

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LARISSA SAYURI SETOGUCHI

INSUFICIÊNCIA FAMILIAR E FRAGILIDADE FÍSICA EM IDOSOS

CURITIBA

2018

LARISSA SAYURI SETOGUCHI

INSUFICIÊNCIA FAMILIAR E FRAGILIDADE FÍSICA EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Linha de Pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Lenardt
Coorientadora: Enf^ª. Dr^ª. Márcia Daniele Seima

CURITIBA

2018

Setoguchi, Larissa Sayuri
Insuficiência familiar e fragilidade física em idosos [recurso eletrônico] / Larissa Sayuri Setoguchi – Curitiba, 2018.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2018.

Orientadora: Professora Dra. Maria Helena Lenardt
Coorientadora: Enfermeira Dra. Márcia Daniele Seima

1. Enfermagem geriátrica. 2. Relações familiares. 3. Idoso fragilizado.
I. Lenardt, Maria Helena. II. Seima, Márcia Daniele. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

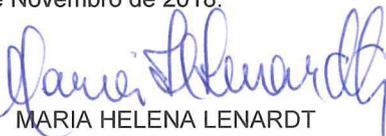
CDD 618.970231

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **LARISSA SAYURI SETOGUCHI**, intitulada: **INSUFICIÊNCIA FAMILIAR E FRAGILIDADE FÍSICA EM IDOSOS**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 30 de Novembro de 2018.


MARIA HELENA LENARDT

Presidente da Banca Examinadora


VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA

Avaliador Interno (UFPR)


SUSANNE ELERO BETIOLLI

Avaliador Externo (UFPR)

RESUMO

Trata-se de estudo do tipo quantitativo transversal e qualitativo descritivo. O estudo objetivou analisar e interpretar a relação entre insuficiência familiar e fragilidade física de idosos usuários de um Ambulatório de Geriatria e Gerontologia da cidade de São José dos Pinhais, estado do Paraná. Participaram do estudo os idosos com idade ≥ 60 anos que aguardavam em sala de espera para consultas agendadas no Ambulatório no período de outubro de 2016 a março de 2017, selecionados por critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão. Na etapa quantitativa a amostra foi definida por cálculo amostral a partir do número de idosos do município, considerado intervalo de confiança de 95% (IC=95%), nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), erro amostral de 5 pontos percentuais. Incluiu-se ao tamanho amostral uma margem de 8% para possíveis perdas ou recusas, o que resultou em uma amostra final de 384 idosos. A fragilidade física foi avaliada segundo o fenótipo da fragilidade e a insuficiência familiar pelo *Adaptation Partnersip Growth Affection Resolve* (APGAR de Família). Os dados foram organizados no programa computacional *Excel® 2007* e analisados no *Statiscal PackAge for Social Sciences versão 22.0*. Foram realizadas análises estatísticas descritivas sendo expressas em médias, desvio padrão, frequências absolutas e relativas. A análise univariada foi realizada por meio do teste de *qui-quadrado* com nível de significância estatístico de $p \leq 0,05$. A etapa qualitativa foi desenvolvida com 15 idosos selecionados a partir dos resultados obtidos na etapa quantitativa, definida como uma segunda etapa de coleta de dados, efetivada mediante entrevista semi-estruturada. O quantitativo amostral de 15 idosos foi estabelecido na presença da saturação das informações necessárias aos objetivos do estudo. As análises das entrevistas foram efetivadas segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e alicerçadas na filosofia existencialista de Gabriel Marcel. O estudo integra um projeto de pesquisa temático, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob parecer CEP/SD 1.755.394. Na etapa quantitativa, dos 384 idosos avaliados, 54 (14,1%) foram considerados frágeis, 212 (55,2%) pré-frágeis e 118 (30,7%) não-frágeis, 62 (16,1%) apresentaram elevada disfunção familiar, 36 (9,4%) moderada disfunção familiar e 286 (74,5%) boa funcionalidade familiar. A pontuação média total dos idosos no APGAR de Família foi de 7,79 ($\pm 2,94$) pontos, o domínio "companheirismo", foi o que apresentou a menor média de pontuação entre os frágeis 1,33 ($\pm 0,82$) pontos e não-frágeis 1,47 ($\pm 0,78$) pontos. Em todas as classificações de fragilidade a maior média observada foi no domínio "adaptação". O marcador de fragilidade "fadiga/exaustão" associou-se à insuficiência familiar ($p=0,001$). A relação entre fragilidade física e insuficiência familiar não foi significativa ($p=0,344$), entretanto observou-se que o percentual de frágeis entre os idosos com elevada disfunção familiar (22,2%) e moderada disfunção familiar (19,4%) é maior que o observado entre os idosos com boa funcionalidade familiar (12,2%). Dos dados qualitativos emergiram quatro ideias centrais: "Eu cuido da minha família e cuido de mim mesmo", "Hoje cada um tem a sua vida e falta tempo para eles cuidarem de mim", "Eu tenho esperança que alguém cuidará de mim" e "Eu sinto falta da presença da minha família e me sinto sozinho". A relação entre o idoso e sua família não é recíproca. O idoso expressa sentimentos de presença, amor e participação para os filhos e não com os filhos. Esses resultados contribuem para a prática clínica da enfermagem gerontológica, ao suscitar os assuntos a serem abordados na avaliação da insuficiência familiar, a qual deve ser investigada concomitante à avaliação da fragilidade física. A presença

simultânea das síndromes indica alerta para a evolução ou agravamento da fragilidade física e, conseqüentemente, exacerbação da insuficiência familiar. Os profissionais de enfermagem devem ter olhar atento para atuar na gestão da fragilidade e explorar a dimensão existencial do idoso e seus familiares e promover o constante diálogo e abertura com o outro.

Palavras-chave: Enfermagem geriátrica; Relações familiares; Idoso fragilizado.

ABSTRACT

This is a cross-sectional quantitative study and qualitative and descriptive. This study aimed to analyse and to interpret the relation between family insufficiency and physical frailty of elderly in a Geriatrics and Gerontology Ambulatory of São José dos Pinhais/PR (Brazil). Elderly patients aged ≥ 60 years who attended the scheduled appointments at the Ambulatory at period of October 2016 to March 2017 and who were selected by pre-established inclusion and exclusion criteria participated in the study. In the quantitative phase the sample consisted of 384 elders, based on the calculation of the representative sample of the elderly population of the city. The physical frailty was evaluated by frailty phenotype and the family insufficiency by the Adaptation Partnership Growth Affection Resolve (Family APGAR). Data were organized at **Excel® 2007 and analysed on Stata Statistical Software for Social Sciences 12.0** version by descriptive statistics absolute frequency distribution and percentage, average and standard deviation. Univariate analyzes were performed using the chi-square test, with a statistical significance level of $p \leq 0,05$. **The qualitative phase was** conducted with 15 elderly selected from data obtained at quantitative phase, defined as a second phase of data/information collection, conducted with interviews with a semistructured script written by the saturation of information necessary for the purpose of the study. The interviews were transcribed and analyzed according to the Collective Subject Discourse and grounded at existentialist philosophy of Gabriel Marcel. The study integrates a thematic research project entitled Physical Frailty and Geriatric Syndromes in the Elderly, approved by the Ethics Committee on Research in Human Beings of the Health Sciences Sector of the Federal University of Paraná, under the advice CEP/SD 1.755.394. At the quantitative phase, from the 384 evaluated elderly 54 (14,1%) were frail, 212 (55,2%) prefrail and 118 (30,7%) nonfrail, 62 (16,1%) showed severely family disfunction, 36 (9,4%) moderately family disfunction e 286 (74,5%) good family function. The average score on **Family APGAR was 7,79 ($\pm 2,94$)** points, the component "partnership" showed the lower average score between frails **1,33 ($\pm 0,82$)** points and nonfrails **1,47 ($\pm 0,78$)** points. At all the frailty ranking the higher average score was on the component "adaptation". The component **"fatigue/exhaustion" associated with family insufficiency** ($p=0,001$). There was no significance in the association between physical frailty and family insufficiency ($p=0,344$), however it was observed that the percentage of frails between elderly with highly family disfunction (22,2%) and moderately family disfunction (19,4%) is higher than the percentage observed between the elderly with good family function (12,2%). Four central ideas emerged from the qualitative data: **"I take care of my family and of myself"**, **"nowadays which one have your life and there was no time to them take care of me"**, **"I hope that someone will take care of me"** e **"I miss the presence of my family and I feel alone"**. The relationship between elderly and his family is not reciprocal. The elderly express feelings of presence, love and participation *to* their sons and not *with* them. Those results contribute to the gerontological nursing clinical practice, when they arouse the issues that will be approached on the family insufficiency's evaluation, which must be investigated concomitantly with the physical frailty's evaluation. The simultaneous presence of the two syndromes indicates alert for the physical frailty's evolution or aggravation, consequently, family insufficiency's exacerbation. Nursing professionals must pay attention to act on the frailty prevention and to explore the elderly and their families's existential dimension in order to promote the dialogue and open with the other.

Keywords: Geriatric nursing; Family relations; Frail elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	– HIPÓTESES DE MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS COMPARTILHADOS ENTRE O CICLO DA FRAGILIDADE.....	20
QUADRO 1	– ESTRATÉGIA DE BUSCA DA REVISÃO INTEGRATIVA NAS BASES DE DADOS SELECIONADAS PARA A INVESTIGAÇÃO.....	24
FIGURA 2	– FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS DO CORPUS DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	26
TABELA 1	– SUMARIZAÇÃO DOS ESTUDOS DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	28
GRÁFICO 1	– DISTRIBUIÇÃO DO QUANTITATIVO DE ARTIGOS DE ACORDO COM O ANO DE PUBLICAÇÃO.....	32
FIGURA 3	– O PROCESSO DE <i>ENRICHMENT</i> NO CUIDADO FAMILIAR A INDIVÍDUOS IDOSOS FRÁGEIS.....	38
FIGURA 4	– MODELO CONCEITUAL DA TROCA IMPLÍCITA NO PROCESSO DE CUIDADO.....	41
MAPA 1	– LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA.....	47
MAPA 2	– LOCALIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS.....	48
FIGURA 5	– FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DOS IDOSOS DA APS PARA O AGG.....	49
FIGURA 6	– FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	53
FIGURA 7	– POSICIONAMENTO DE AFERIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO MANUAL RECOMENDADA PELA <i>AMERICAN SOCIETY OF HAND THERAPISTS</i>	56
QUADRO 2	– VARIÁVEIS DE AJUSTE PARA A IDENTIFICAÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO MANUAL DIMINUÍDA DOS IDOSOS, SEGUNDO O SEXO E QUARTIS DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC).....	56
FIGURA 8	– TESTE DE VELOCIDADE DA MARCHA.....	57

QUADRO 3	– VARIÁVEIS DE AJUSTE PARA A IDENTIFICAÇÃO DA VELOCIDADE DA MARCHA REDUZIDA DOS IDOSOS, SEGUNDO O SEXO E MEDIANA DA ALTURA.....	58
QUADRO 4	– VARIÁVEIS DE AJUSTE PARA A REDUÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS, SEGUNDO O SEXO.....	59
FIGURA 9	– FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE COLETA DE DADOS/INFORMAÇÕES DO ESTUDO.....	61
TABELA 2	– CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS DA AMOSTRA TOTAL.....	65
TABELA 3	– CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS IDOSOS DA AMOSTRA TOTAL.....	67
GRÁFICO 2	– CLASSIFICAÇÃO DOS IDOSOS QUANTO À CONDIÇÃO DE FRAGILIDADE FÍSICA.....	69
GRÁFICO 3	– CLASSIFICAÇÃO DOS IDOSOS QUANTO À AVALIAÇÃO DO APGAR DE FAMÍLIA.....	71
TABELA 4	– ASSOCIAÇÃO ENTRE FRAGILIDADE FÍSICA E FUNCIONALIDADE FAMILIAR.....	73
GRÁFICO 4	– DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS NAS CLASSIFICAÇÕES DO APGAR DE FAMÍLIA E A CONDIÇÃO DE FRAGILIDADE FÍSICA.....	74
TABELA 5	– DISTRIBUIÇÃO DAS PONTUAÇÕES MÉDIAS DOS IDOSOS NOS DOMÍNIOS DO APGAR DE FAMÍLIA POR CLASSIFICAÇÃO DE FRAGILIDADE FÍSICA.....	77
TABELA 6	– ASSOCIAÇÃO ENTRE A FUNCIONALIDADE FAMILIAR E OS MARCADORES DE FRAGILIDADE FÍSICA.....	78
TABELA 7	– CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS DA SUBAMOSTRA.....	81
TABELA 8	– CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS IDOSOS DA SUBAMOSTRA.....	82

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ABVD	–	Atividade Básica da Vida Diária
AGG	–	Ambulatório de Geriatria e Gerontologia
AIVD	–	Atividade Instrumental da Vida Diária
APGAR	–	<i>Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve</i>
APS	–	Atenção Primária à Saúde
AVD	–	Atividade da Vida Diária
BDENF	–	Base de Dados de Enfermagem
BIA	–	<i>Bioelectrical Impedance Analysis</i>
BOAS	–	<i>Brazil Old Age Schedule</i>
CEM	–	Centro de Especialidades Médicas
CEP/SD	–	Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde
CES-D	–	<i>Center for Epidemiological Scale - Depression</i>
CRAS	–	Centro de Referência de Assistência Social
DeCS	–	Descritor em Ciências da Saúde
DF	–	Disfunção familiar
DSC	–	Discurso do Sujeito Coletivo
ELSA	–	<i>English Longitudinal Study of Aging</i>
EMI-SUS	–	Estudo Multidimensional dos Idosos da Estratégia Saúde da Família
EUA	–	Estados Unidos da América
FACES	–	<i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale</i>
FIBRA	–	Fragilidade em Idosos Brasileiros
FPM	–	Força de Preensão Manual
GMPI	–	Grupo Multiprofissional de Pesquisa Sobre Idosos
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	–	Intervalo de Confiança
IDH	–	Índice de Desenvolvimento Humano
IFC	–	Índice de Frequência de Contatos
IF-Long	–	<i>Index of Family Dynamics for Long-term Care</i>
ILPI	–	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IMC	–	Índice de Massa Corporal
LILACS	–	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE	–	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	–	<i>Medical Subject Headings</i>
MIF	–	Medida de Independência Funcional
NCBI	–	<i>National Library of Medicine and National Institutes of Health</i>
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
OR	–	<i>Odds Ratio</i>
PNAD	–	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	–	Pesquisa Nacional de Saúde
PRISMA	–	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses</i>
QV	–	Qualidade de Vida
RI	–	Revisão Integrativa
RP	–	Razão de Prevalência
SF-36	–	<i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey</i>
SPSS	–	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	–	Teoria Fundamentada nos Dados
UFPR	–	Universidade Federal do Paraná
US	–	Unidade de Saúde
VES-13	–	<i>Vulnerable Elders Survey-13</i>
VM	–	Velocidade da Marcha

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS	32
3.2 DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS	33
3.2.1 A dinâmica familiar e a condição de saúde do idoso.....	33
3.2.2 Elementos presentes no cuidado ao idoso realizado pela família	37
3.2.3 A família contemporânea e o cuidado ao idoso.....	42
3.3 SÍNTESE DOS ESTUDOS	44
4 MATERIAIS E MÉTODO	45
4.1 TIPO DE ESTUDO	45
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
4.3 LOCAL DO ESTUDO	46
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	49
4.5 COLETA DE DADOS/INFORMAÇÕES.....	54
4.6 CONTROLE DE VIESES.....	61
4.7 ANÁLISE DOS DADOS/INFORMAÇÕES	62
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
5.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUANTITATIVA	64
5.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUALITATIVA.....	80
6 CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ETAPA QUANTITATIVA)	128

APÊNDICE 2 - CARTAZ RECRUTAMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA	131
APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	132
APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA	134
APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ETAPA QUALITATIVA)	135
ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	137
ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (EMENDA)	142
ANEXO 3 - OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO	147
ANEXO 4 - <i>VULNERABLE ELDERLY SURVEY-13</i>	148
ANEXO 5 – APGAR DE FAMÍLIA	149
ANEXO 6 - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	150
ANEXO 7 - DINAMÔMETRO HIDRÁULICO JAMAR® E POSICIONAMENTO DE AFERIÇÃO	151
ANEXO 8 - CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO DO DINAMÔMETRO	152
ANEXO 9 - CRONÔMETRO INCONTERM, BALANÇA DIGITAL OMRON HN-289 E ESTADIÔMETRO SANNY	153
ANEXO 10 - FOLHA DE ANOTAÇÃO PARA DADOS ANTROPOMÉTRICOS E DE FRAGILIDADE FÍSICA	154
ANEXO 11 - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FÍSICAS, ESPORTE E LAZER - <i>MINNESOTA LEISURE TIME ACTIVITIES QUESTIONNAIRE</i>	155
ANEXO 12 – AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR DAS RELAÇÕES FAMILIARES ..	157

1 INTRODUÇÃO

O último censo demográfico sobre a população brasileira realizado no ano de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) destacou que o índice de envelhecimento da população aumentou para 44,8% e a expectativa de vida do brasileiro subiu para 73,5 anos. (IBGE, 2010). Esta crescente expectativa de vida tem como consequência negativa a exposição dos indivíduos por um tempo maior a determinadas doenças e fragilidades, que influenciam na qualidade de vida deles, uma vez que essas podem acarretar em um número crescente de indivíduos dependentes e sem autonomia. (AZAMBUJA et al., 2011; CAMARANO; KANSO, 2010).

O envelhecimento saudável é definido pela Organização Mundial de Saúde como "o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que permite o bem-estar em idade avançada". (OMS, 2015, p.14).

Neste contexto, a família desempenha papel importante na assistência ao idoso, sendo, frequentemente, a principal fonte de cuidados. (LIMA-COSTA, 2017). Contar com os cuidados da família é um determinante expressivo para o bem-estar do idoso, esse apoio gera cuidados personalizados e, num amplo sentido, traz mais qualidade de vida. (ARAÚJO et al., 2017).

No entanto, o entendimento de que o melhor lugar para o idoso é junto de sua família desconsidera que esta é uma instituição idealizada. Ao mesmo tempo em que se constitui como um espaço de proteção social, a família também pode ser um ambiente de disputa de poder entre gêneros e gerações. (CAMARANO; MELLO, 2010).

As mudanças socioeconômicas (LEONE; MAIA; BALTAR, 2010), a inserção da mulher no mercado de trabalho, a valorização do individualismo e os conflitos intergeracionais também repercutem na configuração das famílias. Isso compromete sua função e afeta a capacidade de acolhimento ao idoso com menor autonomia e que é dependente de cuidados. (VASCONCELOS; GOMES, 2012; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Estudo que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 buscou descrever a prevalência e fatores sociodemográficos associados ao cuidado informal e remunerado aos idosos brasileiros com limitações funcionais

e que declararam necessitar de **ajuda para realizar atividades da vida diária (AVD)**. Os resultados apontaram que entre os **23.815 idosos (≥ 60 anos)**, **5.978 (25,1%)** informaram receber ou necessitar de ajuda para realizar pelo menos uma AVD. Entretanto, dos idosos que necessitavam de ajuda **5,7% não recebiam** qualquer ajuda e **81,8%** recebiam ajuda unicamente informal, sendo que dos idosos que relataram receber ajuda, **62%** a recebiam de familiar que residia no mesmo domicílio e **35,8%** de familiar que residia em outro domicílio. Os autores concluíram que o cuidado informal é a principal fonte de cuidados a idosos com limitações funcionais. (LIMA-COSTA, 2017).

Estudo da Rede de Pesquisa sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), no município de Campinas/São Paulo, avaliou 671 idosos (≥ 65 anos) da comunidade com o objetivo de **identificar fatores associados à ausência de expectativa de suporte para o cuidado aos idosos da comunidade**. Os resultados apontaram que 370 (55,14%) idosos foram considerados **frágeis ou pré-frágeis**, destes 327 (88,37%) **apresentaram expectativa para o cuidado**. Além disso, o idoso que residia sozinho apresentou três vezes mais chance de não ter essa expectativa presente (OR 3,07; IC95% 1,79-5,28; $p < 0,001$). (OLIVEIRA; NERI; D'ELBOUX, 2016).

À vista disso, junto ao aumento da população de idosos dependentes de cuidados, observa-se um modelo familiar nem sempre capaz de lidar com tal situação. (OMS, 2015). Nessas circunstâncias encontram-se famílias sem condições psicológicas, sociais, e até mesmo com déficit de recursos financeiros ou humanos para cuidar de seu familiar idoso, e como consequência ele fica exposto aos mais diversos acometimentos e morbidades.

O conceito de **insuficiência familiar** é considerado um termo recente e que assume características de uma síndrome geriátrica. (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). As síndromes geriátricas descrevem "condições multifatoriais que compartilham fatores de risco comuns entre os idosos, sustentando a ideia de um mecanismo fisiopatológico também compartilhado". (INOUE et al., 2007, p.10).

As grandes síndromes geriátricas, também conhecidas como os Gigantes da Geriatria, descritas pela primeira vez por Isaacs em 1969, compreendiam a instabilidade postural, **insuficiência cognitiva**, **incontinência esfinteriana**, **imobilidade** e **iatrogenia**. Recentemente, foram incluídas a

incapacidade comunicativa e a **insuficiência familiar**, e a esse conjunto de **síndromes** denomina-se **os 7 "is" da geriatria/gerontologia**. Segundo Moraes, Marino e Santos (2010), a **inclusão dessas últimas** deve ser considerada, pois **são síndromes frequentes e que atuam de forma direta na saúde física e psicológica do idoso**.

Uma revisão da literatura objetivou identificar os atributos do conceito de **insuficiência familiar na pessoa idosa**. O *corpus* de análise totalizou 23 estudos nacionais e internacionais, que foram publicados entre os anos de 2001 a 2013. Os resultados mostram que o **conceito de insuficiência familiar no idoso é definido pelo baixo apoio social e familiar e pelo vínculo familiar prejudicado**. Os elementos determinantes que, de alguma forma, influenciam no estabelecimento da síndrome foram elencados em quatro categorias: **transformações contemporâneas no sistema familiar; conflitos intergeracionais; comprometimento das relações familiares e vulnerabilidade social da família**. As consequências para os idosos foram: **vulnerabilidade social; declínio da saúde psicológica; declínio funcional; menor qualidade de vida e envelhecimento mal sucedido**. (SOUZA et al., 2015).

A **insuficiência familiar é definida como a "perda da capacidade da família de prover os cuidados, dar apoio e suporte ao idoso, por ausência de família ou por falta de condições"**. (MORAES; MORAES, 2016, p.13).

Os autores *op cit.* ressaltam que existe uma diferença importante entre **insuficiência familiar e negligência, abandono ou violência contra o idoso**. Muitas vezes a família que convive com um idoso frágil ou dependente no domicílio conhece as necessidades de cuidado que ele demanda, porém não reúne **condições** financeiras, emocionais ou recursos humanos suficientes para cuidar adequadamente. (MORAES; MORAES, 2016).

Constata-se que o **conceito de insuficiência familiar ainda não está totalmente elucidado na literatura**. No entanto, alguns estudos que abordam as **relações familiares no contexto do idoso apontam para a associação entre insuficiência familiar e o estado de saúde física e psicológica dessa população**. (RABELO; NERI, 2016; VERA et al., 2015a; VERA et al., 2015b).

Outro conceito relevante, no âmbito de investigações acerca das relações familiares, é o da **funcionalidade familiar, por ser reconhecida como uma variável preditora de um envelhecimento saudável**. (OMS, 2015). Ela pode ser entendida

como a "capacidade da família para canalizar recursos internos e externos para a solução de seus problemas materiais, instrumentais e afetivos e para compartilhar decisões, responsabilidades, orientação e apoio mútuo". (RABELO; NERI, 2015a, p.508).

Entende-se que os **prejuízos na funcionalidade familiar podem interferir significativamente nas demandas de saúde do idoso, com efeitos deletérios sobre sua independência, autonomia, qualidade de vida, saúde física e mental.** (RABELO; NERI, 2015a; RABELO; NERI, 2016; ANDRADE; MARTINS, 2011).

Um dos instrumentos **preconizados pelo Ministério da Saúde para avaliar a funcionalidade familiar é o APGAR de Família, o qual propõe a avaliação sob a ótica de um dos membros da família, independentemente da fase do ciclo de vida.** (SMILKSTEIN, 1978). A **tradução, adaptação transcultural e análise psicométrica foi realizada por Duarte (2001), junto aos idosos de municípios do sudeste do Brasil.**

Estudo epidemiológico realizado em Goiânia/Goiás (Brasil) objetivou identificar fatores associados à funcionalidade familiar de 131 idosos longevos não institucionalizados mediante o APGAR de Família. A disfunção familiar (elevada e moderada) esteve presente em 13 (9,9%) idosos, sendo que a média de pontuação foi de 9,06 pontos ($\pm 2,067$). Associaram-se com a funcionalidade familiar as variáveis: estado civil solteiro ($p=0,003$), nível de escolaridade primária ($p=0,004$), ensino médio ($p=0,004$), residir em ambiente unipessoal ($p=0,026$), ter filhos ($p=0,005$), residir em casa própria ($p=0,044$), saúde autorreferida ruim/péssima ($p=0,022$) e procura pelo serviço de saúde ($p=0,009$). Após a análise multivariada de *Poisson* estiveram associadas à funcionalidade familiar as variáveis: saúde ruim/péssima (RP: 1,33; IC95%: 1,13-1,57), osteoporose (RP: 1,11; IC95%: 1,02-1,21) e quedas (RP: 1,14; IC95%: 1,06-1,23). (VERA et al., 2015b).

O estudo de Silva et al. (2014), com o objetivo avaliar as propriedades **psicométricas do APGAR de Família em uma amostra com 430 idosos de Fortaleza/Ceará (Brasil), concluiu que o instrumento deve ser empregado apenas como *screening* na estimativa da funcionalidade familiar, uma vez que não permite uma avaliação completa do construto. Dessa forma, ao se utilizar o APGAR de Família, os autores recomendam o auxílio de outros instrumentos ou mesmo de outros tipos de avaliação profissional para a fundamentação e**

implementação de intervenções eficazes, relativas à dinâmica de funcionamento familiar, no contexto clínico.

Estudos que desenvolvem a temática das relações familiares no âmbito da saúde do idoso abordam o universo do idoso dependente, muitas vezes referindo-se à condição de dependência como sinônimo de fragilidade no idoso. (WACHHOLZ; SANTOS; WOLF 2013; LIN; WU, 2014; HALL; HARDILL, 2016; KUSABA et al., 2016; HOLRYD-LEDUC et al., 2016).

Para Fried et al. (2004), a fragilidade, comorbidade e incapacidade (dependência) são conceitos distintos. Os pesquisadores consideram a incapacidade funcional como a dificuldade para realizar tarefas essenciais para uma vida independente, as comorbidades como a presença simultânea de duas ou mais doenças em um mesmo indivíduo e, por sua vez, a fragilidade como uma condição que coloca o indivíduo em estado de alta vulnerabilidade para desfechos adversos à saúde, quando exposto a fatores estressores. Tais desfechos incluem incapacidade, dependência, quedas, necessidade de cuidados de longo prazo e mortalidade. (FRIED et al., 2001).

Embora possuam definições distintas, a síndrome da fragilidade, comorbidade e incapacidade funcional no idoso são conceitos que se mostram relacionados. O idoso frágil apresenta menor reserva homeostática e é mais vulnerável a reações adversas às drogas, aos procedimentos médicos invasivos e internamentos. Logo, fragilidade e comorbidades atuam como preditores de incapacidade. Por sua vez, o nível de dependência pode exacerbar a condição de fragilidade e presença de comorbidades. E ainda, as comorbidades podem contribuir para o desenvolvimento da fragilidade. (FRIED et al., 2004).

A condição de fragilidade pode ter caráter físico ou psicológico ou ainda uma combinação dos dois componentes. Em 2012, o evento *Frailty Consensus Conference* realizado em Orlando/Flórida (EUA) reuniu diversos especialistas na área de geriatria e gerontologia com o intuito de deliberar uma definição operacional de fragilidade e determinar aspectos de triagem e tratamento da síndrome, bem como de identificação da população que deveria ser triada. (MORLEY et al., 2013). Nessa conferência, o grupo de estudiosos acrescentou à fragilidade o termo “física” e a definiu como "uma síndrome médica com múltiplas causas e contributos, que se caracteriza pela diminuição da força, resistência e reduzida função fisiológica, que aumenta a vulnerabilidade do

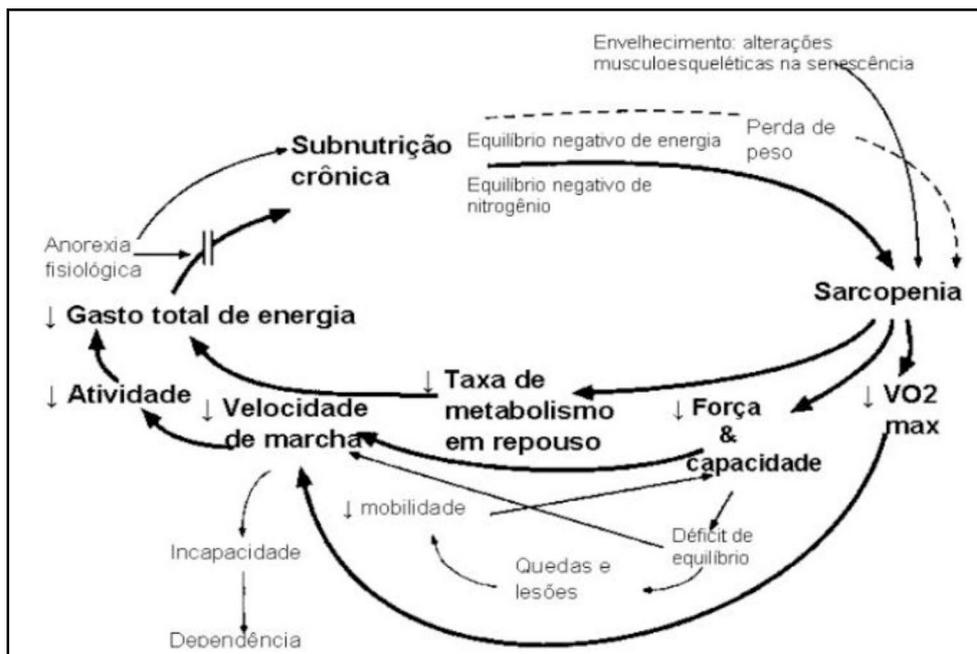
indivíduo para desenvolver maior dependência e/ou morte". (MORLEY et al., 2013, p.393).

