo da Saúde. 2000; 24(4): 298-305.

31)Thober E, Creutzberg M, Viegas K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005; 58(4): 438-443.

32)Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36).1999; 39(3): 143-150.

33) Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos, São Paulo. RevEscEnferm USP. 2007 [citado em 11 Nov 2014]; 41(2):317-25. Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/artigos/YEDA%20DUARTE%20CLAUDIA%20ANDRADE%20E%20LUCIA%20LEBR%3%83O%20Indice%20de%20Katz%20na%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20funcionalidade%20de%20idosos.pdf>.

34) Ministério da Saúde (Brasil). Estatuto do Idoso. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2009. [citado em 11 Nov 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf

35) Katz S, Stroud III MW. Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions. J AmGeriatr Soc. 1989; 37(3):267-71.

36)Petrini JC. Pós-modernidade e família. Bauru: Edusc; 2003.

37)Coutrim RME. O que os avós ensinam aos netos? A influência da relação intergeracional na educação formal e informal. In: Anais do XIII Congresso Brasileiro de Sociologia,2007; Pernambuco. Pernambuco: GT12: Gerações Entre Solidariedades e Conflitos; [citado em 11 Nov 2014]. Disponível em: file:///C:/Users/GERA/Downloads/sbs2007_gt12_rosa_coutrim.PDF.

38)Baltes MM, Silverberg S. A dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida. In: Neri L. organizador. Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva do curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.

39) Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. São Paulo, Brasil, Rev. Saúde Pública. 1993 [citado em 11 Nov 2014]; 27(2). Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101993000200003&script=sci_arttext.

40) Fillenbaum GG. The Well-Being Of The Elderly: Approaches To Multidimensional Assessment. Geneva: World Health Organization. 1984 [citado em 11 Nov 2014]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO_OFFSET_84.

41) Kane RA, Kane RL. Assessing The Elderly: A Practical Guide To Measurement. New York: LexingtonBooks: 1981. 301p.

42) American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. MedSci Sports Exerc. 1998; 30(6): 992-1008.

43) Oliveira CC, Maugin C, Oliveira ECF, Melo FDP, Silva FCA, Dias FEJ. A dor e o controle do sofrimento, Minas Gerais. Revista de Psicofisiologia. 1997. [citado em 21 Fev 2015]; 1(1): 1-26. Disponível em: <http://labs.icb.ufmg.br/lpf/mono2b.pdf>.

44) Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. SABE-Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003: 185-200.

45) Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física, Alagoas, Brasil. Rev Bras Med Esporte, 2009. [citado em 21 Fev 2015]; 15(3):169-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n3/a01v15n3.pdf>.

46) Pena FB, Santo FHE. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade, Goiás, Brasil. Rev. Eletr. Enf., 2006; 8(1):17-24. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_02.htm.

47) Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance, USA. The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 1976. [Citado em 13 Mar 2015]; 104(2): 107-123. Disponível em:

https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cassel-AmEpid-1976.pdf

48) Palinkas AL, Wingard DL, Barrett-Connor E. The biocultural context of social networks and depression among the elderly. *SocSci Med.* 30, 1990: 442-447.

49) Wallsten SM, Tweed DL, George LK. Disability and depressive symptoms in the elderly: the effects of instrumental support and its subjective appraisal. *Int J Aging Human Development.* 1999: 145-59

50) McCamish-Svensson C, Samuelsson G, Hagberg B, Svensson T, Dehlin O. Social relationships and health as predictors of life satisfaction in advanced old age: results from a Swedish longitudinal study. *Int J Aging and Human Development.* 1999; 301-24.

51) Pinquart M, Sörensen S. Older adults' preferences for informal, formal, and mixed support for future care needs: a comparison of Germany and the United States. *Int J Aging Human Development.* 2002: 291-314.

52) Litwin H. Social network type and morale in old age. *USA .Gerontology .* 2001 [citado em 13 Mar 2015]; 41(4): 516-24. Disponível em: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/41/4/516.long>.

53) Lee GR, Shehan CL. Social relations and the self-esteem of older persons. *USA. Research Aging.* 1989; 11(4): 427-42.

54) Liang J, Krause NM, N.M, Bennett JM. Social exchange and well-being: is giving better than receiving? *Psychology Aging.* 2001; 3: 511-23.