Essa linha da fragilidade utiliza para avaliação e diagnóstico o fenótipo de Fried et al. (2001), composto por cinco componentes biológicos mensuráveis: redução da velocidade da marcha, redução da força de preensão manual, perda de peso não intencional, diminuição do nível de atividade física e fadiga/exaustão. Os marcadores estão relacionados às principais apresentações clínicas da fragilidade. O idoso que apresentar três ou mais desses componentes é considerado frágil, aquele que apresentar um ou dois critérios encontra-se em estágio prévio à síndrome (pré-fragilidade), e aquele que não apresentar nenhum dos componentes citados é considerado não frágil.

A fisiopatologia da fragilidade física envolve o comprometimento de sistemas adaptativos que garantem a homeostase em situações estressoras. (FRIED, 2016). Disfunções nos mecanismos de resiliência fisiológica podem ser explicados por meio da hipótese do ciclo da fragilidade, proposta que afirma haver uma interação sinérgica entre os componentes do fenótipo, resultando em balanço energético negativo. O ciclo pode ser analisado a partir de qualquer um dos elementos, pois não há um ponto inicial pré-determinado. (FRIED et al., 2001).

No ciclo da fragilidade (FIGURA 1) observa-se que, embora seu início possa ocorrer em qualquer ponto, este possui apenas um ponto de saída: o da incapacidade, que pode levar o idoso à condição de dependência, a partir da qual pode-se evidenciar a insuficiência familiar, conforme exposto anteriormente.

FIGURA 1 - HIPÓTESES DE MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS COMPARTILHADOS ENTRE O CICLO DA FRAGILIDADE



FONTE: Traduzido de FRIED et al. (2001)

As investigações acerca da síndrome da fragilidade física a partir do fenótipo apresentam ascendência de publicações ao longo dos anos. Uma revisão sistemática da literatura internacional, apontou 440 estudos que empregaram o fenótipo da fragilidade, sendo esse o instrumento mais utilizado para avaliação da síndrome. (BUTA et al., 2016).

No Brasil, estudo da Rede FIBRA avaliou 5.532 idosos (≥ 65 anos) da comunidade em 14 municípios: Barueri/São Paulo, Belém/Pará, Belo Horizonte/Minas Gerais, Campinas/São Paulo, Cuiabá/Mato Grosso, Ermelindo Matarazzo/São Paulo, Fortaleza/Ceará, Ivoití/Rio Grande do Sul, Juiz de Fora/Minas Gerais, Parnaíba/Piauí, Poços de Caldas/Minas Gerais, Recife/Pernambuco, Ribeirão Preto/São Paulo e Santa Cruz/Rio Grande do Norte. Os resultados apontaram prevalência de 2% de idosos frágeis e 51% de idosos pré-frágeis. (SILVA et al., 2016).

O estudo longitudinal desenvolvido na Espanha, denominado *Toledo Study for Healthy Aging* (TSHA), avaliou 1.645 idosos (≥ 65 anos). Os resultados apontaram prevalência de 24,12% de idosos frágeis e 66,40% de idosos pré-frágeis. (BOUZÓN et al., 2016). Investigação realizada com 495 idosos (≥ 65

anos) em Taiwan encontrou 8,3% de idosos frágeis e 45,9% de idosos pré-frágeis. (CHEN, L.J. et al., 2014).

Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: **qual é a relação entre insuficiência familiar e fragilidade física de idosos usuários de um ambulatório de geriatria e gerontologia, da cidade de São José dos Pinhais, no Paraná?**

Considera-se a temática insuficiência familiar um conteúdo recente, com um déficit significativo de dados estatísticos e estudos sobre a temática na literatura. Ainda, não se conhece os impactos quantitativos e qualitativos da insuficiência familiar na saúde e na vida dos idosos, bem como a relação entre ela e a condição de fragilidade física.

A utilização da integração entre a abordagem quantitativa e qualitativa se fez necessária, pois se trata de temática que envolve aspectos objetivos (pessoais) e subjetivos (relações entre familiares) da existência humana. Para interpretar as relações entre os idosos e os familiares foram utilizados os preceitos filosóficos de Gabriel Honoré Marcel¹.

Considera-se relevante o presente estudo, tendo em vista o envelhecimento crescente da população brasileira e a necessidade de conhecimentos sobre a capacidade da família em prover os cuidados, dar apoio e suporte ao idoso. Os resultados deverão fornecer significativos subsídios para as práticas de enfermagem gerontológica, ao elucidar a relação entre a insuficiência familiar e fragilidade física. Uma vez que, para a área gerontológica, são indispensáveis as práticas baseadas em evidências científicas que geram ações para o atendimento às necessidades de cuidados dos idosos.

¹ Gabriel Honoré Marcel foi um filósofo existencialista e dramaturgo francês. Marcel participou da Cruz Vermelha na Primeira Guerra Mundial. Esse evento exerceu profunda influência em sua obra (tanto filosófica quanto teatral), à medida que passa a refletir sobre o drama da existência, a ambiguidade, a liberdade, o corpo, o ser, a intersubjetividade. (ZILLES, 1995).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar e interpretar a relação entre insuficiência familiar e fragilidade física de idosos usuários de um ambulatório de geriatria e gerontologia da cidade de São José dos Pinhais, estado do Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Caracterizar os idosos quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas;**
- **Classificar os idosos na condição de fragilidade física, pré-fragilidade ou não fragilidade;**
- **Identificar a presença de insuficiência familiar entre os idosos;**
- **Associar a presença de insuficiência familiar à condição de fragilidade física;**
- **Associar os marcadores de fragilidade física à insuficiência familiar;**
- **Conhecer os elementos constitutivos das relações familiares dos idosos com insuficiência familiar;**
- **Interpretar a relação entre presença de insuficiência familiar e condição de fragilidade física no idoso.**

3 REVISÃO DE LITERATURA

A produção da literatura científica acerca da síndrome da insuficiência familiar em idosos é bastante recente, portanto ainda se mostra muito incipiente. Já a fragilidade física, considerada também uma síndrome, tem sido amplamente abordada em investigações e mostra correlação aos diversos fatores clínicos e sociodemográficos.

Para a revisão da literatura foi realizada uma Revisão Integrativa (RI), com o objetivo de identificar a produção científica nacional e internacional acerca das relações familiares em idosos frágeis. Nesta revisão considera-se "relações familiares" como "relações comportamentais, psicológicas e sociais entre os vários membros da família nuclear e da família estendida". (DeCS, 2017). Por sua vez, em razão do déficit de estudos de fragilidade física associados à temática insuficiência familiar, foi necessário ampliar a definição de "idoso frágil", não se restringindo aos fatores físicos. A definição de "idoso frágil", segundo o Descritor em Ciências da Saúde (DeCS, 2017), consta como "adultos velhos ou indivíduos maduros que estão tendo falta de força em geral e são excepcionalmente suscetíveis a doenças ou outras enfermidades".

A RI tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, de maneira ordenada e abrangente, além de contribuir para a construção e/ou aprofundamento do corpo de conhecimento do tema em estudo. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A presente RI foi alicerçada em Whittemore e Knafl (2005), que sugerem cinco etapas:

1ª etapa – Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa. Desse modo, elegeu-se a seguinte questão: **qual é a produção científica nacional e internacional sobre as relações familiares em idosos frágeis?**

2ª etapa – Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e estratégias de busca na literatura. Para tanto, elegeram-se os seguintes critérios de inclusão: a) constar como publicações nas bases de dados selecionadas para o estudo; b) estar disponível na íntegra e livre acesso. c) estar disponível nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídas

publicações sem relação à temática e as repetidas nas bases de dados, sendo mantida a primeira versão encontrada.

Realizaram-se buscas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (NCBI/PubMed). Optou-se pela atemporalidade da busca para maior abrangência da pesquisa. Assim, a investigação compreendeu publicações desde o início da criação das bases de dados até setembro de 2017, mês de realização das buscas.

Elaborou-se estratégias de busca (QUADRO 1), utilizando os operadores booleanos *AND* e *OR*, devido à necessidade de associação entre os descritores relacionados à fragilidade e às relações familiares. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH): *frail elderly* (MeSH); idoso fragilizado (DeCS), *family relations* (MeSH), relações familiares (DeCS), *family* (MeSH); família (DeCS).

QUADRO 1 – ESTRATÉGIA DE BUSCA DA REVISÃO INTEGRATIVA NAS BASES DE DADOS SELECIONADAS PARA A INVESTIGAÇÃO

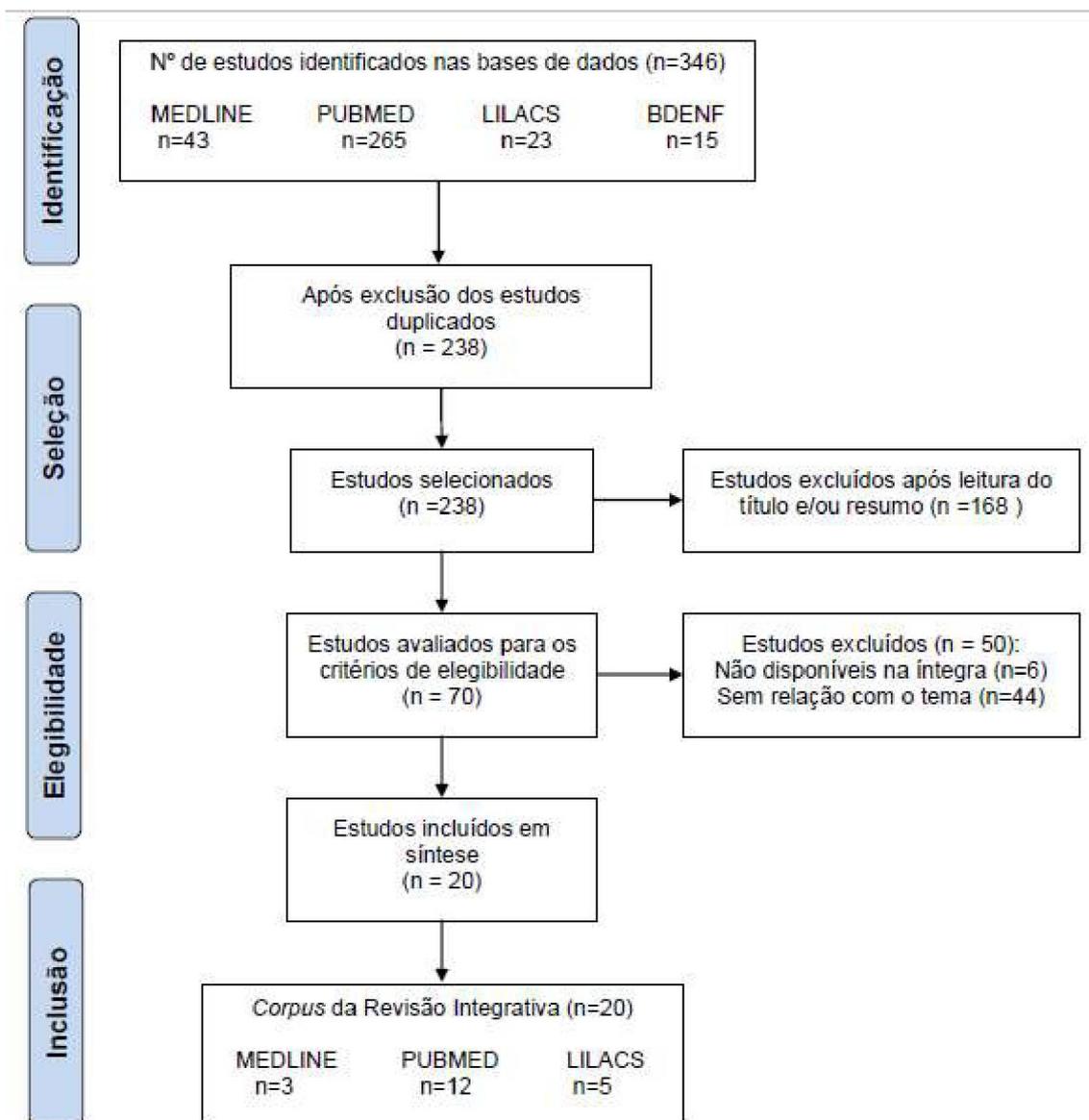
BASE DE DADOS	ESTRATÉGIAS DE BUSCA
PUBMED	("family relations" [MeSH terms] AND "frail elderly" [MeSH terms]) ; (("family relations" [MeSH terms] OR family [MeSH terms]) AND "frail elderly" [MeSH terms])
LILACS	("relações familiares" [DeCS] AND "idoso fragilizado"[DeCS]) ; (("relações familiares" [DeCS] OR família [DeCS]) AND "idoso fragilizado"[DeCS])
MEDLINE	("relações familiares" [DeCS] AND "idoso fragilizado"[DeCS]) ; (("relações familiares" [DeCS] OR família [DeCS]) AND "idoso fragilizado"[DeCS])
BDENF	("relações familiares" [DeCS] AND "idoso fragilizado"[DeCS]) ; (("relações familiares" [DeCS] OR família [DeCS]) AND "idoso fragilizado"[DeCS])

FONTE: A autora (2017).

Para o gerenciamento da bibliografia encontrada utilizou-se o programa computacional *EndNote®*. Os estudos duplicados foram excluídos pelo *software*. Realizou-se a leitura da *preview* dos estudos com os dados sobre autores e ano da publicação, título do estudo, resumo e foram excluídas as publicações que não estavam relacionadas ao tema deste estudo.

A busca inicial resultou em 346 artigos, que preenchiam todos os critérios de inclusão. Excluíram-se 108 publicações duplicadas, sendo selecionados 238 estudos para leitura de título e/ou resumo, dos quais 168 foram excluídos por não apresentarem relação com a temática. Dessa forma, 70 estudos foram avaliados para os critérios de elegibilidade com leitura na íntegra. Desses, seis foram excluídos por não estarem disponíveis na íntegra e livre acesso e 44 estudos por não estarem relacionados à temática. Desse modo, o *corpus* da RI foi composto por 20 artigos (FIGURA 2). A ilustração da seleção dos estudos seguiu o método *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*. (PRISMA, 2009).

FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS DO *CORPUS* DA REVISÃO INTEGRATIVA



FONTE: A autora (2017)

3ª etapa – Avaliação dos dados. Elaborou-se uma planilha, no *software Microsoft Excel® 2007*, com os seguintes campos: título, autor, ano de publicação, periódico, base de dados, idioma, objetivo, método, amostra, principais resultados e conclusões.

4ª etapa – Análise dos dados. Realizou-se a análise dos estudos incluídos na revisão integrativa e interpretação dos resultados.

5ª etapa – Apresentação da revisão integrativa.

As etapas 4 e 5 foram descritas através da análise descritiva da categorização dos estudos e da análise do conteúdo dos artigos, da qual emergiram três categorias: “A dinâmica familiar e a condição de saúde do idoso”, “Elementos presentes no cuidado ao idoso realizado pela família” e “A família contemporânea e o cuidado ao idoso”.

Visualiza-se na Tabela 1 a **sumarização** dos estudos, na qual constam as **informações**: autor, ano **de publicação**, desenho do estudo, objetivo, **critério de fragilidade** para o idoso adotado pelos estudos e **avaliação das relações familiares**.

TABELA 1 - SUMARIZAÇÃO DOS ESTUDOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

Autor(es) e ano	Desenho	Objetivo	Critério de fragilidade para o idoso	Instrumento de avaliação das relações familiares
ABBOTT; STOLLER; ROSE, 2007	Qualitativo descritivo	Descrever o papel das redes informais em prover suporte emocional, ajuda instrumental, avaliação e monitoramento de saúde em idosos homens frágeis.	Possuir características que contribuem para o risco de doenças (baixa educação, baixas condições socioeconômicas, exposição a efeitos cumulativos do racismo e alta prevalência de isolamento social).	-
ARMI; GUILLEY; LALIVE D'EPINAY, 2008	Quantitativo longitudinal	a) avaliar se a quantidade de suporte instrumental fornecido pela família aos idosos longevos e as redes de suporte formal estão ligadas ao estado de saúde dos idosos; b) avaliar em que extensão idosos frágeis e AVD-dependentes ainda ajudam suas famílias; e c) identificar os fatores sociodemográficos que influenciam o suporte fornecido e recebido em idades avançadas.	O idoso foi considerado AVD-dependente se fosse incapaz de realizar sozinho pelo menos uma das cinco atividades do Índice de Katz. A fragilidade foi operacionalizada com base em duas ou mais deficiências em cinco domínios da saúde: sensorialidade, mobilidade, memória, energia e doença física. A AVDs foram combinadas com o indicador de fragilidade para obter a situação de saúde em três categorias: AVD-dependente frágil (AVD-dependente), AVD-independente frágil e AVD-independente não-frágil (robusto).	A rede familiar foi avaliada por questões padronizadas sobre a composição domiciliar (vivendo sozinho ou não), e a existência de irmãos e descendentes vivendo junto (filho, neto, ou bisneto).
BOWLES et al., 2000	Quantitativo transversal	Estimar a prevalência da fragilidade e descrever a correlação entre fragilidade, suporte social da família e da igreja, e o uso de serviços da comunidade.	Possuir quatro condições consideradas as mais comuns entre os idosos e que fossem tratáveis: prejuízos funcionais (Functional Status Questionnaire), depressão (American College of Physicians Subcommittee on Aging task force), incontinência urinária (seis episódios de incontinência auto-relatados nos últimos 12 meses) e quedas (um ou mais episódios de quedas auto-relatados nos últimos 12 meses).	-
CARTWRIGHT et al., 1994	Qualitativa exploratória	Desenvolver uma teoria do cuidado familiar.	Necessitar de auxílio em pelo menos três AVD.	-

Continua

Continuação

CARVALHO, 2009	Revisão	Analisar estratégias familiares para prestar cuidados a pessoas idosas dependentes.	-	-
HOLROYD, 2003	Etnografia	Comparar o contexto do cuidado familiar na China e em Hong Kong.	Idoso com imobilidade física.	-
HSU; SHYU, 2003	Qualitativo descritivo exploratório	Desenvolver um modelo conceitual para explorar as trocas sociais e suas decorrências implícitas a cuidadores em Taiwan.	Idoso com dificuldade para a realização de uma a cinco AVD.	-
IECOVICH, 2016	Quantitativo trasnversal	Avaliar a qualidade da relação entre o idoso disfuncional e seu cuidador informal e cuidador formal.	Idosos com incapacidade funcional.	Escala <i>Dyadic Relationship</i> para avaliar qualidade da relação e ambivalência entre o idoso e ambos cuidadores.
KUSABA et al., 2014	Quantitativo transversal	Validar a escala <i>Index of Family Dynamics for Long-term Care</i> (IF-Long).	Idoso com limitação funcional, avaliada mediante a Medida de Independência Funcional (MIF).	IF-Long composta por perguntas acerca de quatro problemas na relação entre idoso e o cuidador familiar: desengajamento (distância emocional); culpabilização; transferência de problemas através de gerações; e comportamento indesejável (co-dependência).
LIEN; HUANG, 2017	Estudo de caso múltiplo	Explorar as mudanças das famílias intergeracionais no cuidado a idosos frágeis em Taiwan.	Idoso frágil: pessoas com 65 anos ou mais com dificuldade para realizar uma ou mais AVD, avaliadas pelo Índice de Barthel.	-
LYONS et al., 2007	Quantitativo longitudinal	Examinar a mutualidade nos binômio do cuidado ao longo do tempo, e o impacto das mudanças de saúde na qualidade da relação do cuidado.	Idosos com necessidade de assistência em pelo menos uma AVD ou pelo menos duas AIVDs. A saúde física do idoso e do cuidador foi avaliada por um item de auto-relato de saúde física do <i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey</i> (SF-36).	Escala de Mutualidade (15 itens)

Continua

Continuação

NGAN; KWOK, 1992	Qualitativo exploratório	Mensurar o tamanho da rede de cuidado informal ao idoso com incapacidade funcional.	Idoso com incapacidade (incapacidade física, cego, surdo e doente mental).	-
OLIVEIRA; PEDREIRA, 2012	Revisão	Identificar estudos sobre o idoso com incapacidade funcional e correlacioná-los com o tempo ontológico heideggeriano.	Idoso com incapacidade. Utilizou-se os descritores: capacidade ou incapacidade funcional, idoso e acidente cerebrovascular.	-
PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012	Estudo de campo	Identificar mudanças ocorridas nas relações familiares após evento gerador de dependência no idoso, e os possíveis fatores que as causaram.	Idoso dependente para atividades básicas da vida diária (ABVD) (Índice de Barthel) e para atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (relato do cuidador).	-
SALGUEIRO; LOPES, 2010	Quantitativo transversal e correlacional	Analisar o funcionamento da família cuidadora, relacionando o nível de dependência do idoso e a idade dos cuidadores com a dinâmica familiar.	Idoso com pontuação ≥ 5 pontos na ficha de avaliação do nível de dependência, (desempenho do idoso nas ABVD, AIVD, estado mental e nível de funcionamento cognitivo).	<i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III) para avaliar o funcionamento familiar quanto a coesão (laços emocionais que os membros da família têm entre si e que resultam do equilíbrio dinâmico entre as necessidades de individualização-autonomia e as de afiliação-identificação) e a adaptabilidade (capacidade que o sistema familiar tem para mudar a sua estrutura de poder e as regras da relação frente a um estresse/crise natural, relativo ao ciclo vital, ou acidental) familiar.</i>
SPILLMAN; PEZZIN, 2000	Quantitativo retrospectivo documental	Atualizar as estimativas de cuidadores familiares, potenciais e ativos, e examinar mudanças no cuidado familiar informal.	Idoso com incapacidade crônica (para uma ou mais AVD ou AIVD).	-

Continua

Continuação

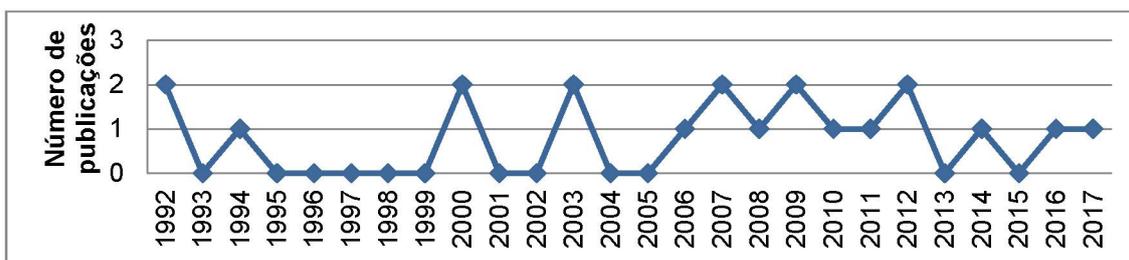
TETZ et al., 2006	Quantitativo transversal	Validar a escala <i>Care Receiver View of Caregiver Role Enactment</i> .	A dificuldade para a realização de AVD foi avaliada mediante a uma adaptação da escala <i>National Health Interview Survey Activities of Daily Living</i> . Utilizou-se a <i>Bradburn Affect Balance Scale</i> para distinguir entre duas dimensões do bem-estar subjetivo (efeito positivo e efeito negativo).	Escala de Mutualidade (15 itens)
TORRES et al., 2009	Quantitativo transversal	Verificar a influência de fatores sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional e dinâmica familiar na qualidade de vida (QV) de idosos dependentes residentes em domicílio em uma cidade do interior da região do Nordeste	Idoso dependente (Índice de Barthel). A QV foi avaliada mediante o instrumento <i>WHOQOL-OLD</i> .	APGAR de Família
VALENÇA; SILVA, 2011	Reflexão	Abordar a temática do olhar sistêmico sobre a família, seu ciclo vital e alterações na sua dinâmica provocada pela dependência e incapacidade funcional de um membro idoso.	Idoso que demanda cuidados de longa duração, ou seja, aquele que experimenta algum tipo de dificuldade para realizar as AVD.	-
VETTER; LEWIS; LLEWELLYN, 1992	Qualitativo descritivo	Avaliar a relação entre a dependência de idosos e a assistência que eles recebem de outras pessoas.	Idoso com necessidade de assistência nas atividades da vida diária (AVD). Aquelas AVD que uma grande proporção de idosos fossem incapaz de realizar foram percebidas como menos severas do que aquelas que apenas poucos idosos fossem incapaz de realizar.	-

FONTE: A autora (2017).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Observa-se no GRÁFICO 1 que as publicações acerca da temática iniciaram no ano de 1992, com duas publicações totalizando o percentual de 10% das publicações, em 1994 houve decréscimo deste percentual (5%), e após esta data observa-se um período de cinco anos com ausência de publicações. O maior quantitativo de publicações foi encontrado na última década (n=12; 60%), embora o número máximo de publicações por ano não tenha sido maior que dois.

GRÁFICO 1- DISTRIBUIÇÃO DO QUANTITATIVO DE ARTIGOS DE ACORDO COM O ANO DE PUBLICAÇÃO.



FONTE: A autora (2017).

O principal idioma de divulgação foi o inglês (n=14; 70%), seguido do português (n=6; 30%). Quanto aos continentes de origem dos estudos, predominou a Ásia (n=7; 35%), seguida da América do Norte (n=5; 25%), América do Sul (n=4; 20%) e Europa (n=4; 20%).

Quanto ao tipo de estudo, predominaram os do tipo quantitativo (n=9; 45%), seguido pelos qualitativos (n=8; 40%), de revisão (n=2; 10%) e de reflexão (n=1; 5%). Dos estudos quantitativos, seis (66,7%) eram transversais, dois (22,2%) longitudinais e um (11,1%) retrospectivo documental. Os estudos de abordagem qualitativa foram denominados pelos autores como: etnográfico (n=1; 12,5%), descritivo exploratório (n=1; 12,5%), estudo de campo (n=1; 12,5%), estudo de caso múltiplo (n=1; 12,5%), descritivo (n=1; 12,5%) e exploratório (n=1; 12,5%).

Quanto aos periódicos de divulgação dos artigos o periódico nacional *Revista Kairós de Gerontologia* e o periódico internacional *Qualitative Health Research* publicaram dois (10%) estudos. Publicaram apenas um (5%) artigo os seguintes periódicos nacionais e internacionais: *Acta Paulista de Enfermagem*,

Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Journal of Aging and Health, Zeitschrift für Gerontologie Und Geriatrie, Journal of Health Care for the Poor and Underserved, Advances in Nursing Science, Journals of Gerontology, Social Sciences, BMC Family Practice, Nursing and Health Sciences, Research in Nursing & Health, International Journal of Rehabilitation Research, The Milbank Quarterly, Journal of Family Nursing, British Medical Journal.

3.2 DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

3.2.1 A dinâmica familiar e a condição de saúde do idoso

A família é o suporte de excelência para realização afetiva e efetiva do indivíduo. Configura-se como uma importante rede informal de apoio ao idoso, constituindo-se como parceira das redes formais de apoio social, sendo apontada como a principal fonte de recursos para o cuidado informal ao idoso. (ABBOTT; STOLLER; ROSE, 2007; BOWLES et al., 2000; CARVALHO, 2009; NGAN; KWOK, 1992; SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Pesquisa realizada em Ohio (EUA) objetivou descrever o papel das redes informais em prover suporte emocional, ajuda instrumental, avaliação e monitoramento de saúde em idosos homens frágeis. Realizaram-se entrevistas com 198 idosos do sexo masculino, ex-veteranos de guerra. Os resultados apontaram que a rede de suporte informal é composta primariamente pelas famílias, com maior frequência dos filhos adultos. Os achados ilustram também o papel da mulher como provedora da maioria do cuidado informal a idosos. (ABBOTT; STOLLER; ROSE, 2007).

Estudo realizado em Gwent e Powys (País de Gales) foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a relação entre a dependência de idosos e assistência que eles recebem de outras pessoas. Participaram do estudo 1.280 idosos (≥ 70 anos). Os resultados apontaram que a proporção de idosos sendo cuidados por uma única pessoa, quase sempre algum familiar, decresceu à medida que aumentou a dependência. Entretanto, a proporção de idosos sendo cuidados por vários familiares e/ou serviços aumentou à medida que aumentou a dependência. Houve, então, uma tendência de que mais pessoas estivessem

envolvidas no cuidado à medida que aumentou o grau de dependência do idoso. Este fato suporta o ponto de vista existente de que a família traz a maioria da contribuição ao cuidado a esses idosos. (VETTER; LEWIS; LLEWELLYN, 1992).

Quando um idoso se torna dependente no domicílio, toda a estrutura familiar sofre mudanças, podendo ser levada ao desequilíbrio das relações existentes dentro dela. (KUSABA et al., 2014; SALGUEIRO; LOPES, 2010; ARMI; GUILLEY; LALIVE D'EPINAY, 2008; TETZ et al., 2006).

Estudo de reflexão teórica desenvolvido no Brasil abordou o olhar sistêmico sobre a família, seu ciclo vital e alterações na sua dinâmica provocada pela dependência e incapacidade funcional de um membro idoso. Os pesquisadores consideram que a família, na maioria das vezes, não se encontra preparada para a responsabilidade do cuidado, culminando em mudanças significativas na estrutura e nos papéis dos seus membros, afetando o "ciclo vital familiar"². Na última fase desse ciclo, a presença de um membro idoso não necessariamente significa repercussões negativas no sistema familiar, mas a condição de dependência deste provoca mudanças na vida do idoso como também na dinâmica familiar. (VALENÇA; SILVA, 2011).

As autoras *op cit.* ressaltam que o profissional de saúde deve buscar compreender o indivíduo idoso nesta última fase do ciclo vital familiar de forma sistêmica, ampliando a sua atuação para além da doença. Ainda, recomendam que contemple todas as relações e interações que envolvem a pessoa idosa e sua família, incluindo esta última como colaboradora ativa no cuidado à pessoa idosa fragilizada, no contexto domiciliar. (VALENÇA; SILVA, 2011).

A revisão da literatura desenvolvida por Carvalho (2009) analisou estratégias familiares para prestar cuidados a pessoas idosas dependentes. Os resultados mostram as características do apoio informal familiar considerando os cuidadores e os cuidados das famílias com idosos em situação de dependência. Os cuidados prestados a idosos por familiares podem ser causadores de sobrecarga física e psíquica relacionada à função de cuidar e tem efeitos tanto

² Etapas vivenciadas pela família numa dimensão temporal, de acordo com alguns critérios (idade dos pais, dos filhos, tempo de união de um casal, entre outros) pelos quais a família passa, desde o início de sua constituição em uma geração até a morte do ou dos indivíduos que a iniciaram. (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

para o cuidador, quanto para o idoso. Além disso, mudanças na família ocorrem quando esta se predispõe a cuidar de uma pessoa idosa dependente.

No Japão foi desenvolvido um estudo observacional transversal multicêntrico, no qual participaram 199 famílias com um cuidador e um idoso com alguma limitação funcional. O objetivo do estudo foi validar uma escala (*Index of Family Dynamics for Long-term Care*) para avaliar quantitativamente a dinâmica familiar relacionada ao cuidado de longa duração a idosos. Os resultados apontaram que maior dependência funcional do idoso impõe maior sobrecarga física e psicológica aos cuidadores e, conseqüentemente, piores dinâmicas familiares se relacionam ao cuidado. Além disso, encontrou-se que o fato de existir um bom relacionamento entre o idoso e o cuidador antes do evento incapacitante estava relacionado com melhor dinâmica familiar. (KUSABA et al., 2014).

Pesquisa realizada na Bahia (Brasil) objetivou identificar mudanças ocorridas nas relações familiares após evento gerador de dependência no idoso, e os possíveis fatores que as causaram. Foram entrevistadas oito cuidadoras familiares de idosos dependentes. As autoras concluíram que mudanças positivas, com estreitamento e manutenção das boas relações familiares estavam presentes em famílias previamente unidas, com vínculos fortes, com melhor renda e conhecimentos prévios sobre técnicas de cuidado. Já as mudanças negativas foram influenciadas pela sobrecarga do cuidador familiar, idoso cuidando de outro idoso e principalmente quando idoso se encontrava submetido ao isolamento social, e sem apoio. (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Estudo realizado com uma amostra constituída por 507 idosos (≥ 60 anos) de Los Angeles (EUA), residentes em comunidades urbanas estimou a prevalência da fragilidade e descreveu a correlação entre fragilidade, suporte social da família e da igreja, e o uso de serviços da comunidade. O percentual de idosos frágeis que relataram sentirem-se próximos da família foi menor quando comparados aos idosos não-frágeis (74% e 83%, respectivamente) esta relação foi estatisticamente significativa ($p=0,02$). Idosos frágeis foram mais prováveis de relatar receber suporte da família do que idosos não frágeis (53% e 48%, respectivamente), porém esta relação não foi significativa ($p=0,21$). Idosos frágeis apresentavam menos probabilidade de relatar sentirem-se próximos de suas famílias (OR=0,59; $p=0,04$). Idosos frágeis eram três vezes

mais prováveis de relatar utilização de serviços comunitários do que idosos não-frágeis (OR=3,15; $p=0,00$). (BOWLES et al., 2000).

Em Évora e Arraiolos (Portugal) o estudo correlacional e transversal, com o objetivo de analisar o funcionamento da família cuidadora, relacionou o nível de dependência do idoso e a idade dos cuidadores à dinâmica familiar. A amostra do tipo intencional foi constituída por 80 idosos (≥ 65 anos) dependentes, e 143 familiares coabitantes. Os cuidadores mais velhos foram os que melhor se adaptaram à situação de dependência do seu familiar. São famílias que, com a saída de casa dos seus filhos jovens adultos, retornaram à dimensão original (dois membros) e tiveram de se adaptar a esta nova situação. Essa adaptação pode ter levado à aquisição de novos mecanismos para enfrentar e lidar com situações adversas, como é a dependência de um dos seus membros. Devido à capacidade de mudança, essas famílias conseguem situar-se e permanecer numa zona equilibrada, tornando-se funcionais. (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Por sua vez, segundo resultados do estudo *op cit.*, todas as famílias nas quais os cuidadores principais pertenciam a grupos etários mais jovens possuíam uma capacidade extremamente elevada de mudança frente à situação geradora de tensão. Em razão disto, estas famílias não conseguem situar-se numa zona equilibrada e não conseguem aí permanecer ao longo do tempo, havendo sempre a necessidade de novas mudanças no sistema familiar, tornando-se disfuncionais. Os autores concluíram que, embora o nível de dependência do idoso não altere a coesão e adaptabilidade familiar, o grupo etário do cuidador pode alterar a dinâmica da família, que passa a conviver com um idoso dependente no domicílio. (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Na cidade de Jequié (Brasil), interior da região do Nordeste, um estudo objetivou verificar a influência de fatores sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional e dinâmica familiar na qualidade de vida (QV) de 117 idosos dependentes. Os resultados mostraram que o comprometimento da dinâmica familiar influencia de maneira negativa a qualidade de vida dos idosos dependentes, uma vez que, quanto mais prejudicada a funcionalidade familiar pior é a qualidade de vida deles. (TORRES et al., 2009).

3.2.2 Elementos presentes no cuidado ao idoso realizado pela família

Outro fator que interfere na forma como o cuidado ao idoso é realizado refere-se à qualidade das relações familiares existentes antes da família vivenciar a doença em um dos seus membros. Da mesma forma, as trajetórias e histórias de vida de cada indivíduo repercutem na relação do cuidado entre o idoso e o cuidador familiar. (KUSABA et al., 2014; CARTWRIGHT et al., 1994; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012; LYONS et al., 2007).

O bem-estar de um membro do binômio do cuidado (idoso e cuidador) está significativamente associado ao bem-estar do outro membro. O idoso frágil e seu familiar cuidador estão alinhados dentro de uma relação que, frequentemente, existe antes de existir a experiência do cuidado. Cuidar de alguém amado pode ser parte integral de muitos relacionamentos ao longo da vida, mas há vezes em que a situação do cuidado domina a relação e anula interações anteriores. (LYONS et al., 2007).

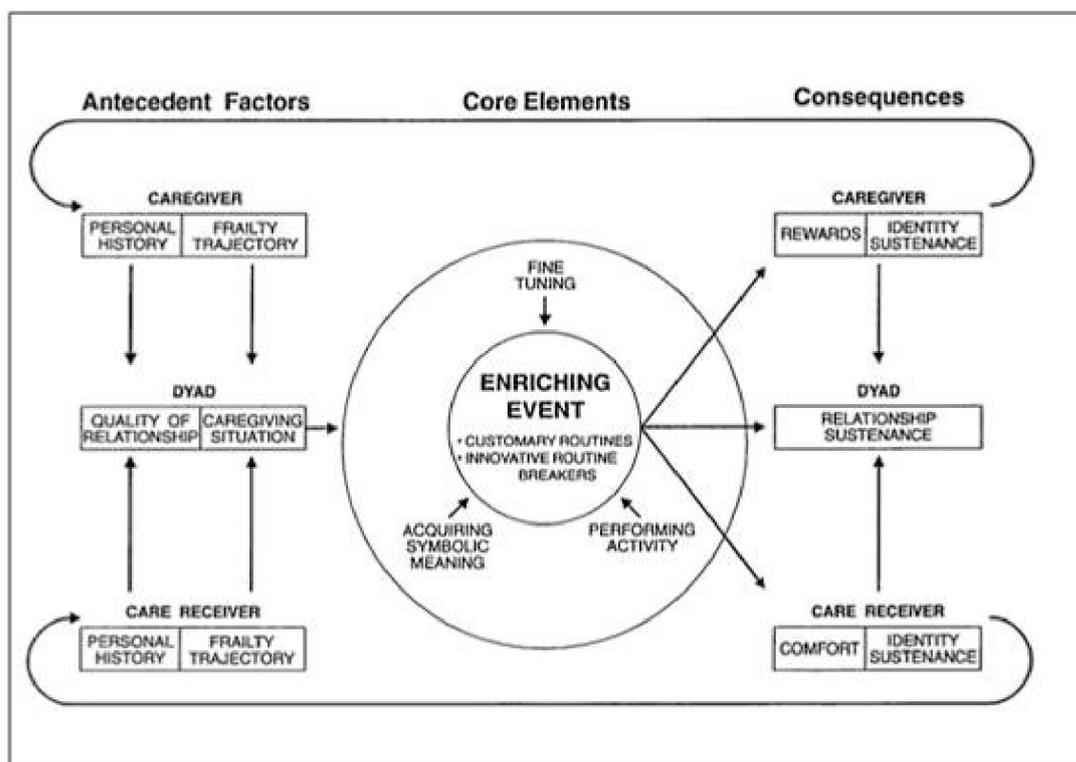
Estudo foi realizado em Óregon e Washington (EUA), com o objetivo de desenvolver uma teoria do *enrichment*³ no cuidado familiar. O modelo explicaria como algumas famílias utilizam experiência agradáveis ou significativas no papel de cuidar e quais fatores antecedentes e consequentes estão associados a este processo. Participaram da pesquisa 20 binômios (19 cuidadores e 18 idosos - em duas ocasiões, dois cuidadores do mesmo idoso foram entrevistados; em outra situação, um único cuidador de dois idosos foi entrevistado). Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) para a realização das entrevistas e o interacionismo simbólico como referencial teórico. (CARTWRIGHT et al., 1994).

No modelo teórico proposto pelo estudo *op cit.* (FIGURA 3), a história pessoal e a trajetória da fragilização, tanto do idoso, quanto do cuidador, a qualidade da relação e a situação do cuidado são antecedentes do processo de *enrichment*. Elementos centrais que influenciam a natureza desse processo incluem aquisição de significados simbólicos, desempenho de atividade (observação de comportamentos no processo de cuidado) e ajuste fino (esforços ao longo do tempo para acomodar a trajetória da fragilidade e histórias na criação

³ Processo de dotar cuidado com significado ou prazer tanto para o cuidador, como para o receptor. Tem sido identificado como uma dimensão da qualidade do cuidado familiar. (CARTWRIGHT et al., 1994).

do enriquecimento). Categorias dos eventos de *enrichment* são as rotinas e os interruptores de rotinas. As consequências do processo são a relação e o sustento de identidade de ambos, conforto ao idoso e recompensas ao cuidador. (CARTWRIGHT et al., 1994).

FIGURA 3 - O PROCESSO DE *ENRICHMENT* NO CUIDADO FAMILIAR A INDIVÍDUOS IDOSOS FRÁGEIS



FONTE: CARTWRIGHT et al. (1994).

Uma revisão de literatura realizada no Brasil objetivou identificar estudos sobre o idoso com incapacidade funcional e correlacioná-los ao tempo ontológico heideggeriano. Das análises emergiram três categorias: ser-cuidador do idoso com incapacidade, ser-idoso com incapacidade, e dinâmica familiar. As autoras concluíram que fatores como a relação familiar, o apoio dos serviços formais e informais e a situação socioeconômica fazem parte da historicidade dos indivíduos, influenciando seus modos de ser. Ressaltam que buscar a compreensão desses fatores é importante para promover a saúde dessas pessoas, pensando nos cuidados biológicos e existenciais. (OLIVEIRA; PEDREIRA, 2012).

Estudo desenvolvido em **Óregon** (EUA) validou a escala *Care Receiver View of Caregiver Role Enactment*, uma medida composta por doze questões de autorrelato para **suscitar uma avaliação do idoso receptor de cuidados sobre a qualidade do papel de cuidador do membro familiar**. A amostra incluiu 123 idosos receptores de cuidados e seu cuidador familiar. **Os autores identificaram três dimensões relacionadas ao cuidado: afetividade, habilidade e atenção**. (TETZ et al., 2006).

No estudo *op cit.* os idosos com mais **incapacidade física declararam** que seus cuidadores possuem pouca afetividade no cuidado. Aqueles idosos que expressam mais efeitos positivos de seu bem-estar subjetivo apontam cuidados com mais **afetividade, habilidade e atenção**. Ainda, os idosos que relatam mais efeitos negativos sobre si mesmos alegam possuir cuidadores menos habilidosos e atenciosos. **Além disso, a mutualidade⁴ do idoso se correlacionou mais fortemente com uma visão positiva do cuidador. A mutualidade do cuidador não esteve significativamente correlacionada à afetividade, atenção ou habilidades do cuidador**. No entanto, para as esposas cuidadoras, houve uma **correlação entre a mutualidade do cuidador e a avaliação do idoso em relação às habilidades do cuidador** ($r=0,29$; $p<0,05$). (TETZ et al., 2006).

Para Tetz et al. (2006), os longos relacionamentos e o fato de viverem juntos **não se associou às altas avaliações da afetividade, habilidades ou atenção**. Ao contrário, a duração do relacionamento esteve negativamente associada à habilidade do cuidador, e **viver no mesmo domicílio se relacionou negativamente à afetividade do cuidador**. Com base nesses achados, os autores **concluíram que os escores da escala refletem as expectativas dos papéis e significados criados através da interação** entre cuidador e idoso, durante o processo de cuidado familiar. (TETZ et al., 2006).

Pesquisa realizada nas cidades de Geneva e Valais (**Suíça**) com objetivos de: avaliar **a relação entre** quantidade de suporte instrumental fornecido pela família aos idosos longevos e redes de suporte formal ao **estado de saúde dos idosos**; **acessar em que extensão idosos frágeis e AVD-dependentes ainda ajudam suas famílias e identificar a influência dos fatores sociodemográficos no suporte fornecido e recebido em idades avançadas**. Uma amostra de 340 idosos

⁴ Qualidade positiva da relação existente entre o cuidador e o receptor do cuidado. (TETZ et al., 2006).

octogenários (80-84 anos) foram entrevistados cinco vezes ao longo de cinco anos, sendo que do total de idosos que iniciaram a pesquisa, 172 completaram **as cinco ondas de avaliações**. (ARMI; GUILLEY; LALIVE D'EPINAY, 2008).

Os resultados referentes ao estudo *op cit.* mostraram que, enquanto o recurso para a rede de apoio familiar aumentou progressivamente com o processo de fragilidade, o recurso para a rede de apoio informal aumentou **drasticamente para os indivíduos AVD-dependentes**. **Os autores concluíram que a continuidade de papéis podem ajudar os idosos frágeis a manter sua autoestima e bem-estar. Além disso, a reciprocidade do apoio que os idosos recebem de suas redes familiares lhes permitem continuar desempenhando um papel positivo dentro de sua família.** (ARMI; GUILLEY; LALIVE D'EPINAY, 2008).

Em uma cidade no noroeste dos EUA, um estudo longitudinal foi desenvolvido com o objetivo de **examinar a mutualidade nos binômios do cuidado ao longo do tempo, e o impacto das mudanças de saúde na qualidade da relação do cuidado**. Utilizou-se a **teoria ecológica dos sistemas de Bonfenbrenner (1986)**. **Foram examinados 103 binômios (idoso frágil e cuidador familiar)** durante 20 meses com intervalo de cinco meses, e o impacto duradouro e contextual do idoso e a saúde do familiar cuidador nas mudanças da reciprocidade. Os resultados apontaram que a **saúde física e depressão do cuidador estavam associadas à mutualidade da relação, sendo que os idosos relataram níveis mais altos de mutualidade do que seus familiares cuidadores**. (LYONS et al., 2007).

Investigação realizada em Israel objetivou avaliar a qualidade da relação entre o idoso disfuncional e seu cuidador informal e cuidador formal. A abordagem teórica que guiou o estudo foi a *Intergenerational solidarity-conflict paradigm*, a qual utiliza a premissa de que a construção da solidariedade intergeracional é um meio para caracterizar dimensões emocionais e comportamentais das interações entre familiares de várias gerações ao longo do curso da vida. A este paradigma acrescentaram-se duas dimensões: conflito intergeracional e ambivalência. (IECOVICH, 2016).

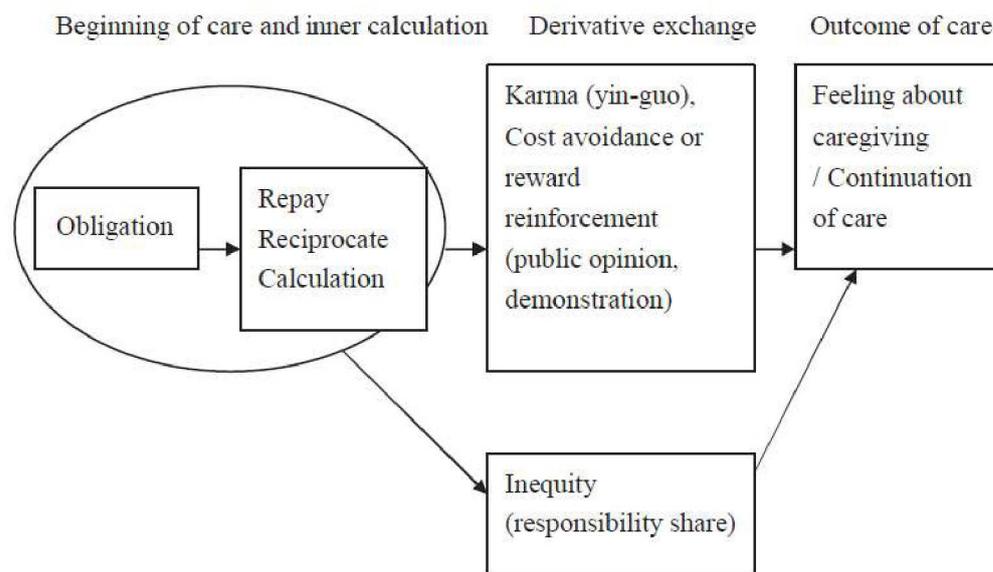
No estudo *op cit.* foram avaliados **uma amostra constituída por 837 idosos**, incluindo os funcionalmente incapazes e com capacidade cognitiva, os cuidadores e cuidadores formais corresidentes. **Os níveis mais altos de ambivalência na relação entre o idoso e o cuidador associa-se com o aumento**

dos níveis de solidão. Os achados também apontaram correlação positiva na ambivalência entre o idoso, cuidador familiar e cuidador formal ($r=0,33$; $p<0,001$), o que sugere alguma congruência na relação entre o idoso e os dois tipos de cuidadores. Os autores concluíram que relações ambivalentes podem existir tanto entre o idoso e o cuidador familiar ou cuidador formal, no entanto, é a qualidade das relações que desempenha um importante papel em aumentar ou diminuir a solidão. (IECOVICH, 2016).

Outro estudo foi realizado com o objetivo de desenvolver um modelo conceitual para explorar as trocas sociais e suas decorrências implícitas a cuidadores em Taipei (Taiwan). Foram entrevistados 12 cuidadores e utilizou-se a metodologia da TFD. Os resultados apontaram para trocas sociais internas ou implícitas no cuidado, em cada tipo de parentesco entre o idoso e o cuidador. (HSU; SHYU, 2003).

Os autores *op cit.*, propuseram um modelo conceitual da troca implícita no processo de cuidado (FIGURA 4).

FIGURA 4 - MODELO CONCEITUAL DA TROCA IMPLÍCITA NO PROCESSO DE CUIDADO



FONTE: HSU; SHYU (2003).

A obrigação mostrou ser a motivação inicial para o cuidado. Entretanto, não foi a única razão pela qual os cuidadores provêm o cuidado. A forte afetividade foi relatada por muitos cônjuges cuidadores como sendo o principal motivo para o cuidado. Casais de idosos acreditam que o matrimônio envolve

reciprocidade e suporte mútuo durante a vida toda. Os filhos frequentemente diziam que cuidar dos pais era "uma tarefa do curso da vida". Relataram sobre o cuidado como uma forma de retribuição à criação que receberam de seus pais. Assim, tanto a obrigação quanto a reciprocidade são as motivações para o cuidado. (HSU; SHYU, 2003).

Os chineses explicam relacionamentos ou eventos inevitáveis através do *karma* (*yin-guo*), uma teoria da causalidade do folclore chinês, que significa que uma pessoa "colhe o que ela mesma planta". Assim, devido à crença chinesa, pessoas são encorajadas a fazer bons atos. A opinião pública, embora não seja a motivação inicial para o cuidado familiar, parece ser uma variável intermediária que influencia o sentimento da continuidade do cuidado, intensificando a responsabilidade e obrigação de cuidar dos membros da família. (HSU; SHYU, 2003).

Estudo realizado com 121 idosos com incapacidade funcional em Hong Kong objetivou mensurar o tamanho da rede de cuidado informal. Os resultados evidenciam que, apesar de todos os idosos serem incapazes de realizar tarefas sozinhos, 31% dos idosos residiam sozinhos e 44% relataram não ter nenhum cuidador primário na sua residência. Outro resultado relevante entre os idosos respondentes que tinham filhos, foi que 60% não viviam com seus filhos adultos e 71% deles relataram que seus filhos não estavam mais vivendo na mesma localidade. Apesar disso, filhos e filhas representam a estrutura da rede de cuidado informal. Os autores concluem que os elementos de amor e reciprocidade implícitos nas relações são importantes, pois são eles que fazem do cuidado informal naturalmente pessoal, humano e afetivo. (NGAN; KWOK, 1992).

3.2.3 A família contemporânea e o cuidado ao idoso

O aumento da expectativa de vida, aliado à diminuição da taxa de fecundidade e outras mudanças sociodemográficas causaram mudanças nas conformações e dinâmicas das famílias. Os conflitos intergeracionais e a valorização do individualismo se tornaram frequentes dentro das famílias contemporâneas, afetando sua capacidade de acolhimento aos idosos. (LIEN; HUANG, 2017; HOLROYD, 2003; SPILLMAN; PEZZIN, 2000).

Um estudo desenvolvido em **um município suburbano no norte e em um município rural no sul de Taiwan explorou as mudanças das famílias intergeracionais no cuidado a idosos frágeis**. Participaram da pesquisa 32 indivíduos representando 12 famílias compostas por três ou mais gerações. Os dados foram coletados e analisados segundo a TFD. (LIEN; HUANG, 2017).

No estudo *op cit.* as análises dos dados revelaram que os arranjos do cuidado entre as famílias são complexos, e que múltiplos cuidadores através das gerações negociam as várias responsabilidades (física, médica e financeira) no cuidado aos seus parentes idosos. Em algumas famílias, o cuidado intergeracional permitiu o compartilhamento das decisões e funções relacionadas ao cuidado, diminuindo a sobrecarga para um só familiar. Contudo, desarmonia familiar resulta quando os membros da família aderem de forma diferente a valores tradicionais ou contemporâneos, resultando em atritos na negociação de “quando”, “como” e “para quem” o cuidado deve ser fornecido. A falta de concordância na família geralmente causa infelicidade ou dificuldades entre as gerações e dentro das gerações. (LIEN; HUANG, 2017).

Os autores *op cit.* concluem que dentro do sistema social, a divergência entre normas ou crenças individuais e familiares criam tensão entre os membros da família. Um ambiente físico inadequado e condições financeiras limitadas impedem o fornecimento de um cuidado de qualidade. Além disso, o fornecimento de cuidado para membros da família idosos e a desarmonia da família pode afetar a qualidade do cuidado e contribuir para a sobrecarga do cuidador. (LIEN; HUANG, 2017).

Estudo etnográfico comparou o contexto do cuidado familiar na China e em Hong Kong. Foram entrevistados 10 cuidadores familiares de Pequim e comparou-se estes com 35 cuidadores familiares de Hong Kong, examinando **diferenças culturais e continuidade do cuidado ao idoso com doença crônica**, que fosse quase completamente dependente. Os resultados apontaram que as obrigações familiares estão mudando em resposta às mudanças socioeconômicas. Os valores antigos estão sendo substituídos por uma nova situação em que o “eu” é central, ligado ao individualismo, afeto e materialismo. A autora destaca uma transição familiar emergente tanto na China quanto em Hong Kong do pré-socialismo com obrigações centradas na família para aquelas agora centradas nas relações afetivas. (HOLROYD, 2003).

Estudo desenvolvido nos EUA utilizou dados de 1984 a 1994 do *National Long Term Care Surveys* com objetivo de atualizar as estimativas de cuidadores familiares, potenciais e ativos, e examinar mudanças no cuidado familiar informal. A amostra final foi constituída por 3.643 e 5.798 idosos incapazes, nos anos de 1984 e 1994, respectivamente. **Para cada indivíduo coletou-se uma lista de todos os membros vivendo na mesma casa, independente da relação, e todos os filhos vivendo fora de casa, assim como informações de todas as outras pessoas que desempenhavam o cuidado.** (SPILLMAN; PEZZIN, 2000).

Os resultados do estudo *op cit.*, apontaram para um aumento no número de idosos com incapacidades, acompanhado de um aumento de recebimento de cuidado formal. **Houve um declínio no número de familiares cuidadores, embora tenha sido observado um potencial aumento na intensidade dos cuidados fornecidos por cônjuges e filhos.** Os autores ressaltaram a importância de uma abordagem dinâmica da família, considerando-a como uma unidade de análise. Também enfatizaram que um melhor entendimento de como tendências demográficas estão causando mudanças no cenário do cuidado e como as famílias estão respondendo a essas mudanças é essencial para formular iniciativas políticas que exaltem o bem-estar dos cuidadores e dos idosos. (SPILLMAN; PEZZIN, 2000).

3.3 SÍNTESE DOS ESTUDOS

A revisão de literatura aponta para uma grande diversidade de assuntos abordados acerca das relações familiares em idosos frágeis. Observa-se um déficit de estudos sobre a relação entre a condição de fragilidade física nos idosos e as relações familiares, mais especificamente a insuficiência familiar.

Ademais, observa-se que no âmbito da temática das relações familiares não existe um conceito de fragilidade aplicado aos idosos. Na maior parte dos estudos, o idoso frágil foi descrito como aquele com incapacidades funcionais e dependente de cuidados. Os achados da presente revisão também apontam para uma variedade de instrumentos para avaliar quantitativamente as relações familiares, tendo sido evidenciadas, também, as avaliações qualitativas na abordagem dessa temática.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo desenvolvido com integração de técnicas qualitativa e quantitativa de investigação. (BRICEÑO-LEÓN, 2003). O estudo quantitativo é de corte transversal e o qualitativo possui delineamento descritivo. Segundo Minayo e Minayo-Gómez (2003), estudos com dois tipos de abordagens podem ser necessários quando se trabalha com a temática saúde/doença, a qual abrange sistemas complexos e apresenta múltiplas dimensões. Os autores afirmam que:

na medida do possível, é muito bom e importante realizar investigações cujos desenhos possam contemplar tanto indagações que exigem explicações mais amplas, que dão conta da amplitude dos problemas, mas que também os possam aprofundar, sobretudo sob o ponto de vista das pessoas neles envolvidas. (MINAYO; MINAYO-GÓMEZ, 2003, p.119).

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado "Fragilidade física e síndromes geriátricas em idosos" o qual foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná obtendo parecer favorável CEP/SD 1.755.394 (ANEXO 1). Para a inclusão da segunda etapa de coleta de dados elaborou-se uma emenda, a qual foi aprovada sob parecer CEP/SD 2.362.295 (ANEXO 2).

Observaram-se os princípios éticos de participação voluntária e consentida, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de cada participante (APÊNDICE 1), conforme as recomendações contidas na Resolução nº 466 do Conselho Nacional da Saúde, de 12 de dezembro de 2012. (BRASIL, 2012).

O acesso ao local de coleta de dados foi realizado por meio de autorização prévia (ANEXO 3). Os dados e as informações coletadas para esta pesquisa, de acesso exclusivo dos pesquisadores, foram mantidos em arquivos eletrônicos e impressos, sob a responsabilidade dos membros do Grupo Multiprofissional de

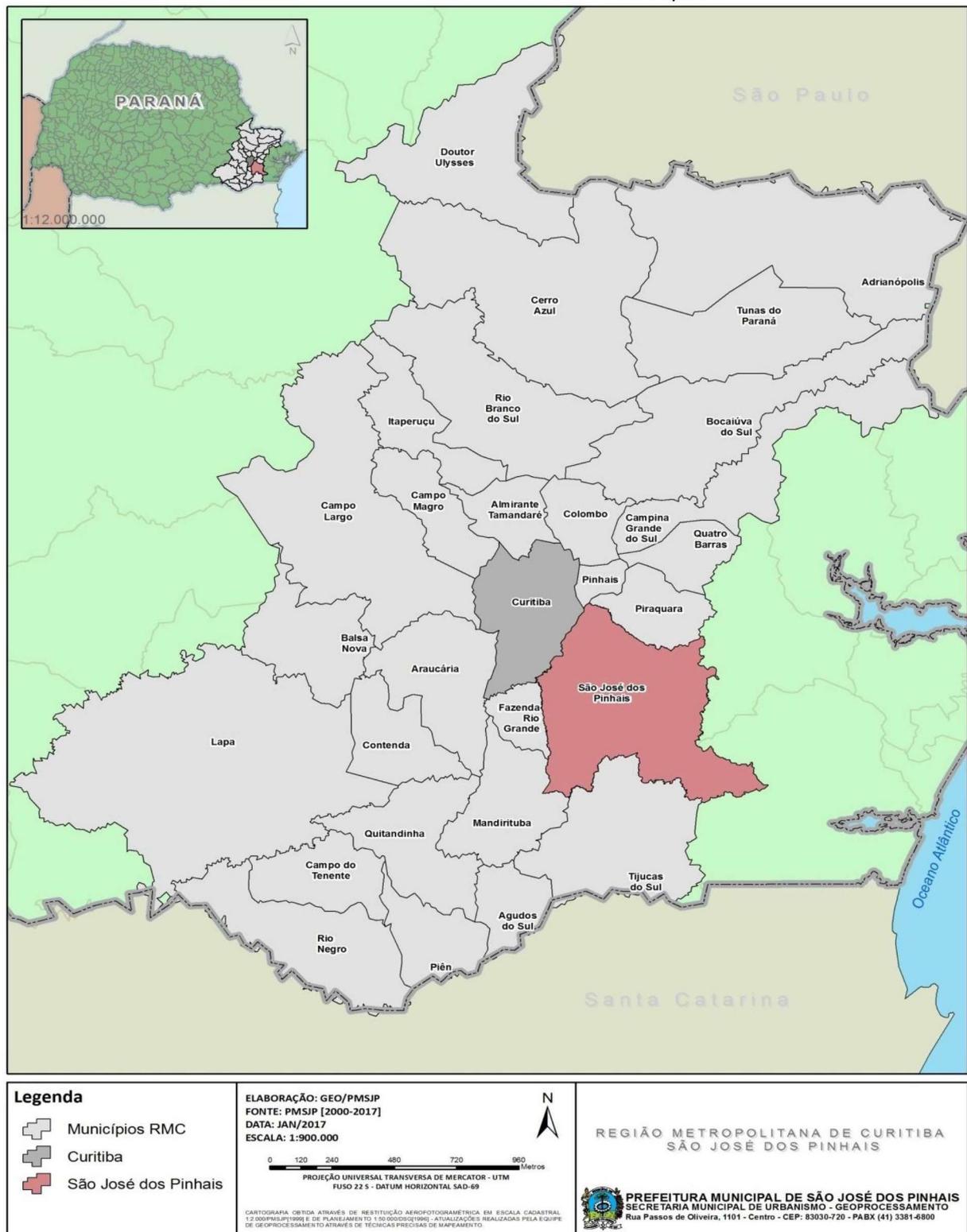
Pesquisa sobre Idosos (GMPI) **vinculados ao projeto temático**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

Elegeram-se como local de estudo o Ambulatório de Geriatria e Gerontologia (AGG) do município de São José dos Pinhais/Paraná (Brasil), região metropolitana de Curitiba/Paraná (Brasil) (MAPA 1). O município contabilizou uma população total de 297.895 habitantes no ano de 2015 (IBGE, 2015) e 36.448 pessoas com mais de 60 anos de idade. (IBGE, 2015a).