55) Hughes ME, Waite LJ. . Health in household context: living arrangements and health in late middle age. *J Health Soc Behavior,* 2002; 43: 1-21.

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência do Contato Familiar na Qualidade de Vida e Independência para Atividades de Vida Diária em Idosos

Pesquisador: Vera Lúcia Perini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37038914.5.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 888.794

Data da Relatoria: 26/11/2014

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Pesquisa "Influência do Contato Familiar na Qualidade de Vida e Independência para Atividades de Vida Diária em Idosos", da pesquisadora Vera Lúcia Perini, pretende identificar o quanto a assistência familiar na vida de idosos melhora a qualidade de vida e a independência destes idosos. Utiliza alguns instrumentos para coleta de dados, como questionário de Qualificação e Inventário de Qualidade de Vida e os sujeitos da pesquisa serão idosos com idade superior a 60 anos, tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino, com capacidade de compreensão e comunicação suficientes para responder aos questionários.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a influência do contato familiar em parâmetros de qualidade de vida relacionada à saúde e independência para a realização de atividades de vida em idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tal estudo não gerará nenhum risco físico ao sujeito de pesquisa, contudo, existe a mínima possibilidade de causar desconforto emocional, visto que os questionários apesar de objetivos podem evocar memórias desagradáveis. Neste caso o idoso será acolhido pela pesquisadora.

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

CEP: 02.450-000

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

Continuação do Parecer: 888.794

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa adequada ao que foi solicitado anteriormente pelo CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE - Adequado

Projeto - Adequado

Cronograma - Adequado

Folha de Rosto - Assinada

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as solicitações do CEP foram satisfatoriamente atendidas pelas pesquisadora.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 27 de Novembro de 2014

Assinado por:
José Antonio Silveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROTOCOLO: Influência do contato familiar na qualidade de vida e independência para atividades de vida diária em idosos

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar sua participação livre e voluntária no projeto de pesquisa Influência do contato familiar na qualidade de vida e independência para atividades de vida diária em idosos, do Programa de Pós-Graduação (mestrado) em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pela pesquisadora VERA LÚCIA PERINI.

O objetivo desta pesquisa é verificar como o contato familiar, mais ou menos frequente, pode influenciar na qualidade de vida e na realização de atividades básicas rotineiras na vida de idosos.

Para obtermos estas informações, você deverá responder a dois questionários contendo perguntas sobre sua saúde em geral (dores, emoções, disposição para realização de atividades, dificuldade em realizar certas atividades etc). Os questionários serão aplicados pela pesquisadora, agora, ou em outro momento, ou local, conveniente para você.

Não há riscos ou desconfortos previstos para esta pesquisa. Caso você não se sinta a vontade ou não queira responder alguma pergunta, sua liberdade está garantida.

É garantido o Citado, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados parciais da pesquisa, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O pesquisador responsável é Vera Lúcia Perini, que pode ser encontrada na Universidade de Santo Amaro, Campus I, localizada no endereço Rua Prof.

Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP e pelos telefones (11) 994097302 e (11)21418868.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

É garantida sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais, bem como procurar obter indenizações por danos eventuais.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ____/____/____

Vera Lúcia Perini – pesquisadora

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome.

Assinatura

Nome do participante:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Pesquisador Responsável: Vera Lúcia Perini, 994097302

CEP-UNISA: Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP –
Tel.: 2141-8687.

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo Data: / /

Idade: _____ Sexo: _____

Com que frequência você tem contato com algum familiar?

Diariamente()

1 vez por semana ()

A cada quinze dias ()

1 vez ao mês ()

Menos de uma vez ao mês()

Menos de uma vez ao ano ()

Qual o grau de parentesco com este(s) familiar(es) com quem você tem contato mais frequente?

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
--	-----	-----

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você	1	2	3	4	5	6

tem se sentido desanimado ou abatido?						
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO E -

		Data da avaliação: ____/____/____	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.			
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) ☐	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) ☐	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. ☐	
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos			
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. ☐	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. ☐	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. ☐	
Banheiro — a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;			
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) ☐	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. ☐	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. ☐	
Transferência — a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;			
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) ☐	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. ☐	Não sai da cama. ☐	
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;			
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. ☐	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais ☐	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. ☐	
Alimentação — a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.			
Alimenta-se sem assistência. ☐	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. ☐	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. ☐	