O município foi escolhido por representar a maior projeção populacional da região metropolitana de Curitiba, possuir serviço de geriatria e gerontologia destinado ao atendimento ambulatorial dessa população, e pela lacuna de estudos sobre a temática com os moradores idosos da região.

MAPA 1 - LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017



FONTE: Secretaria de urbanismo⁵(2017).

⁵ Os mapas 1 e 2 foram organizados pela docente em Geografia Monique Plantes, lotada na Secretaria Municipal de Urbanismo no Departamento de Planejamento Territorial e Urbano, do Município de São José dos Pinhais/PR após solicitação conforme protocolo nº 2583/2017.

O AGG é um centro de referência no atendimento à população idosa inaugurado em junho de 2015 que presta atendimento integral a toda população idosa residente no município (≥ 60 anos), usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). O ambulatório localiza-se no Centro de Especialidades Médicas (CEM), no bairro Bom Jesus, há 2 Km do centro de São José dos Pinhais (MAPA 2).

MAPA 2 - LOCALIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017.



FONTE: Secretaria de Urbanismo de São José dos Pinhais (2017).

O serviço possui outras especialidades como: otorrinolaringologia, neurologia, cardiologia, psiquiatria, reumatologia, endocrinologia, pneumologia, oncologia, gastroenterologia, urologia, ortopedia, oftalmologia, dermatologia, psicologia, nutrição, fisioterapia e cirurgia geral.

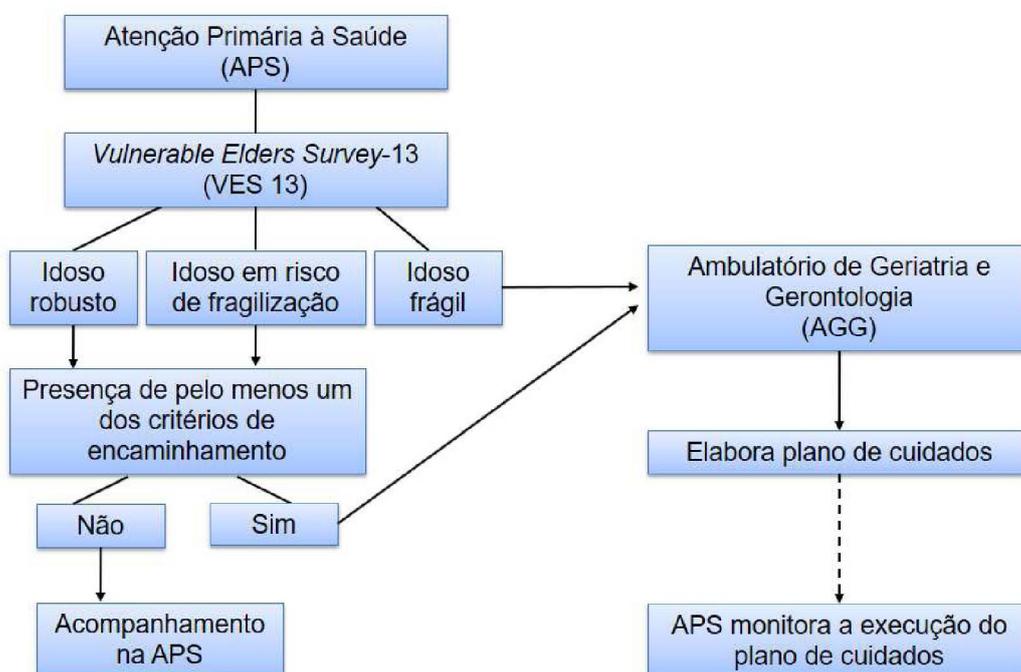
A equipe de enfermagem é composta por dois auxiliares de enfermagem e dois enfermeiros. Os auxiliares de enfermagem executam atividades básicas assistenciais e os enfermeiros são responsáveis pelo gerenciamento dos serviços. O enfermeiro responsável pela administração do AGG realiza a consulta de enfermagem e o plano de cuidados aos idosos atendidos.

O atendimento é oferecido por essa equipe multiprofissional de segunda à sexta-feira, das 7 às 16 horas. A média mensal de atendimentos no AGG é de aproximadamente 300 consultas.

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O município de São José dos Pinhais adotou o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (MORAES et al.,2015) e utiliza o *Vulnerable Elderly Survey-13* (VES-13) (ANEXO 4) como instrumento de estratificação na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo pré-requisito para determinar o fluxo de encaminhamentos para o AGG (FIGURA 5).

FIGURA 5 - FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DOS IDOSOS DA APS PARA O AGG.



FONTE: A autora (2017).

O VES-13 rastreia idosos em vulnerabilidade, que é definida como “risco aumentado para declínio funcional ou morte ao longo de dois anos” (SALIBA et al., 2001, p.1691). O instrumento considera as variáveis idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades (PARANÁ, 2017). Este

conceito e método de avaliação da fragilidade difere da proposta de Fried et al. (2001) baseado em um fenótipo físico, utilizado no presente estudo.

A aplicação do VES-13 é realizada por agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, supervisionados pelo enfermeiro. Para pontuação ≤ 2 considera-se o idoso como robusto, entre três e seis corresponde a risco de fragilização e ≥ 7 identifica-se o idoso frágil (MORAES et al., 2015).

Conforme o fluxo (FIGURA 5), os idosos estratificados como frágeis são encaminhados diretamente para o serviço de geriatria e gerontologia e idosos em risco de fragilização e robustos são encaminhados se apresentarem pelo menos um dos seguintes critérios de encaminhamento: polipatologias, polifarmácia, imobilidade, incontinência, instabilidade postural e quedas frequentes, incapacidade cognitiva, história de internações frequentes, dependência nas atividades básicas de vida diária e insuficiência familiar. Os encaminhamentos são provenientes das Unidades de Saúde (US), das demais especialidades e do Serviço de Assistência Social, após aplicação do VES-13.

A população alvo do estudo correspondeu aos idosos com idade igual ou superior a 60 anos encaminhados da APS, agendados para consulta no AGG. Com o objetivo de identificar e recrutar os idosos interessados em participar da pesquisa foram fixados convites, na forma de cartazes, nas dependências do serviço (APÊNDICE 2).

Para a etapa quantitativa (1ª etapa) realizou-se cálculo amostral a fim de obter uma amostra representativa da população de idosos do município. Considerou-se a população total de idosos de São José dos Pinhais no ano de 2015. (IBGE, 2015a). Para o cálculo utilizou-se a fórmula conforme descrito a seguir.

$$n = \frac{Z^2 \times \hat{p} \times \hat{q} \times N}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times \hat{p} \times \hat{q}} = \frac{1,96^2 \times 0,50 \times 0,50 \times 36.648}{0,05^2 \times (36.648 - 1) + 1,96^2 \times 0,50 \times 0,50} = 380,18511 \cong 381$$

n - amostra calculada;

N - população total de idosos;

Z - variável normal padronizada associada ao índice de confiança (1,96 = 95%);

p - verdadeira probabilidade do evento;

$$\hat{q} - 1 - \hat{p};$$

d - erro amostral (5%).

Foi considerado intervalo de confiança de 95% (IC 95%), nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), erro amostral de 5 pontos percentuais. Incluiu-se ao tamanho amostral uma margem de 8% para possíveis perdas ou recusas, o que resultou em uma amostra final de 384 idosos.

Nesta etapa, a seleção dos participantes foi aleatória, todos os idosos foram convidados a participar da pesquisa. O recrutamento ocorreu aleatoriamente durante a espera para consulta no AGG. Os idosos foram recrutados individualmente mediante informação prévia sobre a realização da pesquisa e os aspectos éticos relacionados.

Para a etapa quantitativa do presente estudo os idosos foram selecionados por meio de critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão.

Abrangeram os critérios de inclusão do idoso no estudo:

- a) possuir idade ≥ 60 anos;
- b) estar na sala de espera para consulta programada no AGG;
- c) apresentar capacidade cognitiva, conforme resultado do rastreio cognitivo realizado por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO 5) de Folstein, Folstein e McHugh (1975) e adaptado por Brucki et al. (2003). Foram incluídos no estudo os idosos que pontuaram acima dos pontos de corte propostos por Bertolucci (1994), de acordo com a escolaridade. A pontuação mínima é de 13 pontos para indivíduos sem escolaridade, 18 pontos para baixa e média escolaridade e a pontuação máxima de 26 pontos para alta escolaridade. O critério de exclusão estabelecido foi: expressar desejo de interromper a entrevista.

Delimitou-se como critérios de exclusão do idoso a orientação de Ferrucci et al. (2004), detectados pelo registro em prontuário e/ou consulta médica:

- a) apresentar sequelas graves de acidente vascular encefálico, com perda localizada de força muscular e afasia;
- b) ter doenças neurológicas que impeçam a realização dos testes;
- c) possuir déficits severos de audição ou visão que dificultem acentuadamente a comunicação;

d) ser fisicamente incapaz de realizar os testes propostos, e/ou apresentar **amputações de membros superiores ou inferiores.**

Para integração de técnicas quantitativas e qualitativas foi utilizada a abordagem proposta por Briceño-León (2003), na qual a investigação quantitativa precede a qualitativa. Segundo os autores:

nesse tipo de abordagem o investigador poderá sentar-se para analisar os dados quantitativos da sua pesquisa e interpretá-los com a ajuda de resultados qualitativos, que lhe servirão de suporte para as explicações dos resultados obtidos e para construção de conclusões mais sólidas, não somente por ser o produto de sua confrontação individual com os dados, mas sim pelo diálogo com os próprios indivíduos, que deixam de ser números e agregados e passam a ser atores. (BRICEÑO-LEÓN, 2003, p.172).

Operacionalmente, diversos procedimentos podem ser aplicados a este tipo de abordagem. Um deles é a seleção de uma subamostra da amostra de onde se originaram os dados quantitativos para realização de entrevistas com base no questionário respondido, buscando explicações e justificativas das respostas. (BRICEÑO-LEÓN, 2003).

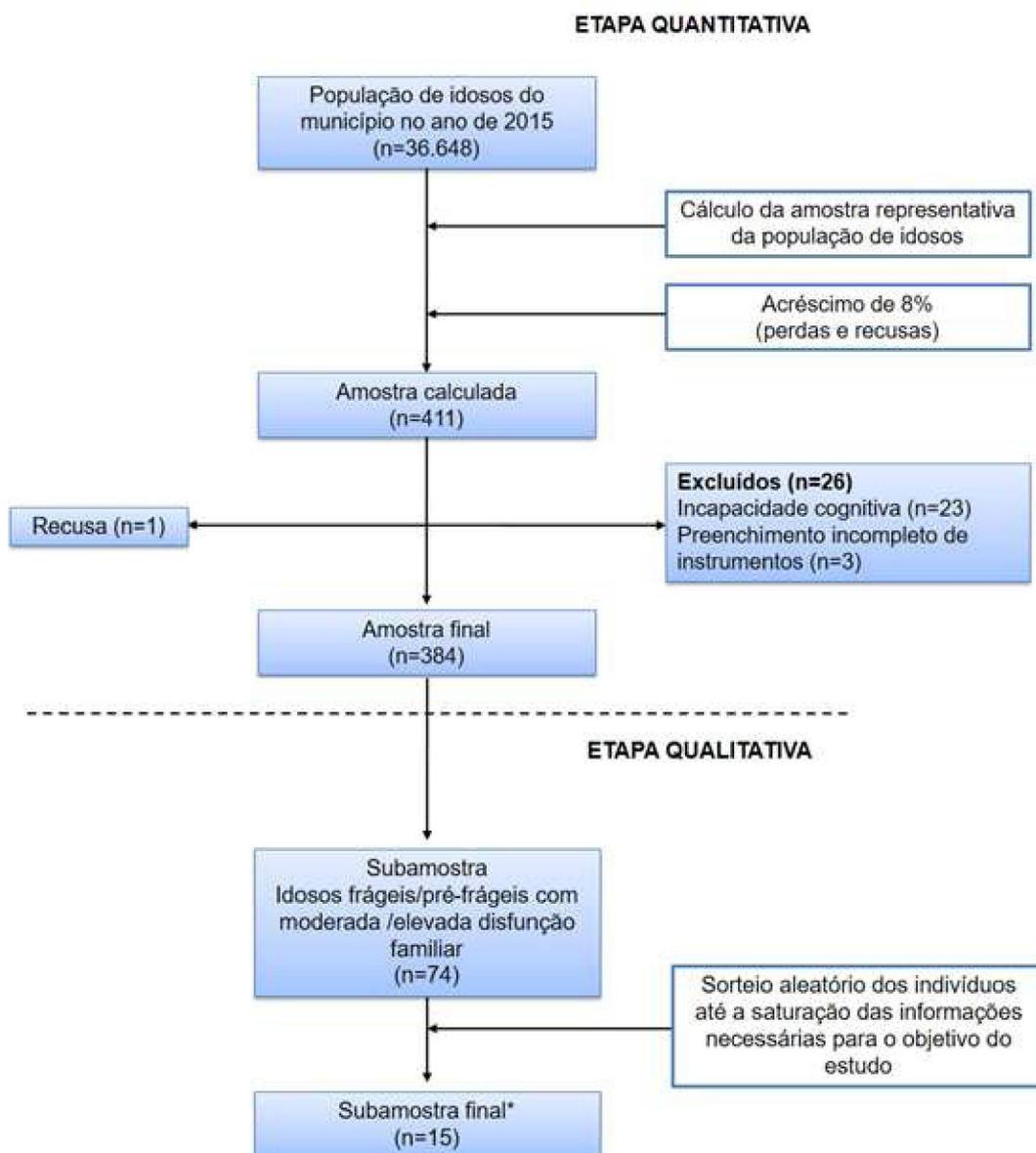
Dessa forma, a etapa qualitativa (2ª etapa) foi realizada a partir dos 74 idosos que atenderam aos critérios de inclusão para essa etapa. Os idosos classificados como frágeis ou pré-frágeis e que obtiveram pontuação entre zero e seis no APGAR de Família compuseram uma subamostra para realização de entrevistas.

Para esta etapa, foram critérios de inclusão do idoso: a) ter realizado os testes para avaliação da fragilidade física, obtendo classificação de frágil ou pré-frágil; b) ter respondido, previamente, ao questionário APGAR de Família (ANEXO 6), com resultado de pontuação entre zero e seis e; c) apresentar capacidade cognitiva para participar da entrevista e manter um diálogo, avaliada pela pontuação obtida no MEEM (ANEXO 5) (FOLSTEIN; FOLSTEIN, MCHUGH, 1975; BRUCKI et al., 2003), segundo os pontos de corte propostos por Bertolucci (1994), de acordo com a escolaridade.

O recrutamento dos idosos, a partir dos critérios de inclusão, deu-se por contato telefônico, por meio das informações de identificação do participante coletadas na etapa quantitativa (1ª etapa). Esses idosos foram convidados a retornarem ao AGG para a segunda etapa de coleta de dados.

Na FIGURA 6 observa-se o fluxograma de seleção dos idosos participantes do estudo.

FIGURA 6 - FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO



LEGENDA: *Amostra constituída mediante a saturação das informações necessárias para responder o objetivo do estudo.

FONTE: A autora (2018).

4.5 COLETA DE DADOS/INFORMAÇÕES

A equipe de examinadores participantes da coleta dos dados (1ª etapa) foi composta por três discentes do curso de mestrado e duas acadêmicas do curso de graduação em enfermagem da UFPR, integrantes do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI).

Para a coleta de dados (1ª etapa) foi efetuada capacitação dos examinadores, com o objetivo de padronizar as coletas e as aplicações dos testes. Efetivou-se a coleta de dados em dupla, com o objetivo de garantir maior segurança aos idosos durante a aplicação dos testes⁶. Nesta etapa, realizou-se um estudo piloto com dez idosos, com o objetivo de verificar e adequar os questionários e testes. Os participantes integraram a amostra final do estudo, uma vez que não houve necessidade de alterações nos instrumentos testados. A aplicação dos questionários foi realizada no interior de um consultório médico, para garantir a privacidade e promover conforto aos participantes.

Inicialmente, foi realizado rastreamento cognitivo dos idosos, mediante o MEEM. O instrumento, desenvolvido por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) (ANEXO 6) é composto por questões agrupadas em sete categorias, representadas por grupos de funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação total é de zero a trinta. Foram utilizados os seguintes pontos de corte para avaliação da pontuação obtida: 13 pontos para idosos analfabetos; 18 pontos para aqueles com escolaridade baixa e média (um a oito anos incompletos de estudo) e 26 pontos para escolaridade alta (oito ou mais anos de estudo). (BERTOLUCCI et al., 1994).

Para a coleta de dados (1ª etapa) aplicaram-se os questionários sociodemográfico e clínico (APÊNDICE 3). O questionário sociodemográfico foi constituído pelas seguintes variáveis de interesse para o estudo: sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça e rendimento familiar mensal. O instrumento foi

⁶ A interpretação dos testes foi realizada pelo mesmo examinador.

elaborado e adaptado segundo modelo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000).

As seguintes variáveis de interesse constituíram o questionário clínico: comorbidades, medicamentos de uso contínuo, dificuldade para enxergar, dificuldade para ouvir, tontura, quedas nos últimos 12 meses e dispositivos de auxílio à marcha. O instrumento foi elaborado e adaptado segundo questionário multidimensional *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), extraíram-se das sessões I (Informações gerais) e II (Saúde física). Este instrumento foi validado para a população idosa por Veras et al. (1988).

A condição e os marcadores de fragilidade física foram avaliados mediante o fenótipo de Fried et al. (2001) compreendendo os cinco marcadores biológicos descritos a seguir.

A força de preensão manual (FPM) foi mensurada por meio de dinamômetro hidráulico da marca Jamar® (ANEXO 7), e seguiu a recomendação da *American Society of Hand Therapists* (FESS; MORAN, 1992), em quilograma/força (Kgf). O idoso foi orientado a permanecer sentado com pés apoiados no chão, cotovelo flexionado a 90 graus, com braço firme contra o tronco e punho em posição neutra (FIGURA 7). O examinador ajustou a empunhadura da mão dominante ao dinamômetro, após comando, foram realizadas três preensões, sempre intercaladas por um minuto para retorno da força, em seguida, registrou-se os três valores. O dinamômetro foi calibrado pela CALIBRATEC (PR), certificado em 12/08/2016 (ANEXO 8).

FIGURA 7 - POSICIONAMENTO DE AFERIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO MANUAL RECOMENDADA PELA AMERICAN SOCIETY OF HAND THERAPISTS



FONTE: A autora (2017).

Para cada idoso, o valor médio das três medidas da FPM foi ajustado conforme sexo e o quartil do Índice de Massa Corporal (IMC). Os valores da FPM que incluíram o quintil inferior foram considerados marcadores de fragilidade para este estudo. (FRIED et al., 2001) (QUADRO 2).

QUADRO 2 - VARIÁVEIS DE AJUSTE PARA A IDENTIFICAÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO MANUAL DIMINUÍDA DOS IDOSOS, SEGUNDO O SEXO E QUARTIS DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

Quartil	FEMININO		MASCULINO	
	Valores do IMC	FPM diminuída	Valores do IMC	FPM diminuída
1	≤ 25,56	≤ 17,6 kgf	≤ 24,43	≤ 26,4 kgf
2	> 25,56 e ≤ 28,62	≤ 17,33 kgf	> 24,43 e ≤ 26,93	≤ 27,87 kgf
3	> 28,62 e ≤ 32,47	≤ 17,33 kgf	> 26,93 e ≤ 30,12	≤ 28 kgf
4	> 32,47	≤ 16,13 kgf	> 30,12	≤ 26 kgf

Legenda: IMC = Índice de Massa Corporal (kg/m²), FPM = Força de Preensão Manual.

FONTE: A autora (2017).

Para avaliar a velocidade da marcha (VM) o idoso foi orientado a caminhar um trajeto de seis metros e sessenta centímetros (6,6 m) de maneira habitual, em superfície plana, sinalizada por duas fitas adesivas distantes quatro metros e sessenta centímetros (4,6 m) uma da outra. Buscou-se reduzir efeitos de aceleração e desaceleração, portanto, o primeiro e último metro da caminhada não foram cronometrados. Nessa etapa foi permitido o uso de dispositivos de auxílio à marcha (bengala, muleta, andador) (FIGURA 8).

FIGURA 8 - TESTE DE VELOCIDADE DA MARCHA.



FONTE: A autora (2017).

O tempo foi aferido em segundos com auxílio de cronômetro digital (INCOTERM) (ANEXO 9). Foram realizadas três caminhadas e cada trajeto (ida e volta) foi cronometrado. Após ajuste para o sexo e a altura, os valores de VM do menor quintil foram marcadores de fragilidade para este componente. (FRIED et al., 2001) (QUADRO 3).

QUADRO 3 - VARIÁVEIS DE AJUSTE PARA A IDENTIFICAÇÃO DA VELOCIDADE DA MARCHA REDUZIDA DOS IDOSOS, SEGUNDO O SEXO E MEDIANA DA ALTURA

FEMININO		MASCULINO	
Média da altura	VM reduzida	Média da altura	VM reduzida
≤1,56 m	≤0,70 m/s	≤1,67m	≤0,82 m/s
>1,56 m	≤0,79 m/s	>1,67m	≤0,90 m/s

LEGENDA: VM = Velocidade da Marcha.

FONTE: A autora (2017).

A perda de peso não intencional foi verificada pelo autorrelato do idoso em resposta a duas questões: 1) “O senhor perdeu peso nos últimos meses?” e; 2) “Quantos quilos?” (ANEXO 10). Foi considerado frágil para este componente o idoso que declarou perda de peso corporal maior ou igual a 4,5 kg nos últimos doze meses, de forma não intencional (sem dieta ou exercício). (FRIED et al., 2001)

Para a antropometria utilizou-se uma balança digital do tipo plataforma (OMRON HN-289) e estadiômetro (SANNY) (ANEXO 9), para medidas de massa corporal em quilogramas e estatura em metros.

A fadiga/exaustão foi avaliada por autorrelato, conforme resposta do participante ao item 7 e 20 da Escala de depressão *Center for Epidemiological Scale - Depression* (CES-D). (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007). Questionou-se sobre a última semana, com que frequência o idoso: a) sentiu que precisou fazer esforço nas tarefas habituais; e b) sentiu que não pode continuar suas tarefas. As respostas são categorizadas em 0 - raramente ou nenhuma parte do tempo (<1 dia); 1 - uma parte ou pequena parte do tempo (1-2 dias); 2 - quantidade moderada de tempo (3-4 dias); e 3 - na maioria das vezes (>4 dias). Resposta “2” ou “3” para qualquer uma das perguntas categorizou o idoso como frágil para este componente. (FRIED et al., 2001) (ANEXO 10).

Para o marcador nível de atividade física aplicou-se o questionário *Minnesota Leisure Activity Questionnaire* (TAYLOR et al., 1978), validado para idosos brasileiros por Lustosa et al. (2011) (ANEXO 11). As questões abordavam a frequência e o tempo de atividades realizadas no último ano. O questionário é subdividido em seções (caminhada, exercícios de condicionamento, atividades aquáticas, atividades de inverno, esportes, atividades de jardim e horta, reparos domésticos, pescas e outras). As tarefas domésticas incluem tarefas rotineiras leves e pesadas de limpeza, cozinhar e manter a habitação.

Para o cálculo de gasto energético anual aplicou-se a seguinte fórmula:

$$IAM = \Sigma (I \times M \times F \times T)$$

IAM - *Index of metabolic activity*;

I - Intensidade de cada atividade em METs⁷;

M - Número de meses no último ano em que a atividade foi realizada;

F - Número médio de vezes em que foi realizada no mês;

T - Duração média da atividade em cada ocasião.

O dispêndio energético em METs para cada atividade seguiu as recomendações do *Compendium of Physical Activities* (AINSWORTH et al., 1993). Para obter o valor em quilocalorias (kcal), utilizou-se a multiplicação do I pela constante 0,0175 e o peso do indivíduo em quilogramas. Após ajuste para sexo, os valores do menor quintil foram marcadores de fragilidade para este estudo. (FRIED et al., 2001) (QUADRO 4).

QUADRO 4 - VARIÁVEIS DE AJUSTE PARA A REDUÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS, SEGUNDO O SEXO

FEMININO	MASCULINO
Gasto energético*	Gasto energético*
≤ 846,405 kcal/semana	≤ 586,601 kcal/semana

LEGENDA: *Para o cálculo da redução do nível de atividade física, considerou-se somente os idosos com gasto energético >0.

FONTE: A autora (2017).

Para avaliação da síndrome da insuficiência familiar foi aplicado o instrumento APGAR de família (ANEXO 5), cuja denominação representa um acrônimo em inglês derivado dos domínios *Adaptation* (adaptação), o qual compreende os recursos familiares oferecidos quando se faz necessária assistência; *Partnership* (companheirismo), que se refere à reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; *Growth* (desenvolvimento), relativo à disponibilidade da família para mudanças de papéis e desenvolvimento emocional; *Affection* (afetividade) compreendendo a

⁷ A utilização da Unidade Metabólica (MET) é utilizada para exprimir o gasto energético relativo dividido pelo peso corporal. O gasto de energia em METs representa o número de vezes pelo qual o metabolismo de repouso foi multiplicado durante uma atividade (AINSWORTH et al., 1993).

intimidade e as interações emocionais no contexto familiar; e *Resolve* (resolução), que está associada à decisão, determinação ou resolutividade em uma unidade familiar. (SMILKSTEIN, 1978).

Os domínios são abordados por questões estruturadas: 1) **Adaptação** - "Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?"; 2) **Companheirismo** - "Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?"; 3) **Desenvolvimento** - "Minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?"; 4) **Afetividade** - "Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?" e; 5) **Resolução** - "Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos?".

Para cada pergunta a resposta é categorizada em: raramente (0), às vezes (1) e quase sempre (2). Foi considerado boa funcionalidade familiar **escores entre 7 a 10 pontos**, moderada disfunção familiar (DF) entre 5 a 6 pontos e elevada DF escores entre 0 e 4 pontos. (SMILKSTEIN, 1978; DUARTE, 2001).

Posteriormente à aplicação do questionário foi realizada a **avaliação complementar das relações familiares** (BRASIL, 2006) (ANEXO 12), com o objetivo de **auxiliar no diagnóstico de pontos mais vulneráveis no interior da família**. Identificaram-se as **relações significativas para o idoso**, o grau de parentesco, a idade e o sexo dos familiares. Para cada uma das relações levantadas, aplicou-se a questão "Como atualmente você se dá com este membro de sua família?", com a possibilidade de resposta: "bem"; "mais ou menos" ou; "mal".

A **coleta de informações (2ª etapa)** ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE 4) até a **saturação de informações necessária ao objetivo do estudo**. As entrevistas foram realizadas no AGG em sala reservada, **sem a presença do acompanhante do idoso**, em datas previamente agendadas conforme disponibilidade dos mesmos. Para esta etapa, um novo TCLE foi assinado pelo idoso **participante** (APÊNDICE 5).

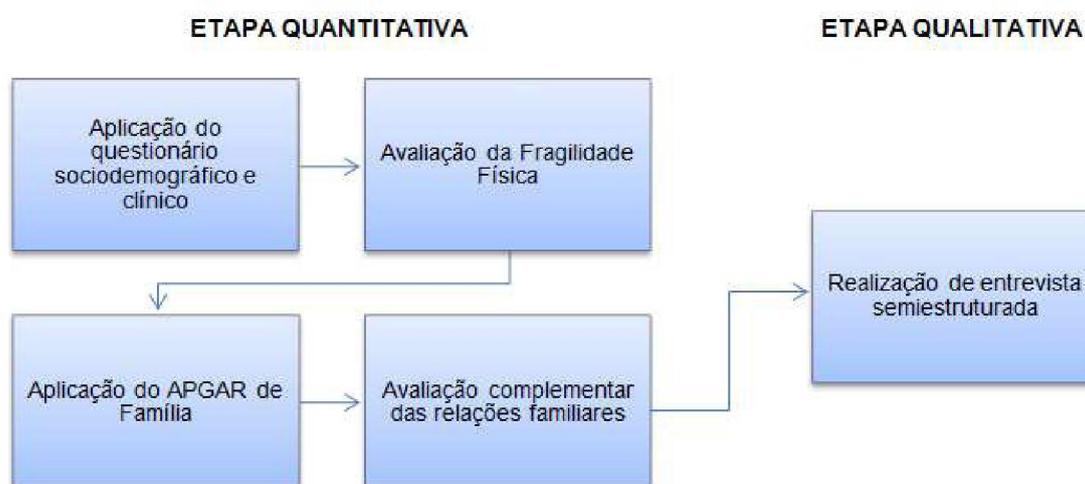
A **seqüência para realização das entrevistas** obedeceu um sorteio **aleatório simples**, no qual todos os idosos selecionados tiveram chances iguais

de serem sorteados. Para cada idoso sorteado, três tentativas de contato foram realizadas em horários diferentes (manhã, tarde e noite), e quando na impossibilidade de localizá-lo, um novo participante foi sorteado. O número de idosos participantes desta etapa foi determinado mediante a **saturação das informações necessárias** ao objetivo do estudo.

Anteriormente à realização de cada entrevista foi realizada leitura dos dados coletados na etapa quantitativa, com o objetivo agregar ao roteiro de entrevista **informações** particulares de cada entrevistado.

Representa-se na FIGURA 9 o processo da coleta de **dados/informações**.

FIGURA 9 - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE COLETA DE DADOS/INFORMAÇÕES DO ESTUDO



FONTE: A autora (2017).

4.6 CONTROLE DE VIESES

Realizaram-se as seguintes medidas para evitar ou reduzir os vieses do estudo: treinamento dos examinadores antes da coleta de dados (quantitativos); **representação da população a partir do cálculo amostral com apoio de um profissional da área estatística**; aplicação de instrumentos padronizados para a coleta de dados; uso de **cronômetro padronizado para a realização do teste da velocidade da marcha**; **utilização do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)**, com o objetivo de **exclusão dos idosos com alteração da capacidade cognitiva**; **digitação do banco de dados por dupla checagem e conferência de terceira**

pessoa; entrevista (etapa qualitativa) realizada em sala reservada sem ruídos para permitir qualidade da gravação; ausência do acompanhante do idoso no momento da entrevista.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS/INFORMAÇÕES

Os dados quantitativos foram organizados e analisados no programa *Excel*® 2007 e no *Statiscal PackAge for Social Sciences (SPSS)* versão 22.0. Foram realizadas análises estatísticas descritivas sendo expressas em médias, desvio padrão, frequências absolutas e relativas. A análise univariada foi realizada por meio do teste de *qui-quadrado* com nível de significância estatística de $p \leq 0,05$.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas segundo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003).

O conceito de DSC, segundo Lefèvre e Lefèvre (2003, p.15), “é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal”. Os DSCs são opiniões individuais que, ao passarem pelo crivo analítico do pesquisador são transformadas em produtos cientificamente tratados, mantendo, porém, as características espontâneas da fala cotidiana. A resultante final é uma descrição sistemática da realidade e uma reconstrução do pensamento coletivo como produto científico. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

A abordagem metodológica do DSC é composta por quatro conceitos: Ideia Central – afirmações essenciais do conteúdo discursivo citadas pelos sujeitos; Expressões-Chave – trechos das falas literais dos sujeitos que representam a síntese do conteúdo referente aos objetivos da pesquisa; Ancoragem – enunciado explícito de um valor, de uma crença, de uma ideologia; e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) – descrição de um discurso que representa as partes essenciais dos discursos de cada participante, emitido na primeira pessoa (coletiva) do singular e que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que este “eu” fala em nome de uma coletividade. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

A proposta consiste em analisar as informações coletadas das entrevistas, retirando-se as ideias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes **expressões chave**, a partir das quais as IC ou ancoragens **semelhantes compõem um ou vários DSC**. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Na construção do DSC, seguiram-se os passos propostos por Lefèvre e Lefèvre (2003):

1. Cada **questão foi analisada isoladamente**;
2. As **expressões chave das ideias centrais foram identificadas e destacadas** em cada uma das falas;
3. As **ideias centrais foram identificadas a partir das expressões-chave**;
4. As ideias centrais de mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar foram identificadas e agrupadas;
5. Elaborou-se uma ideia central que expressasse todas as ideias do mesmo sentido; e
6. Construiu-se o DSC

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste título serão apresentados os resultados das etapas de pesquisa quantitativa e qualitativa, com amostras distintas e, portanto, em dois subtítulos. Em cada etapa serão conduzidas concomitantes as apresentações e discussões dos dados, respaldadas na literatura vigente. No subtítulo dos resultados qualitativos, etapa de entrevistas, as discussões foram alicerçadas no referencial filosófico de Gabriel Marcel (1953, 1969, 2003).

5.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUANTITATIVA

Esses resultados são emergentes da etapa quantitativa desenvolvida com amostra composta por 384 idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria e Gerontologia, de São José dos Pinhais/Paraná, com coleta de dados realizada nesse local.

Visualiza-se na TABELA 2 as distribuições de frequências da amostra total (n=384) referentes às características sociodemográficas dos idosos.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS DA AMOSTRA TOTAL. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018.

Característica	Classificação	n (%)
Sexo	Masculino	195 (50,8)
	Feminino	189 (49,2)
Faixa etária	60-64	84 (21,9)
	65-69	105 (27,3)
	70-74	84 (21,9)
	75-79	58 (15,1)
	≥80	53 (13,8)
Estado civil	Casado	253 (65,9)
	Divorciado	44 (11,5)
	Viúvo	70 (18,2)
	Solteiro	17 (4,4)
Raça	Branca	313 (81,5)
	Preta	32 (8,3)
	Parda*	38 (9,9)
	Amarela	1 (0,3)
Renda familiar mensal**	1 a 2 salários mínimos	331 (86,2)
	2 a 4 salários mínimos	42 (10,9)
	≥5 salários mínimos	11 (2,9)
Escolaridade	Analfabeto	65 (16,9)
	Analfabeto funcional	10 (2,6)
	1-4 anos escolaridade	208 (54,2)
	4-8 anos escolaridade	54 (14,1)
	>8 anos escolaridade	47 (12,2)
TOTAL		384 (100)

LEGENDA: *Incluiu-se nessa categoria o idoso que declarou raça mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto. Nenhum idoso se declarou indígena.

**Para a apuração do rendimento familiar mensal, considerou-se o salário mínimo que vigorava no ano vigente da coleta de dados. O salário mínimo no Brasil era de R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais) no ano de 2016.

FONTE: A autora (2018).

Observa-se na TABELA 2 amostra homogênea quanto à variável sexo, predomínio da faixa etária entre 65 e 69 anos ($n=84$; 21,9%), sendo a média de idade 70,7 ($\pm 7,44$) anos. Mais da metade dos idosos são casados ($n=253$; 65,9%), seguido dos idosos viúvos ($n=70$; 18,2%). Predominou a raça branca ($n=313$; 81,5), renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos ($n=331$; 86,2%) e idosos com escolaridade de 1 a 4 anos ($n=208$; 54,2%).

A uniformidade da amostra referente ao sexo diverge da maioria dos estudos realizados com idosos brasileiros, nos quais se observa disparidade quantitativa entre os sexos. O predomínio do sexo feminino é apontado em pesquisas nacionais e internacionais que investigaram a fragilidade em idosos da comunidade. (AMARAL et al., 2013; AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017; CALADO et al., 2016; FRANSE et al., 2017; BOUZÓN et al., 2016; CHEN, L.J. et al., 2014).

Justifica-se a equivalência por sexo, encontrada no presente estudo, mediante às características dos contextos estudados. Para o AGG são direcionados os idosos com maior complexidade clínica, e a isto os homens são candidatos mais propensos, uma vez que apresentam maior resistência aos cuidados à saúde. (QUEIROZ et al., 2018; COELHO; GIACOMIN; FIRMO, 2016).

Relativo ao estado civil, grande parte dos estudos nacionais realizados com idosos apontam prevalência do estado civil casado (FREITAS et al., 2016; VERA et al., 2015a; CAMPOS et al., 2017), exceto quando a amostra se restringe a idosos longevos, os quais apresentam predomínio de idosos viúvos. (CAMPOS et al., 2016; GRDEN et al., 2017).

Os percentuais encontrados referentes à raça, escolaridade e renda mensal são consonantes aos dados sociodemográficos do município de São José dos Pinhais, no qual 73,4% da população referiu raça branca. A maior parte do segmento idoso possui baixa escolaridade, e renda familiar mensal de um a dois salários mínimos (IBGE, 2010), esses são fatores que conferem aos idosos baixa qualidade de vida.

Apresenta-se na TABELA 3 as distribuições de frequências da amostra total (n=384) referentes às características clínicas dos idosos.

TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS IDOSOS DA AMOSTRA TOTAL. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018.

Característica	Classificação	n (%)
Doenças	Sim	356 (92,7)
	Não	28 (7,3)
Uso de medicamento	Sim	344 (89,6)
	Não	40 (10,4)
Hospitalização*	Sim	89 (23,2)
	Não	295 (76,8)
Episódio de queda*	Sim	132 (34,4)
	Não	252 (65,6)
Dificuldade para enxergar	Sim	306 (79,7)
	Não	78 (20,3)
Dificuldade para ouvir	Sim	176 (45,8)
	Não	208 (54,2)
Solidão	Sim	123 (32)
	Não	261 (68)
Atividades de lazer	Sim	209 (54,4)
	Não	175 (45,6)
Atividades comunitárias**	Sim	87 (22,7)
	Não	297 (77,3)
TOTAL		384 (100)

LEGENDA: *Nos últimos doze meses

**As atividades comunitárias incluíram todas as atividades coletivas realizadas pelos idosos (ex.: clube de idosos, grupos religiosos, clube de mães, etc)

FONTE: A autora (2018).

Observa-se na TABELA 3 que cerca da totalidade da amostra possuía uma ou mais doenças (n=356; 92,7%) e um percentual significativo utilizava medicamento (n=344; 89,6%). A hospitalização nos últimos doze meses foi relatada por 89 (23,2%) idosos e 132 (34,4%) referiram episódio de queda no último ano. Os déficits visuais e auditivos atingiram 306 (79,7%) e 176 (45,8%) idosos, respectivamente. O relato de solidão esteve presente em 123 (32%) idosos, 209 (54,4%) realizavam atividades de lazer e 87 (22,7%) faziam alguma atividade comunitária.

As variáveis doenças e o uso de medicamentos atingiram quase a totalidade dos idosos investigados. Corroboram a esses resultados os estudos realizados com idosos no contexto ambulatorial. (BELINTANI et al., 2017; GERLAK; WERLANG; BÓS, 2015; PRIMEJDIE; BOJITA; POPA, 2016).

Considera-se expressiva a frequência de idosos que relataram prejuízos visuais e auditivos, e episódio de quedas no último ano. As quedas em idosos já são consideradas um significativo problema de saúde pública, em virtude da alta incidência nesse segmento etário. No Brasil há um déficit significativo sobre quedas e seus fatores relacionados na população de idosos em atendimento ambulatorial. No entanto, evidências de pesquisa têm mostrado que a incidência

de fraturas de quadril em decorrência das quedas no país é semelhante às incidências nos países desenvolvidos, o que coloca a premência de estudar um evento de alto impacto sobre o sistema de saúde. (HUNGRIA; DIAS; ALMEIDA, 2011).

O estudo qualitativo descritivo desenvolvido em Goiás (Brasil) objetivou traçar o perfil de idosos (≥ 60 anos) que sofreram quedas atendidos no Ambulatório de Geriatria e Gerontologia da Unidade Mista de Taguatinga no Distrito Federal. Os resultados apontaram os seguintes fatores determinantes para o evento de quedas: morar sozinho, sexo feminino, uso de várias medicações, baixa escolaridade, baixa renda, problemas de visão e de audição, insegurança para caminhar e calçadas desniveladas. (CAVALCANTE et al., 2015).

Um quantitativo expressivo de idosos relatou atividades para o lazer, no entanto um número reduzido referiu atividades comunitárias. Segundo Neri e Vieira (2013), o envolvimento em atividades de natureza social traz benefícios para a cognição, a saúde física, a longevidade e a funcionalidade, contribui para a manutenção da rede social do idoso, possibilita trocas sociais e favorece o sentir-se útil, o senso de pertencimento e os intercâmbios de ajuda.

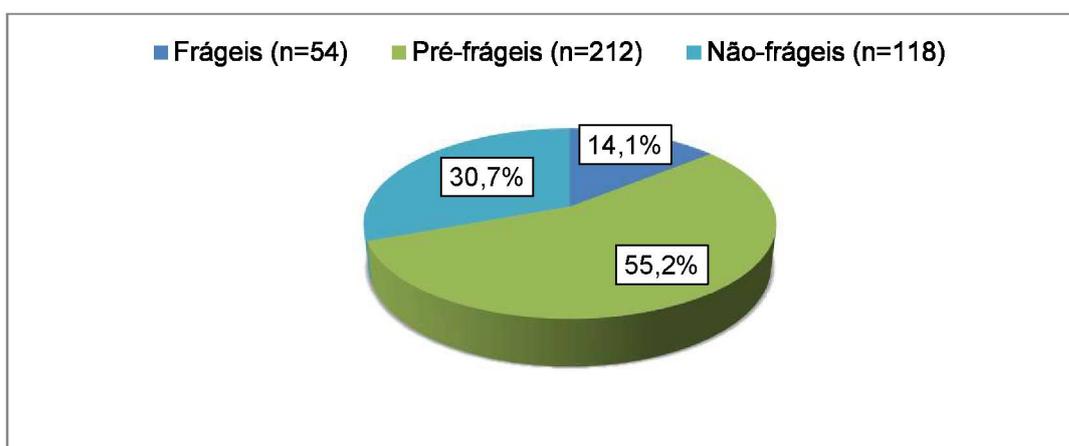
O estudo de Lenardt et al. (2016), com o objetivo de investigar a associação entre fragilidade física e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde no município de Curitiba/Paraná (Brasil), avaliou 203 idosos (≥ 60 anos). A fragilidade física foi avaliada segundo fenótipo de Fried e a qualidade de vida mediante o SF-36, o qual avalia oito domínios, dentre os quais os aspectos das relações sociais. Os resultados apontaram que, apesar dos idosos frágeis apresentarem menor média em todos os domínios do SF-36, a maior média observada foi no domínio “aspectos sociais” ($85,6 \pm 25,6$ pontos). Nos idosos frágeis as dimensões físicas mostraram-se mais prejudicadas, enquanto as dimensões psicossociais foram mais bem avaliadas. Isso sugere que, mesmo em condições de fragilidade física, os idosos mantinham sua participação social com atividades na comunidade e de lazer.

Observa-se um quantitativo considerável de idosos que relataram solidão. Esse é um sentimento, segundo Azeredo e Afonso (2016), difícil de expressar, sendo um constructo complexo e subjetivo que muitas vezes é confundido com o estar só ou isolado. Estudo longitudinal, com três anos de acompanhamento,

desenvolvido na China com 14.072 idosos (≥ 65 anos) objetivou avaliar a relação entre solidão, comportamentos sociais, saúde e mortalidade nos idosos. Os resultados mostram em 28% dos idosos, que relataram o sentimento de solidão, foi observado maior risco de mortalidade nos anos subsequentes. Os autores concluem que a solidão influencia e é influenciada pelas atividades sociais, atividades de lazer solitárias, exercício físico, saúde mental/emocional e limitações funcionais. (LUO; WAITE, 2014).

No GRÁFICO 2 apresenta-se a distribuição da classificação dos idosos da amostra total (n=384) quanto à condição de fragilidade física.

GRÁFICO 2 –DISTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DOS IDOSOS QUANTO À CONDIÇÃO DE FRAGILIDADE FÍSICA. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018.



FONTE: A autora (2018).

Observa-se no GRÁFICO 2 que a condição de fragilidade física (pré-fragilidade e fragilidade) esteve presente em 69,3% (n=267) dos idosos da amostra total. O maior quantitativo observado foi o de idosos na condição de pré-fragilidade (n=212; 55,2%). Esses idosos constituem parte da população encaminhada para o AGG, e que foram previamente rastreados para a vulnerabilidade, pelo instrumento de estratificação de risco VES-13.

Em outros contextos nacionais o quantitativo de idosos pré-frágeis também toma proporções significativas. No estudo de Freitas et al. (2016), com o objetivo de investigar a ocorrência de fragilidade, e analisar a capacidade funcional e qualidade de vida nos idosos atendidos em um serviço de geriatria gerontologia em Belém/Pará (Brasil) foram avaliados 103 idosos (≥ 60 anos), segundo o fenótipo de Fried. Os resultados apontaram percentuais ainda mais

elevados, 23% dos idosos foram classificados frágeis, 57% pré-frágeis e 20% não-frágeis.

Outra investigação nacional realizada no município de Porto Alegre/Rio Grande do Sul (Brasil), com amostra constituída por 521 idosos (≥ 60 anos), participantes do Estudo Multidimensional dos Idosos da Estratégia Saúde da Família (EMI-SUS) objetivou descrever a associação entre a fragilidade e as síndromes geriátricas. A prevalência de fragilidade foi de 21,5% e 51,1% de pré-fragilidade. (CLOSS et al., 2016).

Estudo do tipo transversal realizado no município de Amparo/São Paulo (Brasil) empregou o fenótipo de Fried para avaliar a prevalência da síndrome da fragilidade em 306 idosos (≥ 65 anos), atendidos na atenção primária à saúde. Os pesquisadores encontraram um quantitativo preocupante, visto que os idosos pré-frágeis atingiram 71,5%, e os frágeis 21,5%, esses são dados significativamente acima dos percentuais do presente estudo, que já são elevados. (AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017).

Uma revisão sistemática com metanálise objetivou buscar na literatura, a partir do ano 2.000, evidências da prevalência de fragilidade (critério de Fried) entre idosos japoneses (≥ 65 anos) residentes em comunidade. A busca foi conduzida em 11 bases de dados, sendo encontrados 1.529 estudos, dos quais cinco perfizeram o corpus da revisão. A prevalência agrupada ($n=11.940$) de idosos frágeis, pré-frágeis e não-frágeis foi de 7,4%, 48,1% e 44,4%, respectivamente. (KOJIMA et al., 2017).

No estudo *op cit.*, os idosos frágeis abrangem a metade da distribuição encontrada na amostra do presente estudo ($n= 54$; 14,1%), logo é preciso atentar para os contextos estudados, que possuem aspectos distintos, e características das amostras suficientemente dessemelhantes. Os autores *op cit.* atribuem ao baixo percentual de fragilidade à uniformidade da amostra, na qual foram incluídos apenas estudos com idosos de nacionalidade japonesa.

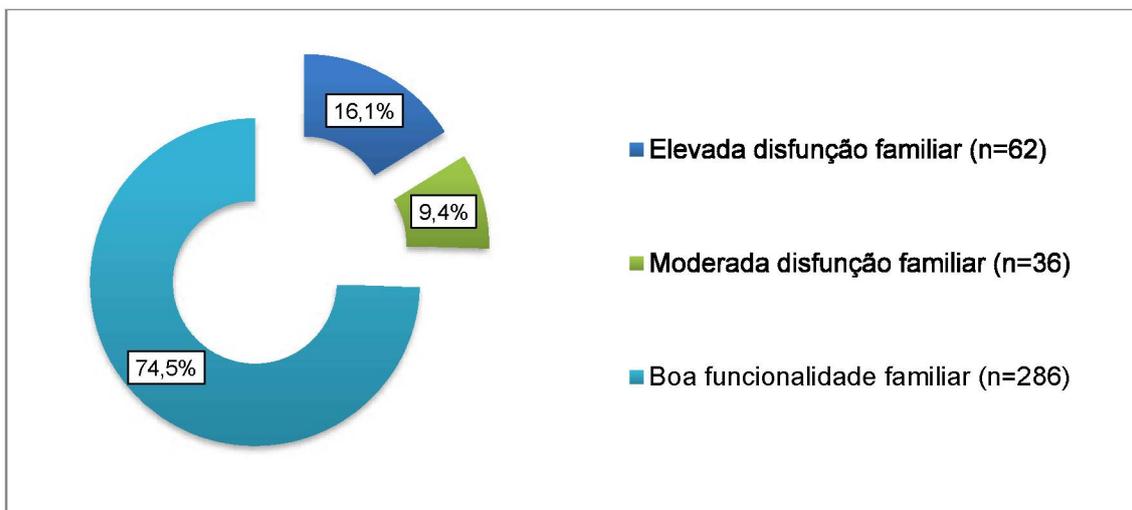
A pesquisa realizada com 8.804 idosos australianos (≥ 65 anos) da comunidade também utilizou o fenótipo de Fried para a avaliação da fragilidade. O resultado relativo aos idosos frágeis evidenciou prevalência três vezes superior quando comparado ao estudo desenvolvido no Japão de Kojima et al. (2017). O índice de idosos frágeis atingiu 21%, contudo foi equivalente o de idosos pré-frágeis (48%). (THOMPSON et al., 2018).

Dessa forma, ao comparar esses resultados aos achados do presente estudo é preciso considerar as diferenças socioeconômicas entre os contextos e os países em que as pesquisas foram realizadas. Os estudos realizados em países desenvolvidos, que possuem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado, mostram taxas menores de idosos frágeis quando comparados aos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

A condição de fragilidade física sofre influência de fatores como o baixo nível de escolaridade e renda das amostras investigadas (FRIED et al., 2001; GRDEN, et al. 2017; BANDEEN-ROCHE et al., 2015), entretanto, as variações observadas também podem ser o resultado de características genéticas e ambientais que se modificam em países. (SATHYAN et al., 2018, VALDIGLESIAS et al., 2018; MAKIZAKO et al., 2018, SIRIWARDHANA et al., 2018, ZAZZETTA et al., 2017; GARCÍA-ESQUINAS; RODRÍGUEZ-ARALEJO, 2017).

Apresenta-se no GRÁFICO 3 a classificação dos idosos da amostra total (n=384) quanto à avaliação do APGAR de Família.

GRÁFICO 3 - CLASSIFICAÇÃO DOS IDOSOS QUANTO À AVALIAÇÃO DO APGAR DE FAMÍLIA. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018.



FONTE: A autora (2018).

Observa-se no GRAFICO 3 que a prevalência de disfunção familiar total (elevada e moderada) foi de 25,5% (n=98) da amostra total. Esse é um quantitativo elevado de idosos que estão desassistidos, com o devido cuidado

prejudicado. Há que se considerar que essa soma poderá ser ainda maior, visto que durante a aplicação do APGAR de Família o idoso permaneceu com seu acompanhante, a maioria, um cuidador familiar.

Destaca-se que não foram encontrados estudos na literatura vigente sobre a temática funcionalidade familiar, com o emprego do instrumento de avaliação “APGAR de Família” e particularmente no contexto ambulatorial. O estudo de Wang e Huang (2016) é o que foi desenvolvido em um contexto com características mais próximas a dos idosos do presente estudo.

Os pesquisadores Wang e Huang (2016) realizaram um estudo de corte transversal com 50 idosos (≥ 65 anos) da Cidade de Taipé (Taiwan). Esses idosos eram assistidos por um serviço de atenção domiciliar, oferecido pelo hospital do município. Os resultados evidenciaram prevalência de disfunção familiar elevada de 18% ($n=9$).

O estudo transversal desenvolvido em Goiânia/Goiás (Brasil), com idosos (≥ 60 anos) da comunidade, objetivou analisar a prevalência e os fatores associados à disfunção familiar, e capacidade funcional. Os resultados mostraram prevalência de 18,1% ($n=149$) de idosos com disfunção familiar total, a frequência é menor quando comparada ao presente estudo (25,52%; $n=98$), assim como a de disfunção familiar elevada 64 (6,85%), e a DF moderada atingiu 85 (9,10%) semelhante a este estudo (9,4%; $n=36$). (VERA et al., 2015a).

Outro estudo foi realizado com amostra constituída por 2.052 idosos (≥ 60 anos) no município de Sete Lagoas/Mina Gerais (Brasil), com o objetivo de avaliar a funcionalidade familiar de idosos brasileiros e testar a influência de fatores determinantes. Os pesquisadores encontraram prevalência de 8,62% ($n=177$) de disfunção familiar elevada e 15,11% ($n=310$) de moderada, totalizando 23,73% de disfunção familiar. (CAMPOS et al., 2017). Esta distribuição de DF total converge para a do presente estudo.

Pesquisa desenvolvida com o objetivo analisar as propriedades psicométricas do APGAR de Família aplicou-se o instrumento em 430 idosos (≥ 60 anos), residentes no município de Ceará/Fortaleza (Brasil). Com proporção inferior ao estudo *op cit.* a disfunção familiar total foi de 18,37% ($n=70$), sendo 9,5% ($n=41$) idosos com elevada disfunção familiar e 8,8% ($n=38$) com moderada disfunção familiar. (SILVA et al., 2014).

Investigação realizada com 100 idosos longevos dependentes de cuidado, residentes do município de Palmeira das Missões/Rio Grande do Sul (Brasil), objetivou avaliar a dinâmica da família, qualidade e o estilo de vida de idosos da quarta idade e de seus familiares cuidadores. Os resultados indicaram que, a totalidade dos idosos apresentaram algum grau de disfunção familiar. A DF moderada atingiu 20% dos idosos e 80% a DF elevada. (GONÇALVES et al., 2013).

Os percentuais encontrados pelas autoras no estudo *op cit.*, divergem significativamente do presente estudo. A amostra do estudo de Gonçalves et al. (2013) é composta por idosos dependentes, essa variável justifica a disparidade. Uma vez que, estudos apontam a condição de dependência como fator determinante para a disfunção familiar. (VERA et al., 2015a; RABELO, 2014; TORRES et al., 2009; TORRES et al., 2010; RABELO; NERI, 2016).

Na TABELA 4 observa-se a associação entre fragilidade física e funcionalidade familiar.

TABELA 4 - ASSOCIAÇÃO ENTRE FRAGILIDADE FÍSICA E FUNCIONALIDADE FAMILIAR. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018.

Condição de Fragilidade Física	APGAR de Família			Valor de p^*
	Boa funcionalidade n (%)**	Moderada disfunção n (%)**	Elevada disfunção n (%)**	
Frágil	35 (12,2)	7 (19,4)	12 (22,2)	0,344
Pré-frágil	157 (54,9)	21(58,3)	34 (54,8)	
Não-frágil	94 (32,9)	8 (22,2)	16 (25,8)	
Total	286 (100)	36 (100)	62 (100)	

LEGENDA: *teste de *qui*-quadrado

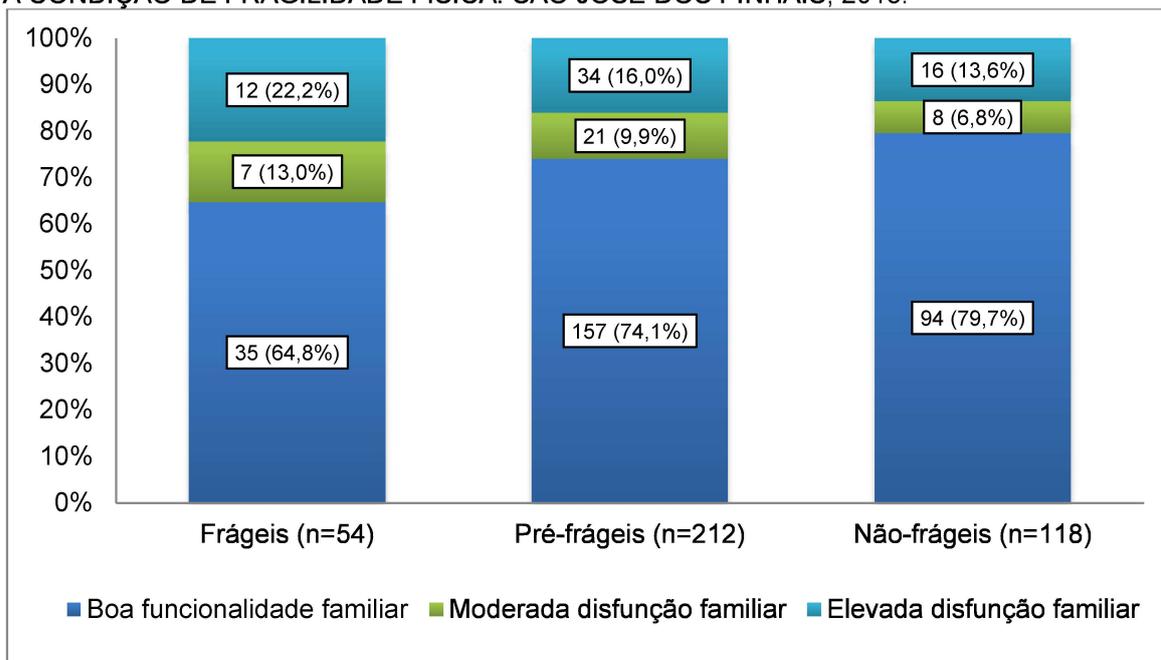
**percentual calculado por classificação do APGAR de Família

FONTE: A autora (2018).

A condição de fragilidade física não se associou à funcionalidade familiar ($p=0,344$). Entretanto, observa-se que o percentual de frágeis entre os idosos com elevada DF (22,2%) e moderada DF (19,4%) é maior que o observado entre os idosos com boa funcionalidade familiar (12,2%). Dessa forma, pode-se afirmar que o grau de fragilidade física entre os idosos é diretamente proporcional ao nível de disfunção familiar (TABELA 4).

Verifica-se no GRÁFICO 4 a distribuição de idosos nas classificações do APGAR de família e a condição de fragilidade.

GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS NAS CLASSIFICAÇÕES DO APGAR DE FAMÍLIA E A CONDIÇÃO DE FRAGILIDADE FÍSICA. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018.



FONTE: A autora (2018).

Nota-se que a frequência de elevada DF entre os idosos frágeis (n=12; 22,2%) é maior do que entre os idosos pré-frágeis (n=34; 16,0%), superior à observada entre os idosos não-frágeis (n=16; 13,6%) (GRÁFICO 4).

Em razão do déficit de estudos referentes à temática fragilidade física e insuficiência familiar, as discussões foram alicerçadas em estudos com variáveis de interesses correlatas, embora não análogas as do presente estudo.

Em Natal/Rio Grande do Norte (Brasil) foi realizado um estudo transversal com amostra composta 300 idosos (≥ 65 anos), que objetivou analisar a associação entre o apoio social e a síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. A fragilidade foi avaliada segundo os componentes do fenótipo de Fried, e o índice de frequência de contatos (IFC), para examinar o grau em que o idoso estava conectado socialmente, o que correspondeu ao número de contatos mensais com filhos, irmãos, outros familiares e amigos. Os resultados apontaram prevalência de 18,3% de idosos frágeis e 54,3% de pré-frágeis. Com relação ao IFC, 28,7% dos idosos apresentaram baixa frequência de contatos. Na análise univariada, não houve relação entre a fragilidade física e o IFC ($p=0,91$), assim como a fragilidade física não se associou a nenhum outro parâmetro de apoio social avaliado. (AMARAL et al., 2013).

Considerando que a sarcopenia é um parâmetro também fidedigno para avaliar a fragilidade em idosos, o estudo realizado na China avaliou a relação entre sarcopenia e a funcionalidade familiar em 834 idosos (≥ 60 anos) vivendo na comunidade. A funcionalidade familiar foi operacionalizada mediante o APGAR de Família e a sarcopenia avaliada segundo os critérios estabelecidos no Consenso do *Asian Working Group for Sarcopenia* (CHEN, L.K. et al., 2014): massa muscular, medida por meio do *Bioelectrical Impedance Analysis* (BIA); força muscular, medida por meio da força de preensão manual; e a performance física, avaliada segundo a velocidade da marcha (6 metros). Os resultados mostraram que os idosos sarcopênicos (ambos os sexos) apresentaram pontuações menores no APGAR de Família. A funcionalidade familiar esteve significativamente associada à sarcopenia nos homens ($p=0,003$) e nas mulheres ($p=0,013$). (HAI et al., 2017).

O estudo *op cit.* não empregou o fenótipo da fragilidade física de Fried (2001), no entanto, investigou duas variáveis que compõem o fenótipo: a velocidade da marcha e a força de preensão manual. A realização de atividades físicas foi avaliada como um parâmetro do “estilo de vida” dos idosos e os pesquisadores utilizaram o *International Physical Activity Questionnaire*.

Divergente dos resultados apresentados no presente estudo, os pesquisadores Hai et al. (2017) evidenciaram associação entre a sarcopenia e funcionalidade familiar. Sob esse aspecto, vale ressaltar o percentual de idosos chineses que relataram realizar atividades físicas com muita frequência foi elevado tanto entre os sarcopênicos ($n=48$; 54,5%), como entre os não-sarcopênicos ($n=494$; 66,2%). Esses dados divergem dos encontrados no presente estudo, no qual a diminuição das atividades físicas foi o componente que apresentou maior frequência de idosos frágeis ($n=151$; 39,2%) (TABELA 6).

Esse achado reforça a importância da realização de atividades físicas para evitar o desenvolvimento ou progressão da síndrome da fragilidade física no idoso, ela é apontada como uma das intervenções eficazes na gestão da fragilidade. (MORLEY et al., 2013).

O estudo transversal foi desenvolvido com 247 idosos (≥ 60 anos), cadastrados em cinco Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de São Carlos/São Paulo (Brasil). Com o objetivo de identificar a relação entre fragilidade, características sociodemográficas e vulnerabilidade

social de idosos, a fragilidade foi avaliada mediante a Escala de Fragilidade de Edmonton e a vulnerabilidade classificada segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. A correlação das variáveis (coeficiente de Spearman) fragilidade, sociodemográficas e vulnerabilidade social foi negativa ($r=-0,043$) e não significativa ($p=0,493$). (JESUS et al., 2017).

O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social fornece a localização das áreas que abrigam os segmentos populacionais mais vulneráveis dentro de cada município. O conceito de vulnerabilidade social adotado por essa classificação é multifatorial e inclui, dentre outros fatores, os arranjos familiares (idades dos membros, idade dos responsáveis pelo domicílio), o suporte social e a renda familiar. (SEADE, 2010).

No estudo de Jesus et al. (2017) foram empregados parâmetros distintos de avaliação, no entanto, o resultado da não-associação entre as variáveis também foi desfecho encontrado no presente estudo. Segundo Souza et al. (2015), baixo apoio social e vulnerabilidade social são atributos definidores e consequentes da síndrome da insuficiência familiar.

Resultados divergentes do estudo de Jesus et al. (2017) foram os encontrados na pesquisa desenvolvida com o objetivo de investigar preditores físicos, psicológicos e sociais da fragilidade. A investigação utilizou dados da segunda onda de avaliações do *English Longitudinal Study of Aging* (ELSA), com amostra composta por 4.638 idosos entre 65 e 69 anos. Os achados apontaram que a presença de doenças crônicas, diminuição das atividades físicas, sintomas depressivos, comprometimento cognitivo e suporte social precário são todos preditores de fragilidade física ($p<0,005$). (DING; KUHA; MURPHY, 2017).

Os apoios familiares podem atuar positivamente sobre a saúde física e mental dos idosos, pois favorecem o enfrentamento, fortalecem o sistema imunológico e contribuem para o senso de controle, para o bem-estar psicológico e para a satisfação com a vida. (MOTA et al., 2010; FIORILLO; SABATINI, 2011; ALVARENGA et al., 2011). No presente estudo, dos 384 idosos, 98 (25,5%) apresentam disfunção familiar. Isso significa que uma parcela excessiva de idosos não dispõe de suporte familiar adequado na fase da vida no qual este se faz mais necessário.

A insuficiência familiar além de dificultar a prestação de assistência ao idoso, principalmente diante da dependência resultante de problemas de saúde

física e psicológicas nos idosos, também se mostra como um fator de risco para carências materiais, sociais, psicológicas e afetivas. (TORRES et al., 2010).

Estudo realizado em Santo Antônio de Jesus/Bahia (Brasil) objetivou investigar as relações entre a configuração familiar, as condições de saúde física, psicológica e a satisfação com os relacionamentos familiares. Foram avaliados 134 idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde do município. Os relacionamentos familiares foram avaliados pelo APGAR de Família e foram identificadas as variáveis de interesse presença de comorbidades, capacidade funcional e envolvimento social. A condição psicológica foi avaliada mediante a Escala de Depressão Geriátrica. As variáveis que mais contribuíram para a formação dos conglomerados foram o desempenho de atividades básicas de vida diária ($R^2=0,725$) e a funcionalidade familiar ($R^2=0,757$). (RABELO; NERI, 2015a).

Visualiza-se na TABELA 5 a distribuição das pontuações médias dos idosos da amostra total ($n=384$) nos domínios do APGAR de Família por classificação de fragilidade física.

TABELA 5—DISTRIBUIÇÃO DAS PONTUAÇÕES MÉDIAS DOS IDOSOS NOS DOMÍNIOS DO APGAR DE FAMÍLIA POR CLASSIFICAÇÃO DE FRAGILIDADE FÍSICA. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018.

Domínio do APGAR de Família	Condição de Fragilidade Física			Total Média (DP)
	Frágil Média (DP)	Pré-frágil Média (DP)	Não-frágil Média (DP)	
Adaptação	1,44 (0,82)	1,63 (0,70)	1,69 (0,62)	1,62 (0,69)
Companheirismo	1,33 (0,82)	1,51 (0,76)	1,47 (0,78)	1,47 (0,77)
Desenvolvimento	1,39 (0,83)	1,49 (0,78)	1,63 (0,69)	1,52 (0,76)
Afetividade	1,44 (0,84)	1,52 (0,77)	1,68 (0,64)	1,56 (0,75)
Resolução	1,33 (0,89)	1,63 (0,71)	1,63 (0,65)	1,59 (0,72)
TOTAL	6,96 (3,62)	7,82 (2,83)	8,11 (2,75)	7,79 (2,92)

FONTE: A autora (2018).

A pontuação média total dos idosos no APGAR de Família foi de 7,79 ($\pm 2,94$). Observa-se na TABELA 5 que a média total obtida no APGAR de Família indica que os idosos frágeis apresentam moderada disfunção familiar 6,96 ($\pm 3,62$), os idosos pré-frágeis 7,82 ($\pm 2,83$) e não-frágeis 8,11 ($\pm 2,75$) apresentam boa funcionalidade familiar.

O domínio do APGAR de Família "companheirismo" foi o que apresentou, entre os idosos frágeis e não-frágeis, a menor média de pontuação, sendo 1,33

($\pm 0,82$) e 1,47 ($\pm 0,78$), respectivamente. E, em todos os níveis de fragilidade, a maior média observada foi no domínio "adaptação" (TABELA 5).

No estudo de VERA et al. (2015a) a pontuação média obtida pelos idosos da comunidade foi de 4,01 ($\pm 1,842$) pontos. Igualmente, no estudo de Silva et al. (2014) observou-se pontuação média inferior ($6,8 \pm 2,2$) a encontrada no presente estudo. Já na investigação realizada por Hai et al. (2017) a média encontrada no APGAR de Família ($8 \pm 0,92$) foi semelhante à do presente estudo.

Na TABELA 6 são apresentadas as associações entre a funcionalidade familiar e os marcadores de fragilidade física.

TABELA 6 - ASSOCIAÇÃO ENTRE A FUNCIONALIDADE FAMILIAR E OS MARCADORES DE FRAGILIDADE FÍSICA. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018.

Marcadores de Fragilidade Física	APGAR de Família			Valor de p^*
	Boa funcionalidade n (%)**	Moderada disfunção n (%)**	Elevada disfunção n (%)**	
Perda de peso não intencional				
Sim	39 (13,6)	7 (19,4)	8 (12,9)	0,614
Não	247 (86,4)	29 (80,6)	54 (87,1)	
Velocidade da marcha reduzida				
Sim	55 (19,2)	8 (22,2)	14 (22,6)	0,789
Não	231 (80,8)	28 (77,8)	48 (77,4)	
Força de preensão manual reduzida				
Sim	58 (20,3)	8 (22,2)	14 (22,6)	0,900
Não	228 (79,7)	28 (77,8)	48 (77,4)	
Diminuição do nível de atividade física				
Sim	108 (37,8)	18 (50,0)	25 (40,3)	0,361
Não	178 (62,2)	18 (50,0)	37 (59,7)	
Fadiga/exaustão				
Sim	60 (21,0)	14 (38,9)	25 (40,3)	0,001
Não	226 (79,0)	22 (61,1)	37 (59,7)	

LEGENDA: *teste de *qui*-quadrado

**percentual calculado por marcador de fragilidade física

FONTE: A autora (2018).

Na TABELA 6 observa-se que para o componente "perda de peso não intencional" o percentual de idosos frágeis são semelhantes entre os idosos com boa funcionalidade familiar (13,6%) e elevada DF (12,9%), sendo a maior frequência de frágeis observada entre os idosos com moderada DF (19,4%). O mesmo se observa no componente "nível de atividade física", no qual a frequência de idosos frágeis é semelhante entre os idosos com boa funcionalidade familiar (37,8%) e elevada DF (40,3%), sendo a maior porcentagem observada nos idosos com moderada DF (50,0%).

Destaca-se ainda que, para o componente "velocidade da marcha" o percentual de idosos frágeis é semelhante entre os idosos com boa funcionalidade familiar (19,2%), moderada DF (22,2%) e elevada DF (22,6%). Também para "força de preensão manual" as frequências observadas são similares entre os com boa funcionalidade (20,3%), moderada DF (22,2%) e elevada DF (22,6%) (TABELA 6).

A distribuição homogenia do percentual de idosos frágeis em todas as classificações do APGAR de Família para os componentes "perda de peso não intencional", "velocidade da marcha" e "força de preensão manual", sugere não haver relação direta desses componentes com a funcionalidade familiar. Já, a fragilidade marcada pelo componente "nível de atividade física" ($p=0,361$) mostra valor de relação mais próximo à funcionalidade familiar. (TABELA 6).

O percentual de idosos frágeis para o marcador "fadiga/exaustão", 21% entre os com boa funcionalidade familiar, 38,9% entre aqueles com moderada DF e 40,3% com elevada DF, mostrou proporcionalidade direta ao grau de disfunção familiar e apresentou relação estatisticamente significativa ao APGAR de Família ($p=0,001$) (TABELA 6).

A avaliação do componente "fadiga/exaustão" é realizada mediante duas questões da Escala de Depressão (CES-D). O isolamento social, fatores psicossociais e até a depressão podem interferir na realização de atividades físicas pelos idosos, assim como no relato de sentir-se cansado/exausto. Além disso, pesquisas mostram que sintomas depressivos no idosos estão relacionados à presença de fragilidade (PEGORARI; TAVARES, 2014; SOUZA et al., 2017; JOHN; TYAS; MONTGOMERY, 2013).

A depressão e a ansiedade são os agravos psiquiátricos mais comuns na velhice e estão associadas à percepção de suporte social como insuficiente ou negativo, ao menor grau de proximidade com outras pessoas e a menor satisfação com as relações sociais e/ou familiares. (CARL et al., 2013)

Estudo realizado em Dourados/Mato Grosso do Sul (Brasil) objetivou classificar as famílias de idosos com sintomas depressivos quanto à funcionalidade e verificar se existe associação entre tais sintomas, a funcionalidade familiar e as características sociodemográficas dos idosos. Foram avaliados 374 idosos (≥ 60 anos) da comunidade com e sem sintomas depressivos, avaliados mediante a Escala de Depressão Geriátrica-15 itens

(GDS-15) e a funcionalidade familiar operacionalizada segundo o APGAR de Família. A depressão esteve associada à funcionalidade familiar ($p < 0,001$) e à atividade física ($p = 0,020$). Os pesquisadores concluíram que a família funcional pode representar apoio efetivo para idosos com sintomas depressivos, ao oferecer um ambiente de conforto que assegura o bem-estar de seus membros. Já a família disfuncional dificilmente consegue prover a atenção necessária ao idoso, o que pode agravar os sintomas depressivos. (SOUZA et al., 2014).

A investigação do tipo qualitativa realizada no município de Florianópolis/Santa Catarina (Brasil) avaliou 30 idosas (≥ 80 anos) fisicamente inativas, com o objetivo de analisar as percepções quanto às barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física. As principais barreiras apontadas pelas longevas foram a limitação física, a falta de disposição, o excesso de cuidado da família, os exercícios físicos inadequados, as doenças, falta de segurança, o casamento e o cuidar dos filhos, nunca ter realizado atividades físicas para lazer, o medo de quedas e o aumento da idade. Os principais facilitadores foram o prazer pela prática de atividade física, a socialização, os benefícios da atividade física, os exercícios físicos adequados, ter companhia para praticar atividades físicas. (KRUG; LOPES; MAZO, 2015).

Os achados do estudo *op cit.* corroboram aos encontrados neste estudo. A não realização de atividades físicas por idosos revela consequências importantes, atinge aspectos psicossociais, e não apenas os fatores físicos relacionados ao envelhecimento.

5.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUALITATIVA

Inicialmente são apresentadas as características sociodemográficas e clínicas, no formato quantitativo, da subamostra composta por 74 idosos, na condição de frágeis/pré-frágeis com moderada/elevada disfunção familiar, comparados à amostra total ($n=384$). Na sequência são apresentadas as características sociodemográficas e clínicas, no formato quantitativo, dos idosos entrevistados, e a síntese do predomínio dessas características. Posteriormente, são apresentadas as interpretações das entrevistas.

Apresenta-se na TABELA 7 a distribuição das características sociodemográficas dos idosos da subamostra ($n=74$).

TABELA 7– CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS DA SUBAMOSTRA. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018.

Característica	Classificação	n (%)
Sexo	Masculino	25 (33,8)
	Feminino	49 (66,2)
Faixa etária	60-64	22 (29,7)
	65-69	24 (32,4)
	70-74	9 (12,2)
	75-79	11 (14,9)
	≥80	8 (10,8)
Estado civil	Casado	39 (52,7)
	Divorciado	14 (18,9)
	Viúvo	14 (18,9)
	Solteiro	7 (9,5)
Raça	Branca	55 (74,3)
	Preta	6 (8,1)
	Parda*	13 (17,6)
Renda familiar mensal**	1 a 2	66 (89,2)
	2 a 4	7 (9,5)
	≥5	1 (1,3)
Escolaridade	Analfabeto	17 (23,0)
	Analfabeto funcional	3 (4,0)
	1-4 anos escolaridade	37 (50,0)
	4-8 anos escolaridade	8 (10,8)
	>8 anos escolaridade	9 (12,2)
TOTAL		74 (100)

LEGENDA: *Incluiu-se nessa categoria o idoso que declarou raça mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto. Não houve idosos da raça amarela e nenhum idoso se declarou indígena

**Para a apuração do rendimento familiar mensal, considerou-se o salário mínimo que vigorava no ano vigente da coleta de dados. O salário mínimo no Brasil era de R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais) no ano de 2016.

FONTE: A autora (2018).

Observa-se na TABELA 7 predomínio do sexo feminino (n=49; 66,2%), faixa etária de 65 a 69 anos (n=24; 32,4%), estado civil casado (n=39; 52,7%), raça branca (n=55; 74,3%), renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (n=66; 89,2%) e 1 a 4 anos de escolaridade (n=37; 50,0%).

As características sociodemográficas quando comparadas às observadas na amostra total (n=384) (TABELA 2), diferem em relação ao sexo e a raça. Observou-se predomínio do sexo feminino (n=49; 66,2%) e aumento do percentual de idosos pardos (17,6%).

Na literatura, o sexo feminino é apontado como prevalente em estudos que avaliaram a funcionalidade familiar em idosos (SOUZA et al., 2014; BRITO, 2014; VERA et al., 2015a) e mostra relação com a condição de fragilidade física. (LENARDT et al., 2015; AMARAL, 2017; MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014).

Embora a raça branca permaneça predominante na subamostra (n=55; 74,3%), o aumento do percentual de idosos pardos pode ser explicado pelo maior risco de vulnerabilidade social a que essa raça está exposta. (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014).

Verifica-se na TABELA 8 a distribuição das características clínicas dos idosos da subamostra (n=74).

TABELA 8 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS IDOSOS DA SUBAMOSTRA. SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018.

Característica	Classificação	n (%)
Doenças	Sim	72 (97,3)
	Não	2 (2,7)
Uso de medicamento	Sim	70 (94,6)
	Não	4 (5,4)
Hospitalização*	Sim	21 (28,4)
	Não	53 (71,6)
Episódio de queda*	Sim	37 (50,0)
	Não	37 (50,0)
Dificuldade para enxergar	Sim	65 (87,8)
	Não	9 (12,2)
Dificuldade para ouvir	Sim	37 (50,0)
	Não	37 (50,0)
Solidão	Sim	41 (55,4)
	Não	33 (44,6)
Atividades de lazer	Sim	36 (48,6)
	Não	38 (51,4)
Atividades comunitárias	Sim	11 (14,9)
	Não	63 (85,1)
TOTAL		74 (100)

LEGENDA: *nos últimos doze meses

FONTE: A autora (2018).

Observa-se na TABELA 8 que praticamente a totalidade dos idosos da subamostra possuem alguma doença (n=72; 97,3%) e fazem uso de um ou mais medicamentos (n=70; 94,6%). A hospitalização nos últimos doze meses foi relatada por 21 (28,4%) idosos e metade (n=37; 50,0%) referiu episódio de queda no último ano. Os déficits visuais e auditivos foram mencionados por 65 (87,8%) e 37 (50,0%) idosos, respectivamente. O relato de solidão esteve presente em 41 (55,4%) idosos, 36 (48,6%) realizavam atividades de lazer e apenas 11 (14,9%) faziam alguma atividade comunitária.

Em comparação às características clínicas da amostra total (TABELA 3), os idosos da subamostra divergem quanto à variável queda e solidão. Observa-se percentual maior de idosos que relataram quedas nos últimos doze meses (n=37; 50,0%), e frequência superior de idosos que solidão (n=41; 55,4%).

O aumento da frequência de idosos que relataram quedas pode ser justificado pelo critério de inclusão dos idosos na subamostra: idosos classificados como frágeis/pré-frágeis.

Revisão sistemática com metanálise, com objetivo de analisar a prevalência de quedas e fragilidade e a relação entre ambas, avaliou 19 estudos publicados entre 2001 e 2015. Os resultados apontaram que a ocorrência de quedas está relacionada à presença de fragilidade no idoso (OR 1,80, 95% CI 1.51-2.13). (FHON et al., 2016).

Estudo da Rede FIBRA de Belo Horizonte/Minas Gerais (Brasil), com o objetivo de identificar a prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos comunitários, avaliou 601 idosos (≥ 60 anos). Os resultados apontaram associação entre a condição de fragilidade e a ocorrência de quedas ($p < 0,001$). (VIEIRA et al., 2013).

O maior percentual do relato de solidão entre os idosos da subamostra é explicado pelo fato de possuírem disfunção familiar moderada/elevada. Idosos que avaliam mal o funcionamento da família tendem a sentirem-se sozinhos ou solitários com maior frequência. (WU et al., 2010; TESTON; SILVA; MARCON, 2017).

Pesquisa conduzida com 744 idosos (≥ 65 anos) em Wuhan (China) investigou a prevalência e fatores relacionados à solidão em idosos na atenção primária à saúde. O relato de solidão esteve presente em 26,2% da amostra. Dentre os fatores que se associaram à solidão, apontaram a não-relação familiar (OR 1,75, IC 95% 1,10-2,78, $p = 0,019$), o fato de viver sozinho (OR 4,37, IC 95% 2,27-8.41, $p < 0,001$) e família em situação de pobreza (OR 2,44, IC 95% 1,48-4.00, $p < 0,001$). (ZHONG et al., 2018).

Referente à variável atividade de lazer, embora o aumento percentual comparado à amostra total não seja expressivo, nota-se que predominou os idosos que relataram não possuir nenhuma atividade de lazer ($n = 38$; 51,4%). O percentual de idosos que não realizam atividades comunitárias também aumentou ($n = 63$; 85,1%).

Esses dados apontam que os idosos frágeis/pré-frágeis e com moderada/elevada disfunção familiar, além de serem isolados socialmente, não realizam atividades de entretenimento que contribuam para o bem-estar pessoal.

Para o idoso **as principais redes de integração social**, encarregadas de **fornecer uma base de apoio ampla, são compostas, além da família, amigos e vizinhos**, por aquelas advindas do envolvimento da pessoa idosa com a comunidade, como pertencente ao bairro, a grupos religiosos e clubes. (CHENG et al., 2009).

Segundo Souza et al. (2015), um dos atributos definidores da síndrome da insuficiência familiar é o **baixo apoio social ao idoso**. Este é apontado como fator importante para o bem-estar psicossocial ao longo da vida, principalmente em idades mais avançadas, quando problemas de saúde tendem a aumentar. (DAI et al., 2016).

Dos 15 idosos entrevistados houve predomínio do sexo feminino (n=11; 73,3%), faixa etária de 65 a 69 anos (n=7; 46,7%), estado civil casado (n=10; 66,7%), brancos (n=12; 80,0%), com renda familiar até 2 salários mínimos (n=13; 86,7%), e os idosos com 1 a 4 anos de estudo (n=10; 66,7%).

Quanto às variáveis clínicas, todos possuíam alguma doença e faziam uso de algum medicamento. Apenas 1 (6,7%) idoso relatou hospitalização nos últimos doze meses e 4 (26,7%) queda no último ano; 12 (80,0%) idosos referiram dificuldade para enxergar e 7 (46,7%) dificuldade para ouvir.

A solidão foi referida por 9 (60,0%) idosos, 10 (66,7%) realizavam alguma atividade de lazer e apenas 2 (13,3%) participavam de alguma atividade comunitária.

Acerca dos arranjos domiciliares predominaram os idosos que residiam apenas com o cônjuge (n=7; 46,7%), dois (13,3%) residiam sozinhos, quatro (26,7%) com o cônjuge e o(s) filho(s) adulto(s) e dois (13,3%) apenas com os netos adolescentes.

Nessa subamostra, que incorporou 15 idosos entrevistados, predominaram as mulheres **casadas, com renda familiar até 2 salários mínimos e com baixo nível de escolaridade**. Todas elas possuíam alguma doença e faziam uso de algum medicamento, e predominaram as que referiram dificuldade para enxergar. A maioria residia apenas com o cônjuge, no entanto alegaram **solidão**.

Na sequência apresentam-se as interpretações e discussões sobre as informações extraídas das entrevistas, junto aos idosos frágeis/pré-frágeis com moderada/elevada disfunção familiar. As análises foram orientadas pelo método

do Discurso do Sujeito Coletivo, e as discussões fundamentadas nos preceitos filosóficos do amor, da presença/ausência, da esperança e do *ser e ter* na relação com o outro (MARCEL, 1953, 1969, 2003).

Emergiram quatroldeias Centrais “Eu cuido da minha família e cuido de mim mesmo”, “Hoje cada um tem a sua vida e falta tempo para eles cuidarem de mim”, “Eu tenho fé que alguém cuidará de mim” e “Eu sinto falta da presença da minha família e me sinto sozinho.

Ideia Central 1: Eu cuido da minha família e cuido de mim mesmo

Expressões chave

E4: [...] todos os dias, dos quatro filhos, três vão fazer a refeição lá em casa. Eles moram próximo, trabalham o dia inteiro e não têm tempo de fazer comida, e toda tarde os netos também ficam lá em casa para gente cuidar.

E5: Meus filhos não conseguem me ajudar com nada. Às vezes quando eu ganho a cesta básica eu tenho que dividir com a minha filha, [...] porque ela está passando dificuldade. Então muitas vezes ela depende de mim.

E7: [...] o dinheiro que eu ganho não dá para pagar as contas. Tem a minha filha que mora comigo, mas ela está desempregada, não consegue emprego. E os filhos dela sou eu que crio. Eles não dão um centavo para ajudar.

E8: [...] quando eles precisam de mim eu sirvo para eles, mas quando eu preciso deles é bem difícil que eles façam alguma coisa por mim. A minha filha mais nova está passando por uns problemas [...] e eu disse para ela que enquanto eu puder ajudar ela eu vou ajudar, porque eu sofro junto. Mãe é mãe. O meu filho que não tem para onde ir depois que se divorciou está morando comigo agora, e tudo sobra para mim.

E11: A gente tem que se virar sozinho. Precisa se deslocar, essas coisas são todas difíceis para gente. Então a gente precisa dos filhos, mas eles é que dependem mais de mim. Às vezes eles não podem pagar alguma coisa, eu vou lá e pago. Então eu penso, que se eu estou tendo que ajudar eles até hoje eu acho difícil que eles vão poder cuidar de mim.

E12: Minha filha e o filho dela comem lá em casa. Ela mora no fundo da minha casa e eu moro na frente. Eles não reconhecem que a mãe e o pai ficam doente, um dia. Quando a mãe e o pai não podem fazer alguma coisa eles têm que fazer, mas eles não fazem.

E14: Meus filhos são casados e moram junto com a gente, no mesmo terreno. Eles queriam comprar uma casa para eles, a gente tinha um terreno bem grande, então eu falei para eles construírem ali, porque hoje em dia você não pode fazer dívida né. Então a gente é quem cuida deles.

Discurso do Sujeito Coletivo:

A gente precisa dos filhos, mas eles não podem ajudar. Por isso tenho que me virar sozinha, porque eles dependem mais de mim do que eu deles. Eles moram perto, no mesmo terreno, e vão almoçar lá em casa, porque eles não têm tempo de cozinhar. Eu que cuido dos filhos deles e quando eles precisam de alguma coisa, pedem para mim e eu ajudo. Porque eu não posso vê-los sofrer, que eu sofro junto, mas tudo sobra para mim. Eles não reconhecem que a gente fica doente, e quando a gente não pode fazer alguma coisa eles têm que fazer, mas eles não fazem.

O DSC revela uma conformação familiar na qual os filhos adultos ainda assumem a posição de dependentes dos pais idosos, financeiramente e funcionalmente, para as atividades do cotidiano como cuidar de uma criança e preparar as refeições.

A decisão quanto ao tipo de arranjo domiciliar não é apenas uma decisão do idoso e de sua família, mas reflexo de uma série de fatores históricos, socioculturais, políticos, econômicos e demográficos. Além disso, observa-se uma transfiguração importante observada em muitas famílias. Observa-se mudança significativa quanto à constituição e tamanho dessas famílias, modificação dos arranjos e valores, e a mais expressiva é a situação dos membros idosos submetidos à inversão de papéis, ao assumirem os cuidados com filhos e netos. (MELO et al., 2016).

Estudo que objetivou analisar o perfil socioeconômico dos diferentes arranjos domiciliares de idosos no Brasil, com base nos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009, encontrou que, das famílias analisadas, 84,21% (n=11,93 milhões) eram chefiadas por idosos e, dessas, 57,24% (n=6,82 milhões) tinham os homens como chefe. Já no arranjo unipessoal, 66,8% (n=1,70 milhões) das famílias eram chefiadas por mulheres idosas. Nos arranjos composto e monoparental também prevalecem chefia feminina (84,7%; n=676 mil e 82,6%; n=2,16 milhões, respectivamente). (MELO et al., 2016).

A maioria dos idosos da atual sociedade foi socializada segundo um padrão de família tradicional, no qual os homens eram os chefes de família e provedores financeiros, cabendo à mulher a responsabilidade do cuidado dos filhos, netos, doentes e da manutenção do lar. À vista disso, as mulheres idosas, frequentemente, só assumem o papel de chefes de família quando viúvas, solteiras ou divorciadas. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; CAMARANO, 2004).

No presente estudo, das 189 mulheres da amostra total (n=384), 52 (27,5%) são viúvas. Esse fato é observado também na subamostra (n=74), que além delas representarem o maior quantitativo da subamostra (n=49; 66,2%) ainda predominaram na condição de viuvez (n=11; 22,4%), quando comparadas aos homens (n=3; 12%).

A literatura corrobora aos dados *op cit.* e ao DSC, uma vez que as idosas da subamostra, além do cuidado da casa e dos membros da família, oferecem o sustento familiar.

Os idosos deste estudo possuem renda familiar baixa de 1 a 2 salários mínimos (n=331; 86,2%). Com essa renda eles são o esteio familiar, assumem a posição de provedores de todas as necessidades financeiras, sociais e de saúde, tanto próprias, quanto dos filhos adultos e netos. Essa relação de dependência estabelece-se, em parte, pela necessidade do trabalho que os filhos adultos possuem, enquanto que o idoso, na condição de aposentado, é considerado o membro que possui tempo para auxiliar nos cuidados dos familiares e nos afazeres domésticos.

A pesquisa realizada no município de Santo Antônio de Jesus/Bahia (Brasil) corrobora aos achados do presente estudo ao analisar as relações entre

a configuração familiar e idade, o sexo e as condições de saúde física e psicológica. Foram avaliados 134 idosos (≥ 60 anos), e os resultados apontaram que 72,4% deles eram chefes de família, contribuindo total (49,2%) ou parcialmente (44%) com o sustento familiar. (RABELO; NERI, 2015b)

As autoras *op cit.* ainda observaram que as condições de saúde, a configuração familiar e a saúde psicológica do idoso estavam interrelacionadas. A presença do cônjuge/companheiro e o maior envolvimento social são indicadores de melhor funcionalidade, melhor saúde psicológica e de fluxo de transferências de recursos menos onerosos para o idoso. (RABELO; NERI, 2015b).

Segundo Camarano et al. (2004), no Brasil o suporte que os idosos oferecem aos mais jovens é observado na maior parte da vida, pois frequentemente os pais só passam a demandar necessidade de cuidados dos filhos adultos a partir dos 75 anos. Essa afirmação corrobora aos achados da presente pesquisa, em que se observa prevalência da faixa etária de idosos com idade entre 65 e 69 anos, tanto na amostra total ($n=105$; 27,3%), quanto na subamostra ($n=24$; 32,4%).

No domínio “*adaptação*” do APGAR de família observou-se a maior pontuação média ($1,62 \pm 0,69$) entre os idosos. Esse domínio compreende a *satisfação* com os recursos familiares oferecidos quando se faz necessária assistência. O idoso, na condição de provedor, desconsidera o fato de que a família poderia contribuir mais e julga que o mínimo de ajuda instrumental e financeira que recebe de sua família é satisfatório. Dessa forma, mesmo sendo o domínio melhor avaliado pelos idosos, essa interpretação reforça que os esforços realizados na tentativa de manter equilíbrio nas relações são unilaterais, tendo o idoso como único provedor.

A relação entre os idosos e a família não é recíproca, isto é, o idoso emana sentimentos de presença, participação e amor *para* os filhos e não *com* os filhos. Para Marcel (2003), a presença está pautada na relação de reciprocidade, na entrega mútua e no desprendimento de si. A construção da relação é com o *ser*, ou seja, precisa da presença do outro para a formação do *nós*.

O amor é a experiência que fundamenta e reconhece o *ser-com*⁸, por meio do qual o outro insurge no amor, penetra na sua existência e desperta o *ser*. (MARCEL, 2003). Na perspectiva dos idosos, eles se doam para promover ajuda aos filhos, se desprendem de si, mas estes não retribuem e não reconhecem esta atitude. Portanto, a relação dos idosos é pautada no *para* e não *com* os familiares, não envolve a participação intersubjetiva⁹.

De acordo com Marcel, “a participação intersubjetiva envolve a totalidade da existência humana. Quem estabelece relações autênticas, que envolvem a plenitude existencial com o outro, deseja sua subjetividade, sua liberdade e sua transcendência; não poderá, pois, querer outra coisa senão a concordância livre do outro”. (SIDEKUM, 1979, p. 71). Os idosos possuem o desejo das relações autênticas com os familiares, pois assumem o cuidado dos netos e o auxílio financeiro para permitir a liberdade dos entes.

A condição de dependência funcional não foi testada quantitativamente, embora no DSC constatarem-se idosos ainda independentes para realizar as Atividades da Vida Diárias. Eles são idosos conscientes de sua situação de saúde, todos possuíam alguma doença (n=15; 100%), e dessa forma, antevêm as necessidades que o envelhecimento poderá trazer. Do mesmo modo, reconhecem que existe uma inversão dos papéis que cada membro da família deveria ocupar nessa fase da vida.

Rabelo e Neri (2015b) destacam que idosos nessas condições geralmente não têm prioridade quanto às suas necessidades até que uma crise importante na saúde ocorra. É comum priorizarem as necessidades dos descendentes em detrimento das suas, e que gastem mais de sua renda com outros familiares do que consigo mesmos. Camarano (2006) destaca que em situações financeiras precárias, como é a dos 15 idosos entrevistados, a atividade de ajudar a família

⁸ Para Marcel (1953, p. 53), “o homem é um *ser-com*, um ser de relações com o outro. Nestas relações, ambos interagem e são interagidos”. É um ser relacional, que necessita do outro para considerar-se um homem completo. Para o autor, o ser humano só consegue conhecer-se e sentir seu valor na medida em que se relaciona com o outro. As relações com o outro são fundamentais para o crescimento pessoal e coletivo dos indivíduos.

⁹ A intersubjetividade é a participação amorosa, é um ato comum de dois sujeitos que se encontram em uma atmosfera de intimidade. (MARCEL, 2003). A relação com o outro é fundamental para que os idosos possam desenvolver o reconhecimento subjetivo de si e do outro. Para Marcel (1953), para que o sujeito tenha possibilidade de compreender sua própria subjetividade, é preciso que, na relação com o outro, haja entrega mútua, reciprocidade e desprendimento de si. Quando o sujeito reconhece sua subjetividade e a do outro, atinge-se o que se chama de intersubjetividade.

com dinheiro atua como um fator protetor ao idoso contra o abandono e maus-tratos.

O DSC revela que os idosos **prestam auxílio aos filhos no sentido de** minimizar o sofrimento deles. Para Marcel (2003), quando o sujeito estiver **estritamente ligado à outras pessoas, que serão atingidas vitalmente por aquilo que vai acontecer com ele, a preocupação consigo muda.**

A preocupação consigo mesmo em virtude do outro é o heterocentrismo, no qual só a partir do outro podemos nos compreender e fazer uma experiência própria do amor de si, reconhecendo que a existência do amor se dá pelas pessoas que amamos. É a partir do outro que o homem pode compreender a si mesmo e sentir seu valor na medida em que se sente amado. O amor cria uma permeabilidade mútua, abre o sujeito para a influência, a qual, por sua vez, possibilita o crescimento do ser. Amar ao próximo é presença, é disponibilidade absoluta. (MARCEL, 1953).

A relação familiar dos pais idosos para com os filhos adultos é heterocêntrica, envolve o amor, afeto e o *ser*¹⁰. Contudo, a percepção do idoso é que os filhos possuem um vínculo que abrange o sentimento de egoísmo e os consideram como objeto.

Marcel considera egocentrismo quando a experiência é reduzida e limitada a um fato. “O egocentrismo é sempre cegado e não há cegueira que não seja global” (MARCEL, 1953, p. 206). É quando o indivíduo encontra-se fechado em si, ocupado apenas consigo mesmo. Esta é uma forma doentia de ser. O egoísmo situa-se na ordem do *ter*¹¹, no qual predominam as relações objetivas, centradas em si mesmo, é indisponível e desenvolve ações com o intuito de satisfazer o sujeito possuidor.

Marcel reforça a ideia do heterocentrismo, pois é somente por meio dele que o sujeito poderá refletir na realidade, a partir do outro. “É por meio dos outros que podemos nos compreender” (MARCEL, 1953, p. 207), e à medida que se compreende o sujeito se faz sentir a experiência que se estabelece transcendida

¹⁰ Na vida, ser é o coexistir, conviver ou ser com os outros. O ser está relacionado com a intersubjetividade, o mistério e a reflexão secundária. (MARCEL, 2003).

¹¹ O ter está relacionado com as coisas externas, relativamente independentes do ser humano, coisas que se pode manter e que se tem a disposição, é objetividade. Trata-se de dispor sobre algo, exercer poder. O ter está relacionado com o sentido de posse, de objetos, de coisas exteriores, de pertencer. (MARCEL, 2003).

na intersubjetividade. O indivíduo, na busca do ser, não se encontra isolado em si, é *ser-com*. Ele é a força que impulsiona a superar limites em direção ao ser, da solidariedade e da afetividade.

Na construção das relações intergeracionais, a afetividade constitui componente crucial, uma vez que o grau de afetividade sentido em cada elemento do arranjo familiar consolida relações harmoniosas, o que favorece a promoção da saúde da unidade familiar. (SILVA et al., 2015).

Interações que geram sentimentos agradáveis desempenham um papel importante na construção e na manutenção de conexões de alta qualidade, porque as pessoas atribuem valor positivo aos parceiros sociais. Emoções negativas implicam avaliações negativas porque são fontes de informação sobre o valor dos relacionamentos. (NIVEN; HOLMAN; TOTTERDELL, 2012).

Para os idosos, envelhecer no seio familiar é fonte de alegria e satisfação, mesmo com sentimentos e comportamentos existentes nessa convivência. Eles acreditam que, por parte deles, prevalecem os sentimentos de união e preocupação de se manterem próximos aos filhos.

Para que os idosos pudessem vivenciar a experiência do cuidado intergeracional seria essencial a troca de bens simbólicos como o afeto, amor, atenção, os cuidados corporais e o suporte econômico. Segundo Flores et al. (2011), não é o envelhecimento que sensibiliza a família para o cuidado, mas sim o cuidado com o idoso depende de situações prévias e da importância da manutenção dos vínculos familiares. O cuidado intergeracional pode ter significado de gratidão, amor, dívida, obrigação, dever ou simplesmente solidariedade, mas sempre estará englobado pela necessidade maior de manutenção da família como valor.

Ideia Central 2: Hoje cada um tem a sua vida e falta tempo para eles cuidarem de mim

Expressões chave

E3: Meus filhos já estão casados, cada um já tem a sua vida independente.

E4: Os filhos não têm como me ajudar, porque cada um tem a sua vida [...] eles têm uma vida corrida.

E5: Eles também não têm tempo disponível para sentar comigo [...] a minha filha que mora junto comigo ela tem que trabalhar, ela tem um bebê pequeno para cuidar [...] eles são jovens, eles têm que fazer pra eles agora [...] Bom, antes você tinha eles nas suas mãos. Hoje eles são casados, cada um tem a sua casa, cada um tem sua família pra cuidar. Então muda bastante a vida. Tanto da gente que é mãe, como a deles. Então eu acho que a responsabilidade deles hoje é uma, e a minha é outra.

E6: A minha filha é quem me ajuda mais, porque os meus filhos eles trabalham o dia inteiro.

E7: Eu nem peço nada para eles [filhos], porque eles já têm um monte de problemas deles [...] trabalham que nem uns doidos para sustentar a família deles.

E8: Alguém tem que me cuidar. Do mesmo jeito que eu criei eles, agora alguém tem que me cuidar. Mas eu acho que a minha família não está preparada para me cuidar, porque cada um tem a sua vida.

E10: A minha filha trabalha então quase nunca ela tem tempo, mas se for muito preciso ela faz alguma coisa. Eu já nem sei mais quem vai me cuidar, porque todos os filhos trabalham, precisam.

E11: A gente precisa dos filhos, mas como eles também tem o trabalho deles [...] Às vezes o filho quer cuidar dos pais, mas ele também tem que cuidar da família dele, dos filhos. Quando um filho ou filha casa, ele tem a família dele para cuidar. Então ele não vai cuidar dos pais dele. Mas é a tendência natural da vida.

E15: Eu gostaria que a minha filha viesse fazer uma faxina para mim. Mas ela não vem. Tempo ela tem de sobra, porque ela não trabalha. Mas ela mora longe, tem o namorado, quer namorar, quer sair. Já o meu filho depende do trabalho ainda, então daí já é difícil para ele cuidar de mim.

Discurso do Sujeito Coletivo

Alguém vai ter que cuidar de mim. Do mesmo jeito que eu cuidei deles, eles terão que cuidar de mim. Mas eu acho que a minha família não está preparada para cuidar de mim. Eu gostaria que meus filhos me ajudassem, porque a gente precisa deles. Mas eles não podem me ajudar, porque a vida deles é corrida. Meus filhos são casados, cada um tem a sua vida independente. Eles têm o trabalho, a família deles. Quando um filho ou filha casa, ele tem a família dele para cuidar. Então ele não vai cuidar dos pais dele, é a tendência natural da vida. Eu procuro nem pedir nada, porque eles já têm os problemas deles, então não sobra tempo para me ajudar. Às vezes eles até têm tempo, mas querem sair, namorar.

O DSC revela que existe, por parte dos idosos, uma expectativa negativa e pessimista frente ao cuidado filial. Acreditam que os filhos deveriam ter o compromisso, engajamento e responsabilidade de prestar cuidado a eles.

Nota-se que há a visão negativa e pessimista acerca da disponibilidade de seus filhos para o cuidado, no entanto ela é justificada pela “vida corrida” de seus descendentes, pelos compromissos pessoais e pela falta de tempo, os quais se sobrepõem às necessidades dos pais idosos.

Para Marcel, na fidelidade estão imbuídos a promessa e o engajamento, quando se é um *ser-com* e não isolado em um ser em si. Refere-se a uma presença quando se tem necessidade dessa presença e em consequência haverá disponibilidade e compromisso. O mistério¹² da fidelidade e da esperança¹³ está presente no mistério da família, no qual a fidelidade não é imposta e nem exigida. O ser tem a liberdade de escolher pelo compromisso e doação. A fidelidade é um compromisso, é ser fiel, e ser fiel é doar-se ao próximo. (ZILLES, 1995).

¹² O mistério faz parte da subjetividade, está vinculado à existência do ser encarnado. Está no horizonte oposto ao do problema, é metaproblemático, é uma participação que cobre a realidade do sujeito. Esta participação de reciprocidade é real e não pode ser uma solução, visto que é uma realidade transcendente. (MARCEL, 2003).

¹³ A esperança não consiste em aceitar simplesmente uma situação que se impõe. Não deve ser confundida com o desejo e com o otimismo. Ela atua, na vida, como uma força secreta que capacita o homem para resistir ao desespero. Tem a capacidade de transformar a realidade em processo criador, orientando-nos para além do tempo. (MARCEL, 2003).

Para Marcel existe diferença entre o compromisso, fidelidade e o desejo. No desejo o sujeito pode fazer uma promessa baseado no momento, em seu estado atual de vontade e necessidade. Já na fidelidade, a promessa assume posição de compromisso incondicional, no qual independe do estado em que o indivíduo se encontra. Vai além do limite do compromisso, trata-se de honrar com a palavra independente dos sentimentos, não de obrigação. É influenciada pelo conhecimento e sentimento pelo outro. Trata-se de ter empatia, ter amor o que impossibilita o desejo de desistir da ação pelo outro. (MARCEL, 2003).

Os idosos expressam a descrença na fidelidade e compromisso dos filhos, pois não há presença na relação. No presente estudo, embora não tenha sido investigado a insuficiência familiar sob o ponto de vista dos filhos cuidadores, pelo *screening* mediado pelo APGAR de Família e pelo DSC, sugere-se que o cuidado filial é descomprometido, egoísta e impessoal.

Do total de idosos que apresentaram elevada e moderada disfunção familiar (n=98; 25,5%), o domínio do APGAR de Família que atingiu a menor média foi “companheirismo” ($1,47 \pm 0,77$), o qual avalia a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Dessa forma, os achados quantitativos corroboram ao DSC, uma vez que mostram a avaliação do idoso sobre o funcionamento de sua família como negativo, particularmente nos parâmetros pertinentes à relação estabelecida entre eles e os membros da família.

Estudo qualitativo realizado em Foz do Iguaçu/Paraná (Brasil), investigou 33 idosos de cinco nacionalidades diferentes (libaneses, franceses, paraguaios, chineses e brasileiros), com o objetivo de identificar de que forma ocorrem o cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. A pesquisa apresentou um fenômeno denominado “Percebendo que as práticas socioculturais modulam as relações familiares e trazem a significação para o cuidado filial”, o qual mostra a relação entre o indivíduo, a família e a sociedade, bem como as singularidades do processo de envelhecimento do ser e suas simbologias culturais. As autoras consideraram que a origem, as crenças, os valores e as relações familiares durante toda a vida são fatores relevantes no cuidado realizado pelos filhos na velhice. Apontam, ainda, que este fenômeno apresenta um conjunto de interações e significados que auxiliam os idosos a compreender o comportamento e as decisões de seus

descendentes, inclusive frente ao não cuidado prestado por estes. (FALLER et al., 2017).

O estudo etnográfico guiado pela teoria da Dádiva de Marcel Mauss foi desenvolvido com dez idosos e seus familiares cuidadores, em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul (Brasil). A investigação objetivou descrever e interpretar a circulação de bens simbólicos entre os participantes. A reciprocidade, a troca entre cuidar e ser cuidado, foi o tema principal emergido dos discursos e comportamentos dos entrevistados, sendo a responsável pela estruturação do cuidado intergeracional com o idoso. Os valores e as crenças transmitidos pelos idosos aos cuidadores norteiam a prática do cuidado e determinam os significados atribuídos às atitudes humanas como gratidão, solidariedade e responsabilização pelo cuidado entre as famílias, por meio da construção de vínculos sociais. O cuidado intergeracional ao idoso resulta das relações solidárias, de valores e crenças construídos como uma rede de cuidado, na qual as particularidades culturais são transmitidas entre as gerações e consideradas também como uma obrigação social. (FLORES et al., 2011).

Ideia Central 3: Eu tenho esperança que alguém cuidará de mim

Expressões chave

E4: Se os filhos não puderem, eles vão pagar uma pessoa para me cuidar. Isso eu tenho certeza. Não quero chegar nesse ponto de alguém ter que ficar me cuidando. Você sabe que é muito difícil cuidar de uma pessoa velha, e uma pessoa na cama, os filhos não têm paciência de cuidar.

E5: Só a minha preocupação é que eu sei que a minha velhice já chegou [...] são coisas que eu penso, não sei se meus filhos pensam assim. O dia que Jesus me aposentar eu quero estar numa casa de repouso, ou num lar de idosos, porque eu sei que ali eu vou ter carinho, eu vou ter alguém que tem um tempo disponível para sentar, para conversar. Eu não posso julgar meus filhos, porque eu nunca cheguei nesse ponto de ficar numa cama e depender que me deem banho, me deem comida, tenho fé em Deus que não vai ser preciso, eu creio muito em Deus. Por tudo o que eu

batalhei. Porque o dia que isso for preciso eu não sei qual vai ser a reação deles. Eles nunca me viram acamada, sempre batalhando.

E11: Eu acho que eles não estão preparados para cuidar de mim. Eu acho que se um dia eu precisar de alguém que me cuide eu vou precisar contar com a parte social, porque os filhos não vão fazer. Pela maneira que a gente educou eles era para dar assistência, mas eu não sei não.

E13: [...] quando eu fizer 70 anos eu vou para um asilo, porque não quero depender, eu não quero ser um empecilho, acho que quem é jovem precisa da liberdade. A gente já viveu essa etapa da vida, e não quero ser um peso para o meu filho e para a minha nora. Eu sei que eles fariam com muito amor e carinho, eles farão isso se necessário for, mas eu sei que vai ser um sacrifício muito grande. Eu acho que numa casa de repouso teria enfermeira, teriam médicos, teriam pessoas especializadas pra cuidar da gente. Eu não ficaria dependente do meu filho.

E14: A gente pede a Deus que não deixe a gente parado. A hora que tiver que chamar, chama. Não deixa a gente deitado numa cama. Porque eu cuidei do meu pai e da minha mãe, e é triste cuidar de quem está doente e não tem como fazer nada por eles. Ah, não tenho certeza se meus filhos vão cuidar de mim. Porque o mundo é muito cruel com as pessoas. Quando a pessoa já não pode fazer mais nada eles querem jogar a gente para um canto, mas acho que não é bem assim. Acredito que vai ter um dos filhos que vai cuidar, ou a esposa. A gente tem que pedir a Deus que façam isso. Porque a gente nunca sabe o que se passa na cabeça deles.

E15: [...] e eu vou vivendo sempre pela fé. Tem que ter muita fé em Deus para que a gente não fique doente e precise de alguém.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu acho que eles não estão preparados para cuidar de mim, mas se os filhos não puderem, eles vão pagar uma pessoa para me cuidar. Isso eu tenho certeza! Quando eu fizer 70 anos eu vou para um asilo, porque eu não quero depender, eu não quero ser um empecilho. Eu acho que numa casa de repouso teria enfermeira, teriam médicos, teriam pessoas especializadas para cuidar da gente. Ali eu sei que vou ter carinho, eu vou

ter alguém que tem um tempo disponível para sentar e conversar. Não quero chegar nesse ponto de alguém ter que ficar me cuidando, e tenho fé em Deus que não vai ser preciso, eu vivo sempre pela fé. A gente pede a Deus que não deixe a gente parado, porque você sabe que é muito difícil cuidar de uma pessoa velha, e uma pessoa na cama, os filhos não têm paciência de cuidar. O dia que isso for preciso eu não sei qual vai ser a reação deles. Eles nunca me viram acamada, sempre batalhando.

O DSC revela que os idosos temem ser um “empecilho” na vida dos filhos e que planejam, com o advento do possível declínio funcional, buscar moradia em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Esse discurso reforça a insuficiência familiar, a relação objetiva e problemática que permeia o cotidiano do idoso e seus familiares.

Para Marcel (2003), a ordem do problema diz respeito à objetividade, à ausência de espírito, ou seja, a tudo o que é explicável, assimilado e entendível. Diante do problema tudo está feito, acabado, não há espaço para a iniciativa humana.

Na subamostra (n=74) prevalece o arranjo domiciliar de idosos residindo com cônjuge e demais familiares (n=40; 54%). Embora os idosos residam com os familiares, a convivência não envolve a presença, ou seja, há ausência de relação e ausência de participação. Isso porque a família desses idosos permanece no horizonte do *ter*, o qual une o conflito da comparação interior e o confronto exterior com o outro. O idoso é visto como esse outro, o qual, assim como as coisas e os objetos, é tido como posse ou pertença dessa família.

O estudo Rede FIBRA desenvolvido em Campinas, com 671 idosos objetivou identificar fatores associados à ausência de expectativa de suporte para o cuidado aos idosos da comunidade. Os resultados mostraram que os idosos que moram sozinhos ou tem uma percepção ruim da própria saúde, têm maiores riscos de não ter com quem contar em caso de necessidade de ajuda. Os idosos com essas características não só não esperam receber ajuda, como de fato não recebem ajuda quando necessitam. Apesar do fato de residir sozinho indicar melhores condições de saúde e capacidade funcional, idosos morando sozinhos correm risco de precisar de ajuda e não ter a quem recorrer e podem

estar econômica e socialmente mais vulneráveis. (OLIVEIRA; NERI; D'ELBOUX, 2016).

No DSC os idosos mencionaram as instituições de longa permanência como a solução para a (possível) ausência de cuidados por parte da família, e destacaram a presença de cuidados afetivos, como a troca de carinho, conversas, ou até mesmo a contribuição de uma companhia. Entretanto, nas expressões de seus discursos pôde-se notar que esse não é o local onde gostariam de envelhecer.

O estudo desenvolvido em Foz do Iguaçu/Paraná (Brasil) objetivou identificar de que forma ocorrem o cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. Participaram da pesquisa 33 idosos de cinco nacionalidades diferentes (brasileiro, paraguaio, chinês, francês e libaneses). Quanto ao cuidado asilar, os idosos brasileiros referiram que o asilo não é a melhor escolha para se viver na velhice, mas sim, a convivência ao lado da família. Já, para os franceses predominou a ideia de que os idosos devem viver em instituições especializadas para que os filhos possam trabalhar e produzir. (FALLER et al., 2017).

O DSC revela que a expectativa para o cuidado por parte dos idosos é direcionada aos seus filhos. Segundo os autores *op cit.*, as mudanças no contexto familiar, decorrente do envelhecimento de seus membros, atingem com mais ênfase os filhos dos idosos, por serem seus descendentes mais próximos. Estes adotam estratégias de enfrentamento, que podem, de um lado, incluir o acolhimento e a proteção, buscando prover o cuidado, mesmo quando não estão preparados para desenvolver tais atitudes/ações, ou, por outro lado, pode ocorrer o afastamento, situação em que o cuidado é delegado a profissionais e/ou instituições. (FALLER et al., 2017).

Hoje a maioria das instituições representa espaços para socialização, valorização da independência e autonomia, preservação da individualidade e respeito à identidade. As ILPIs assumem o papel de uma nova família e, para muitos idosos, é a única com quem mantém laços afetivos, mesmo que de forma diferente da que ocorre na família, pois dependendo de como a função é desempenhada, torna-se igualmente significativa. (FALLER et al., 2017).

Para os idosos do presente estudo as ILPIs representam aquilo que Marcel (1953) descreveu como **relações primárias, autênticas**. Essa

representação dos idosos tem como argumento o caráter das relações familiares vivenciadas por eles, tipificadas como impessoais, dentro de um sistema de relações anônimas, o qual tornou-se a forma legítima de convivência humana no mundo técnico-urbano. Marcel (1953) ressalta que a raiz verdadeiramente humana da existência estará ameaçada se o homem não viver relações primárias, pois ele não poderá jamais ser reduzido a meras relações objetivas e impessoais. As relações primárias envolvem principalmente o amor.

Todas as experiências que se realizam de forma aberta segundo Marcel (2003) podem ser chamadas de amor, o qual está entremeado na intersubjetividade, por consistir na relação aberta com os indivíduos e com os outros, e quanto mais amor, mais presença do ser. Para o filósofo existencialista, amar alguém significa participar da vida do outro, é estar presente. Deste modo, no sacrifício o sujeito abdica-se em prol do amor ao próximo sem esperar recompensa por isso. (MARCEL, 2003).

Os idosos declaram que os familiares na impossibilidade de prestar o cuidado contratarão o serviço para que outra pessoa desempenhe essa atividade. Eles possuem a esperança de que na ILPI irão encontrar não apenas cuidado físico, mas também afetivo, uma vez que os familiares não dispõem de paciência para tanto.

Para Marcel (2003), essa relação faz parte da ordem do *ter*, na qual as coisas externas são relativamente independentes do ser humano, coisas que se pode manter e que se tem à disposição – é a objetividade. Trata-se de dispor sobre algo, exercer poder (MARCEL, 2003). O *ter* está relacionado com o sentido de posse, de objetos, de coisas exteriores, de pertencer e da técnica.

O ser encarnado¹⁴ participa ativamente da vida com os outros e a técnica responde ao *ter* como posse e afasta o indivíduo da participação do ser, gerando angústia. O *ter* responde pela técnica e retira o *ser* do centro e o converte a objeto. Nessa circunstância o indivíduo visualiza o seu corpo apenas como

¹⁴ O ser só pode existir e relacionar-se com o outro por meio da encarnação. A encarnação, “situação de um ser que se encontra ligado a um corpo” A existência encarnada estabelece todo o ser do indivíduo em situação, a saber, condicionado pelo tempo e pelo espaço. A situação envolve o indivíduo totalmente e isto significa que o indivíduo é permeável aos demais de modo que viver significa estar aberto a uma realidade com a qual se estabelece uma comunicação na participação (MARCEL, 1969).

instrumento que pode manipular, maltratar e negociar, deixando de se considerar como ser encarnado. (MARCEL, 1953).

Para Buber¹⁵ (1977 apud SIDEKUM, 1979), a partir do momento que os indivíduos tornam as relações objetivas, o eu e o tu são dominados pelos sentimentos de medo, ódio, terror e desespero. Em conformidade, Marcel (2003) acrescenta que o medo e o desespero é a situação conseqüente de quem vive no mundo do *ter*, do problema, trata-se da negação da presença do invisível. No horizonte do *ter*, o existente encontra-se alienado, possuído pela angústia e pelo desespero. É o homem reduzido ou submetido aos objetos e por isso a insegurança, o desamparo, angústia e a incerteza.

A objetividade se revela na perspectiva de pagamento em valor monetário para a aquisição de carinho, afeto, atenção, paciência, ou seja, sentimentos que pertencem a ordem do *ser*, cuja experiência é a da subjetividade. Para Marcel (2003), a paciência, humildade, virtudes e amor são palavras que, atualmente, são esquecidas e que a verdadeira natureza é mais escurecida para os nossos olhos a cada passo que avançamos para o mundo técnico. O homem técnico é impessoal, preocupa-se com a lógica.

A paciência para Marcel é não atropelar e nem maltratar o outro, não querer substituir o ritmo do outro pelo seu, e reafirma que a paciência com o outro exige confiança. Corrobora a afirmação de Marcel o esclarecimento de Davy (1963, p. 267) “[...] não é um deixar fazer, ou deixar estar, no sentido de abandonar o outro, mas respeitar o ritmo do outro”.

Os idosos revelam que os familiares não teriam paciência para prestar cuidado, caso se tornem dependentes, entretanto alegam acreditar, confiar e esperar por uma força superior, que proverá o futuro, um bom lugar para se viver.

A esperança não consiste em aceitar simplesmente uma situação que se impõe e nem se trata de um estado de ânimo ou emoção subjetiva. Ela atua na vida como uma força secreta, no meio da noite, envolvendo o homem, e o capacita para resistir ao desespero. A esperança, na filosofia de Marcel, encontra-se no horizonte do *ser*, do mistério e pode ser representada por uma luz. Os momentos difíceis da vida como a doença ou morte são caracterizados como uma prova, uma escuridão. Se os sujeitos estiverem providos de

¹⁵ BUBER, M. *Eu e Tu*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.

esperança terão uma luz na escuridão, do contrário permanecerão no escuro, o que pode levá-los ao desespero e angústia (MARCEL, 2003).

Olhando mais de perto é difícil de definir a questão da natureza da esperança (...) A esperança refere-se a algo que, na ordem natural, não depende de nós. A base da esperança é a consciência de uma situação que nos convida a desesperar (a doença, a perda, etc.). Esperar significa dar crédito à realidade, significa afirmar que nela há algo que triunfará sobre o perigo. (MARCEL¹⁶, 1935 apud ZILLES, 1995, p.104).

Os idosos ao terem esperança acreditam num amanhã como o hoje, acreditam no envelhecer independente, e por terem esperança, podem superar o desespero que a prova vivenciada no presente traz. A esperança mune os indivíduos de confiança de que se encontrará uma maneira, um caminho para sair da prova e da escuridão. Para Marcel (2003), a esperança verdadeira consiste sempre na espera de certa graça da natureza, cuja potência não se pode definir claramente. A esperança é uma força que atua inconscientemente de forma misteriosa.

Ideia Central 4: Eu sinto falta da presença da minha família e me sinto sozinho

Expressões chave

E1: A gente fica muito sozinha. Não tem mais o marido.

E3: A minha família é tudo na minha vida. Não me imagino vivendo sozinha.

E5: [...] todos foram se afastando, cada um casando, cada um para o seu lado, e eu fui ficando sozinha. Às vezes eu fico pensando "Deus, tanto que eu já fiz na minha vida, hoje me sinto só". Quando tem um tempinho, de sábado e domingo, a gente faz um almoço em família, a gente senta, conversa, mas já não é aquela vida assim que eu diga "posso confiar". Não. Você pensa o contrário "Agora nós estamos aqui unidos. Daqui um

¹⁶ MARCEL, G.H. **Être et Avoir**. Paris: Aubier-Montaigne, 1935.

pouco cada um vai para sua casa". Dai eu vou para minha casa, tomo meu banho. Ali bate a solidão, bate a tristeza.

E8: Quando eu me sinto sozinha eu ligo o rádio no programa evangélico e eu já me animo.

E9: É muito triste você criar um filho, chegar Natal, chegar Páscoa, chegar Ano Novo e você abandonado. A minha velhice sempre imaginei junto com a minha família. Participar, acompanhar o crescimento deles, junto com a minha esposa.

E10: Dos problemas o dinheiro é o menor. Eu tenho dinheiro, mas não tenho graça, sinto um vazio, me sinto sozinha. Porque hoje eles estão, amanhã não estão, e assim vai.

E13: Hoje, na minha maneira de pensar, eu não aguentaria se me abandonassem. Então eu acho que não resistiria a esse tipo de situação, de ficar abandonada, como a gente vê.

E14: Se um dia meus filhos não puderem cuidar, mas tiver alguém que cuide, não importa quem seja. Caso minha família me colocar num asilo, porque não pode cuidar, a hora que der tem que ir lá visitar, dar um abraço.

Discurso do Sujeito Coletivo

Meus filhos se casaram, se afastaram e cada um foi para o seu lado, e eu fiquei sozinha. Quando tem um tempinho, sábado e domingo, a gente faz um almoço em família, a gente senta, conversa, mas já não é aquela vida assim que eu diga "posso confiar", porque hoje eles estão, amanhã não estão mais. Quando eu me sinto sozinha ligo o rádio no programa evangélico e já me animo. Só não aguentaria se me abandonassem. Fico triste quando vejo que tem pessoas que abandonam, que não cuidam. Se a minha família me colocar num asilo, porque não pode cuidar, a hora que der tem que ir lá visitar, dar um abraço.

O DSC revela que a solidão é um sentimento presente na vida desses idosos. Dos 384 idosos participantes deste estudo, 123 (32%) relataram sentir-se sozinhos, quando questionados objetivamente acerca desse assunto. Já dos

74 idosos da subamostra, 41 (55,4%) relataram solidão. Esse achado permite afirmar que, embora seja um sentimento complexo de ser expresso e autoavaliado, o relato de solidão de forma mais objetiva se aproxima com o que, de fato, o idoso sente e vive.

A solidão é um sentimento que se caracteriza como algo vazio e comportamento de isolamento, que pode ser manifestado em todas as fases da vida, principalmente na velhice, mesmo que o idoso esteja convivendo com outras pessoas. Desta forma, o ser humano pode ter momentos de solidão, pode ser uma pessoa só ou pode sentir-se sozinho, mesmo em ambiente com outros indivíduos, sentindo que lhe falta algo, a exemplo do carinho e atenção. Entre as inúmeras consequências que o sentimento de solidão pode acarretar, destaca-se a depressão e o comprometimento na qualidade de vida da pessoa. (HOSSEN, 2012).

A ausência sentida e expressada pelos idosos diz respeito, particularmente, à falta de companhia dos filhos no cotidiano. Uma vez que a presença dos familiares é momentânea, restringindo-se a reuniões nos finais de semana. A presença desejada pelos idosos é aquela referente à disponibilidade e amor. Para Marcel (2003), a presença constitui-se no *ser-com*, atua como fonte de vida e manifesta-se na intersubjetividade do amor.

O amor é a experiência que fundamenta e reconhece o *ser-com*, por meio do qual o outro emerge no amor, penetra na sua existência e desperta o *ser*. Essa relação subjetiva desejada pelos idosos insurge no outro para colocá-lo a caminho do ser, onde o outro (a família) será presença e participação. (MARCEL, 2003).

A dependência, ausência e a indisponibilidade potencializam o sentimento de depressão. O estudo realizado com idosos do município de Teresina/Piauí (Brasil) objetivou descrever a percepção do idoso sobre a velhice e o processo de envelhecimento. Sob a ótica do idoso, o envelhecimento prediz solidão e dependência, acompanhada de uma expectativa frustrada de ser cuidado por alguém. A condição de dependência é considerada pelo idoso como um fator que, além da ausência de cuidados, causa o afastamento dos familiares. (MEDEIROS et al., 2016)

Uma pesquisa foi realizada em Viseu (Portugal) com o objetivo de conhecer a opinião dos idosos (≥ 65 anos) em relação aos sentimentos de

solidão. Da amostra constituída por 73 idosos, 78,1% afirmaram que a pessoa significativa para eles é um familiar, não incluíram o cônjuge, mas apontaram para as filhas e netas; 79,4% referiram sentir algumas vezes ou raramente/nunca solidão; aqueles que mencionaram sentir muitas vezes solidão atingiram percentuais mais elevados e foram os idosos viúvos e os divorciados (29% e 25%, respectivamente). (AZEREDO; AFONSO, 2016).

No presente estudo, o percentual de idosos que relataram sentimento de **solidão foi maior entre os idosos divorciados (n=44; 54,5%), seguidos dos idosos viúvos (n=25; 35,7%). Na velhice a principal companhia que idosos possuem são os cônjuges/companheiros, principalmente pelo fato de residirem juntos. Quando o idoso vivencia a viuvez ou até mesmo a separação pelo divórcio, podem sentir-se mais solitários, principalmente pelo fato de terem que se adaptar a uma rotina sem o companheiro.**

A presença da família e uma boa convivência intergeracional são fundamentais para o combate à solidão. Para Azeredo e Afonso (2016), conflitos familiares parecem muitas vezes estarem subjacentes a sentimentos de solidão em idosos, ainda que coabitem com outros elementos.

O estudo realizado no município de João Pessoa/Paraíba (Brasil), objetivou identificar os fatores que influenciam a solidão das pessoas na terceira idade. Os resultados apontaram que 22,34% (n=21) dos idosos entrevistados moravam com seus filhos, seguido de 20,21% (n=19) que moravam sozinhos e 17,02% (n=16) moravam com o cônjuge. Quando questionados se sentiam-se sozinhos, 44,68% (n=21) dos idosos da amostra relataram sentir-se sozinhos permanentemente ou em algum momento da vida. Observa-se que um quantitativo considerável de idosos que relataram solidão, mesmo residindo com suas famílias/cônjuges. (CAVALCANTI et al., 2016).

Verificou-se que, na avaliação complementar das relações familiares dos 69 idosos casados que relataram solidão, cinco (7,2%) não residiam com seus cônjuges e aqueles que residiam (n=64; 92,8%), apenas seis (9,4%) avaliaram a relação como ruim e 15 (23,4%) mais ou menos. Esse achado mostra que o sentimento de solidão nem sempre diz respeito à qualidade das relações estabelecidas.

Para Marcel (1953), o homem só se desenvolve na medida em que se relaciona com o outro. Compreende-se o ser no horizonte do mistério, como

indivíduo concreto, em relacionamento com outros, por relações formativas recíprocas, na intersubjetividade.

Idosos que associam a velhice à solidão e à tristeza o fazem principalmente pelo medo do abandono ou por viverem sozinhos. A ideia de solidão, juntamente com incapacidade e inatividade, é central nas suas concepções compartilhadas sobre o envelhecimento. Esses sentimentos ampliam o risco de necessitarem de assistência nesta fase de suas vidas. (MENESES et al., 2013; CAMARGO et al., 2014).

Destaca-se que existem situações em que o idoso pode sentir-se só devido a falhas na sua interrelação com outras pessoas, sejam do ambiente familiar ou social. Logo, mesmo em situações de convívio familiar permanente, o idoso ainda pode sentir-se sozinho. (CAVALCANTI et al., 2016).

Para Azeredo e Afonso (2016), a frequência de idosos que relatam solidão cresce à medida que aumenta a faixa etária. Conforme avança o processo de envelhecimento ocorre diminuição da funcionalidade e da mobilidade, que no seu conjunto vão aumentando as expectativas e necessidades de suporte de terceiros. Surge, então, uma incoerência entre o que é esperado e o que é de fato oferecido, podendo-se evidenciar frustrações e sentimentos de solidão.

A afirmativa *op cit.* diverge da encontrada na presente pesquisa, em que a maior frequência foi relatada na faixa etária de 60-64 anos (n=32; 38,1%). Embora não tenha sido observada diferenças expressivas nas demais faixas etárias 65-69 anos (n=27; 25,7%), 70-74 anos (n=28; 33,3%) e ≥80 anos (n=18; 34%).

O envelhecer pode, similarmente, ocasionar sentimentos de solidão oriundos de relações sociais desajustadas, de ausência de pessoas que ofereçam apoio e de déficits de atividades prazerosas. (CAVALCANTI et al., 2016). No presente estudo, da amostra total (n=384) poucos idosos relataram participar de alguma atividade comunitária (n=87; 22,7%). Entretanto, um quantitativo expressivo de idosos relatou realizar alguma atividade para o lazer (n=209; 54,4%). A frequência, na subamostra (n=74), de idosos que relataram atividades para o lazer foi menor (n=36; 48,6%). Já para as atividades comunitárias, o percentual caiu consideravelmente (n=11; 14,9%).

Os idosos investigados, embora não sejam participativos em atividades na comunidade, procuram realizar atividades que contribuam para o lazer e

satisfação pessoal. Esse comportamento não é observado nos idosos em condição de pré-fragilidade/fragilidade e com moderada/elevada disfunção familiar, nos quais observa-se que, ainda que haja uma valorização dos desejos pessoais, são ainda mais isolados socialmente.

Atividades de lazer e que permitem o convívio e comunicação social atuam como formas de diminuir o sentimento de solidão entre os idosos. (AZEREDO; AFONSO, 2016; DAVIM et al., 2003; MORI; SILVA, 2010; FREITAS, 2011).

6 CONCLUSÃO

Os participantes deste estudo eram idosos jovens, independentes, embora na condição de pré-frágeis e frágeis, com alguma doença e que utilizavam medicamentos. Possuíam baixo nível de escolaridade e renda familiar, e aqueles com insuficiência familiar cuidavam da família e eram provedores delas. Eles alegavam que se sentiam sozinhos e faltava tempo para os membros da família cuidarem deles, embora tenham esperança que alguém irá cuidar quando estiverem dependentes.

Sob a perspectiva da filosofia existencialista de Gabriel Marcel a relação entre o idoso e sua família não é recíproca. O idoso expressa sentimentos de presença, amor e participação *para* os filhos e não *com* os filhos. Os idosos sentem que sua família o tem como objeto, e que isso está associado ao egoísmo. Essa relação ligada ao egocentrismo, está na ordem do ter, das relações objetivas, não envolve a participação intersubjetiva. A família, ao permanecer na ordem do problema, torna-se ausente, prevalecem as relações anônimas e impessoais. O idoso, contudo, no horizonte do ser e do mistério, mune-se de esperança para superar os obstáculos do dia a dia.

Esses idosos apresentaram um quantitativo expressivo de insuficiência familiar (elevada e moderada disfunção), e de modo igual observou-se idosos na condição de pré-fragilidade. Apesar da associação entre as síndromes fragilidade física e insuficiência familiar não se mostrar significativa, o percentual de idosos frágeis com elevada e moderada disfunção familiar foi maior que o observado entre aqueles com boa funcionalidade familiar.

O domínio do APGAR de Família "companheirismo" foi o que apresentou a menor média de pontuação entre os idosos frágeis e não-frágeis. Desse modo, pode-se concluir que dos 384 idosos, 98 (25,5%) não possuem apoio familiar adequado, logo na velhice, etapa da vida em que o suporte se faz mais necessário.

Em todas as condições de fragilidade, a maior média observada foi no domínio "adaptação", o qual diz respeito à satisfação dos idosos quanto capacidade da família na utilização de recursos intra e extrafamiliares para a resolução de problemas que possam ter provocado alteração do equilíbrio das relações. Isso é reforçado pelo DSC, no qual o idoso, na condição de provedor,

desconsidera o fato de que a família poderia contribuir mais e se sente satisfeito com o mínimo de ajuda instrumental e financeira que recebe. Dessa forma, mesmo sendo o domínio melhor avaliado pelos idosos, essa interpretação reforça que os esforços realizados na tentativa de manter equilíbrio nas relações são unilaterais, sendo o idoso único provedor.

O marcador de fragilidade física “fadiga/exaustão” associou-se ao APGAR de Família. Essa relação é explicada pelo emprego do instrumento para avaliar o marcador. A Escala de Depressão (CES-D) avalia de forma objetiva o constructo psicopatológico de comportamentos e sintomas integrantes da depressão. Na literatura, os sintomas depressivos no idoso estão associadas à menor satisfação com as relações sociais e/ou familiares e mostram-se relacionados à disfunção familiar.

As duas questões do CES-D utilizadas para avaliar o marcador “fadiga/exaustão” dizem respeito ao esforço necessário que o idoso precisa fazer para dar conta de suas atividades cotidianas e a dificuldade na continuidade dos afazeres. Esses esforços dispendidos pelo idoso para promover o bem-estar de sua família impactam, de forma negativa, na saúde dele, tornando-o frágil. A sobrecarga do idoso, por ocupar o papel de provedor da família, resulta em déficit de cuidado consigo mesmo e expressões de fadiga/exaustão.

A identificação da condição de fragilidade física e insuficiência familiar, no contexto da saúde do idoso, necessariamente deverão ser praticadas concomitantes. A presença simultânea das síndromes indica alerta para a evolução ou agravamento da fragilidade física e, conseqüentemente, exacerbação da insuficiência familiar. Os profissionais da área de saúde, particularmente da enfermagem gerontológica devem possuir um olhar atento para a fragilidade física no idoso, com o propósito de evitar a evolução dela, uma vez que leva o idoso para a condição de dependência. O idoso dependente está mais sujeito à insuficiência familiar e, quando já instalada na família, a tendência é exacerbar.

Os idosos pré-frágeis corresponderam a mais da metade da amostra, e similarmente foi elevada a prevalência de idosos frágeis. Destaca-se a importância do rastreio e cuidados precoces da fragilidade, nos diferentes níveis de atenção à saúde dos idosos. Está documentada na literatura científica os

efeitos positivos da gestão da fragilidade física em idosos frágeis, embora com melhores resultados nos pre-frágeis.

A avaliação da fragilidade deve ser implementada nas consultas de enfermagem, como etapa inicial da gestão da fragilidade física. Durante as intervenções, tratamentos e cuidados os idosos precisam dispor de acompanhamento por uma equipe multiprofissional, em razão da complexidade de conhecimentos envolvidos, e o domínio de cada profissional. Visto que, a gestão da fragilidade inclui a prática de exercícios físicos aeróbicos e de resistência, suporte calórico e proteico, uso de vitamina D e redução da polifarmácia.

O APGAR de Família é um instrumento de rastreio rápido para ser aplicado na Atenção Secundária à Saúde, mas insuficiente para desvelar os verdadeiros acontecimentos e as nuances das relações que envolvem os idosos e seus familiares. À vista disso, as entrevistas suscitaram temáticas que complementaram os dados levantados na etapa quantitativa.

As análises dos Discursos do Sujeito Coletivo apontaram que a insuficiência familiar leva à ausência de suporte financeiro, instrumental, afetivo, mas também é determinada por essas condições. O relato de solidão é um sentimento frequente entre os idosos com insuficiência familiar, logo, deve ser valorizado pela enfermagem na avaliação da saúde multidimensional do idoso. Esse sentimento ao ser identificado pode originar efeito cascata e revelar significativas informações quanto à insuficiência familiar.

Ressalta-se a necessidade de outros estudos acerca do tema abordado, que avaliem a insuficiência familiar de idosos fragilizados em outros contextos. Em especial, são essenciais os estudos do tipo longitudinais com amostras robustas, que forneçam as variações em determinado período das condições de fragilidade física dos idosos e relacionadas à insuficiência familiar.

Destaca-se a contribuição deste estudo para a área de enfermagem, primeiramente porque se desenvolve em um contexto inédito, o da atenção secundária à saúde a temática idoso fragilizado e insuficiência familiar. Outra contribuição é referente ao modelo de integração de técnicas quantitativa e qualitativa, que estabeleceu ao objeto de estudo mais qualidade para reproduzi-lo, reconstruí-lo ao explicá-lo ou interpretá-lo.

Como limitações do estudo aponta-se a ausência de estudos sobre a temática que associa insuficiência familiar e fragilidade física. Constatou-se um significativo déficit de estudos desenvolvidos com idosos da assistência ambulatorial, o que limitou a comparação e discussão dos resultados do presente estudo.

A análise do nível de atividade física, mediante o *Minnesota Leisure Time Activities*, apresentou restrições por incluir atividades físicas não realizadas por idosos brasileiros, e não valorizar as atividades domésticas com gasto energético significativo. Ainda, considerou-se um fator limitante o emprego de instrumentos com questões de autorrelato para a avaliação da fragilidade física

A coleta de dados e informações apenas sob a perspectiva do idoso limitou a análise, principalmente, do DSC. Ao estudar a família e as interações que se estabelecem dentro dela, é pertinente que se avalie sob os pontos de vistas dos membros envolvidos na relação. Dessa forma, sugere-se que pesquisas futuras possam investigar a insuficiência familiar também sob a ótica da família dos idosos, em condição de fragilidade física.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, K.H.; STOLLER, E.P.; ROSE, J.H. The structure and function of frail male veterans' informal networks. **Journal of Aging and Health**, v.19, n.5, P.757-777, 2007. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17609414>>. Acesso em: 15 Set 2017.

AINSWORTH, B.E. et al. Compendium of Physical Activities: classification of energy costs of human physical activities. **Med Sci Sport Exerc**, v.25, n.1, p.71-80, 1993. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8292105>>. Acesso em: 20 Jul 2017.

ALVARENGA, M.R.M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2603-11, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a30v16n5.pdf>>. Acesso em 24 Ago 2018.

AMARAL, F.L.J.S. et al. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1835-1846, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/34.pdf>>. Acesso em: 31 Ago 2018.

AMARAL, S.I.S. **Fragilidade fenotípica em idosos num Conselho do Distrito de Bragança**. 86 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Continuados). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança (Portugal), 2017. Disponível em <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14268/1/Simone%20Amaral.pdf>> Acesso em: 31 Ago 2018.

ANDRADE, A.I.N.A.; MARTINS, R.M.L. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Millenium**, v.40, p.185-199, 2011. Disponível em <<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227>>. Acesso em: 10 Out 2017.

ARAÚJO, I. et al. Percepção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. **Enfermería Universitaria**, v.14, n.2, p.97-103, 2017. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300180>>. Acesso em: 10 Out 2017.

ARMI, F.; GUILLEY, E.; LALIVE D'EPINAY. C.J. Health: support provided and received in advanced old age. A five-year follow-up. **Z Gerontol Geriat**, v.41, p.56-62, 2008. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18286328>>. Acesso em: 15 Set 2017.

AUGUSTI, A.C.V.; FALSARELLA, G.R.; COIMBRA, A.M.V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.12, n.39, p.1-9, 2017. Disponível em <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1353>>. Acesso em: 24 Set 2018.

AZAMBUJA, M.I.R. et al. **Saúde urbana, ambiente e desigualdades. Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.6, n.19, p.110-115, 2011. Disponível em <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/15>>. Acesso em: 09 Out 2017

AZEREDO, Z.A.S.; AFONSO, M.A.N.. **Solidão na perspectiva do idoso. Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.19, n.2., p.313-324, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n2/1809-9823-rbgg-19-02-00313.pdf>>. Acesso em: 03 Set 2018.

BANDEEN-ROCHE, K. et al. Frailty in Older Adults: A Nationally Representative Profile in the United States. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v.70, n.11, p.1427-34, 2015. Disponível em: <<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/70/11/1427/2605616> >. Acesso em: 16 Ago 2018.

BATISTONI, S.S.T.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v.41, n.4, p. 589-605, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400014>. Acesso em: 15 Mar 2017.

BELINTANI, D.C. et al. **Funcionalidade de idosos não portadores de demência atendidos em serviço de referência. Rev Bras Neurol Psiqu**, v.21, n.1, p.6-16, 2017. Disponível em <<https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/152/108>>. Acesso em: 24 Set 2018.

BERTOLUCCI, P. et al. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo**, v.52, n.1, p.1-7, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8002795>>. Acesso em: 15 Mar 2017.

BONFENBRENNER, U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. **Developmental Psychology**, v.22, p.723-742, 1986. Disponível em <<https://pdfs.semanticscholar.org/83e3/ebe0af46a419938051d997b8addfb7914a77.pdf>>. Acesso em: 16 Set 2017.

BOUZÓN, C.A. et al. The Standardization of Frailty Phenotype Criteria Improves Its Predictive Ability: The Toledo Study for Healthy Aging. **JAMDA**, p.1-7, 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28162927>>. Acesso em: 10 Out 2017.

BOWLES, J. et al. Frailty, family, and church support among urban African American elderly. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v.11, n.1, p.87-99, 2000. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10778045>>. Acesso em: 15 Set 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispões sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas.

Disponível em

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.

Acesso em: 15 Mar 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em

<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>>. Acesso em 12 Mar 2017.

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P.; MASIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (org.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRITO, S.S. **Funcionalidade familiar e depressão em idosos atendidos em um serviço especializado da atenção à saúde**. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa (PB), 2014.

Disponível em

<<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/5143/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 24 Ago 2018.

BUTA, B. et. al. Frailty assessment instruments: Systematic characterization of the uses and contexts of highly-cited instruments. **Ageing Research Reviews**, v. 26, p. 53–61, 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26674984>>. Acesso em: 30 Set 2017.

CALADO, L.B. Frailty syndrome in an independent urban population in Brazil (FIBRA study): a cross-sectional populational study. **Sao Paulo Med J, São Paulo**, v.134, n.5, p.385-92, 2016. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v134n5/1806-9460-spmj-1516_3180_2016_0078180516.pdf>. Acesso em: 07 Set 2018.

CAMARANO, A.A. et al. Famílias: espaços de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A.A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2004. p.137-67. Disponível em

<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5476>. Acesso em: 03 Set 2018.

CAMARANO, A.A. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira (Textos para Discussão, nº1179)**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006. Disponível em

<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4776>. Acesso em: 30 Ago 2018.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: CAMARANO, A.A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p.93-121. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 25 Ago 2017.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A.A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. p.25-73. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portall/index.php?option=com_content&view=article&id=5476>. Acesso em: 03 Set 2018.

CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A.A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p.67-91. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf> Acesso em: 25 Ago 2017.

CAMARGO, B.V. et al. Representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália. **Psicol Pesq**, v.8, n.2, p.179-188, 2014. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v8n2/07.pdf>>. Acesso em 03 Set 2018.

CAMPOS, A.C.V. et al. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.25, p.e2724, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02724.pdf>>. Acesso em: 31 Ago 2018.

CAMPOS, A.C.V. et al. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paul Enferm**, v.30, n.4, p.358-67, 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0358.pdf>>. Acesso em: 24 Ago 2018.

CARL, J.R. et al. Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. **Clinical Psychology Review**, v.33, n.3, p.343-360, 2013. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23399829>>. Acesso em: 24 Ago 2018.

CARTWRIGHT, J.C. et al. Enrichment processes in family caregiving to frail elders. **Adv NursSci**, v.17, n.1, p.31-43, 1994. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7979264>>. Acesso em: 15 Set 2017.

CARVALHO, M.I.L.B. Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. **Revista Kairós Gerontologia**, v.12, n.1, p.77-96, 2009. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2781/1816>>. Acesso em 16 Set 2017.

CAVALCANTE, D.P.M. et al. Perfil e ambiente de idosos vítimas de quedas atendidos em um ambulatório de Geriatria e Gerontologia no Distrito Federal. **Revista Kairós Gerontologia**, v.18, n.1, p.93-107, 2015. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/23890>>. Acesso em: 02 Set 2018.

CAVALCANTI, K.F. et al. O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. **Av Enferm**, v.34, n.3, p.259-267, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n3/v34n3a06.pdf>>. Acesso em: 31 Ago 2018.

CHEN, L.J. et al. Prevalence and Associated Factors of Frailty Among Elderly People in Taiwan. **International Journal of Gerontology**, v.8, p.114-119, 2014. Disponível em <<https://core.ac.uk/download/pdf/82020262.pdf>>. Acesso em 12 Out 2017.

CHEN, L.K. et al. Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian working Group for Sarcopenia. **JAMDA**, v.15, p.95-101, 2014. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24461239>>. Acesso em: 24 Ago 2018.

CHENG, S.T. et al. Socialnetwork types and subjective well-being in chinese older adults. **J Gerontol Psychol Sci**, v.64B, n.6, p.713-22, 2009. Disponível em <<http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/64B/6/713.long>>. Acesso em 02 Ago 2018.

CLOSS, V. E. et al. Frailty and geriatric syndromes in elderly assisted in primary health care. **Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá**, v. 38, n. 1, p.9-18, 2016. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/26327>>. Acesso em 12 Out 2017.

COELHO, J.S; GIACOMIN, K.C; FIRMO, J.O.A. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. **Saude Soc**, v.25, n.2, p.408-421, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902016000200408&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 09 Set 2018.

DAI, Y. et al. Social support and the self-rated health of older people. **Medicine**, v.95, n.24, e3881, 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998465/pdf/medi-95-e3881.pdf>>. Acesso em: 25 Ago 2018.

DAVIM, R.M.B. et al. O lazer diário como fator de qualidade de vida: o que pensa um grupo da terceira idade. **Ciência Cuidado Saúde**, v.2, n. 1, p.19-24, 2003. Disponível em <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/556>> Acesso em: 24 Ago 2018.

DAVY, M.M. **Un filósofo itinerante Gabriel Marcel**. Version Española de RIOJA, J.A.P. Madrid: Gredos, 1963.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME/OPAS / OMS, 2017. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em 20 ago 2017.

DING, Y.Y.; KUHA, J.; MURPHY, M. Multidimensional predictors of physical frailty in older people: identifying how and for whom they exert their effects. **Biogerontology**, v.18, p.237-252, 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5350240/pdf/10522_2017_Article_9677.pdf>. Acesso em 01 Ago 2018.

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

FALLER, J.W. et al. Cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. **Rev Bras Enferm**, v.70, n.1, p-22-30, 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0022.pdf>>. Acesso em: 24 Ago 2018.

FESS, E. E.; MORAN, C.A. Grip strength. In: American Society of Hand Therapists. **Clinical assessment recommendations.** 2a ed. Casanova JS Chicago: ASHT, 1992, p.41-5. Disponível em <<https://www.asht.org/practice/clinical-assessment-recommendations>>. Acesso em 20 Mar 2017.

FHON, J.R.S. et al. Queda e sua associação à síndrome da fragilidade no idoso: revisão sistemática com metanálise. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.6, p.1005-1013, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/pt_0080-6234-reeusp-50-06-01005.pdf>. Acesso em: 02 Ago 2018.

FIORILLO, D.; SABATINI, F. Quality and quantity: the role of social interactions in self-reported individual health. **Soc Sci Med**, v.73, n.11, p.1644-52, 2011. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22001229>>. Acesso em: 18 Ago 2018.

FLORES, G.C. et al. A dívida do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com idoso. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.3, p.533-540, 2011. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11683>>. Acesso em: 10 Set 2018.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr. Res**, Maryland/EUA, v.12, p.189-98, 1975. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>>. Acesso em: 10 Mar 2017.

FRANSE, C.B. et al. Socioeconomic inequalities in frailty and frailty components among community-dwelling older citizens. **PLoS ONE**, v.12, n.11, p. e0187946, 2017. Disponível em <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187946>>. Acesso em: 24 Ago 2018.

FREITAS, P.C.B. **Solidão em idosos: percepção em função da rede social**. 96f. Gerontologia Social Aplicada. Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Católica Portuguesa - Braga, 2011.

FREITAS, C.V. et al. **Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário**. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.19, n.1, p.119-128, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00119.pdf>. Acesso em: 03 Set 2018.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology**, v.56a, n.3, p. 146-156, 2001. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>>. Acesso em: 10 Jul 2017.

FRIED, L.P. et al. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v.59, n.3, p.255-63, 2004. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15031310>>. Acesso em: 10 Jul 2017.

FRIED, L.P. Interventions for Human Frailty: Physical Activity as a Model. **Cold Spring Harb Perspect Med**, v.6, n.6, pii: a025916, 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27143701>>. Acesso em: 10 Jul 2017.

GARCÍA-ESQUINAS, E.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. Environmental Pollutants, Limitations in Physical Functioning, and Frailty in Older Adults. **Curr Environ Health Rep**, v.4, n.1, p.12-20, 2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40572-017-0128-1> >. Acesso em: 18 Set 2018.

GERLAK, L.F.; WERLANG, M.C.; BÓS, A.J.G. Problemas relacionados ao uso de medicamentos em idosos atendidos em ambulatório multiprofissional de hospital universitário no Rio Grande do Sul. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde São Paulo**, v.6, n.1, p.13-17, 2015. Disponível em <<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2015060103000653BR.pdf>>. Acesso em: 08 Set 2018.

GONÇALVES, L.T.H. et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.16, n.2, p.3315-325, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/11.pdf>>. Acesso em: 20 Set 2018.

GRDEN, C.R.B. et al. Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a community. **Revista Latino-Am Enferm**, v. 25, p. 01-09, 2017. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28591295>>. Acesso em: 31 Ago 2018.

HAI, S. et al. Association between sarcopenia with lifestyle and family function among community-dwelling Chinese aged 60 years and older. **BMC Geriatrics**, v.17, p.17-187, 2017. **Disponível em** <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5563006/>>. Acesso em: 08 Set 2018.

HALL, K.; HARDILL, I. Retirement migration, the 'other' story: caring for frail elderly British citizens in Spain. **Ageing & Society**, v.36, p.562-585, 2016. **Disponível em** <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4762233/>>. Acesso em: 10 Out 2017.

HOLROYD, E.E. Chinese family obligations toward chronically ill elderly members: comparing caregivers in Beijing and Hong Kong. **Qualitative Health Research**, v.13, n.3, p.302-318, 2003. **Disponível em** <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12669333>>. Acesso em: 16 Set 2017.

HOLROYD-LEDUC, J. et al. Giving voice to older adults living with frailty and their family caregivers: engagement of older adults living with frailty in research, health care decision making, and in health policy. **Research Involvement and Engagement**, p.2-23, 2016. **Disponível em** <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29062523>>. Acesso em: 10 Out 2017.

HOSSEN, A. Social isolation and loneliness among elderly immigrants: the case of south Asian elderly living in Canada. **J Int Soc Issues**, v.1, n.1, p.10, 2012. **Disponível em** <https://www.winona.edu/socialwork/Media/Hossen_2012.pdf>. Acesso em: 20 Set 2018.

HSU, H.C.; SHYU, Y.I.L. Implicit exchanges in family caregiving for frail elders in Taiwan. **Qualitative Health Research**, v.13, n.8, p.1078-1093, 2003. **Disponível em** <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14556420>>. Acesso em: 17 Set 2017.

HUNGRIA, J.S.; DIAS, C.R.; ALMEIDA, J.D.B. Epidemiological characteristics and causes of proximal femoral fractures among the elderly. **Rev Bras Ortop**, v.46, n.6, 2011. **Disponível em** <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v46n6/en_a07v46n6.pdf>. Acesso em: 15 Set 2018.

IECOVICH, E. The Association Between Older Israelis' Quality of Relationships With Their Family and Migrant Live-in Caregivers and Their Loneliness. **J Gerontol B PsycholSciSocSci**, v.71, n.3, p.526-537, 2016. **Disponível em** <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25528257>>. Acesso em: 13 Set 2017.

INOUYE, S.K. et al. Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. **J Am Geriatr Soc**, v.55, n.5, p.780-791, 2007. **Disponível em** <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409147/>>. Acesso em: 30 Ago 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2000: Características da população e dos domicílios: Resultados do Universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>>. Acesso em: 10 Mar 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010: Características da população e dos domicílios: Resultados do Universo**. Disponível em

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/tabelas_pdf/tab1.pdf>. Acesso em 10 Out 2017.

_____. **Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/sao-jose-dospinhais/pesquisa/23/25888?detalhes=true&localidade1=410690>>. Acesso em: 08 Ago 2018.

_____. **Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=412550&search=aranao-sao-jose-dos-pinhais>>. Acesso em: 08 Abr 2017.

_____. **População estimada 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b. Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/-estimativa_2015_TCU_20160211.pdf>. Acesso em: 08 Abr 2017.

ISAACS, B. Some Characteristics of Geriatric Patients. **Scot Med J**, v.14, p.243-251, 1969. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4896966>>. Acesso em: 30 Set 2017.

JESUS, I.T.M. et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paul Enferm**, v.30, n.6, p.614-20, 2017. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n6/0103-2100-ape-30-06-0614.pdf>>. Acesso em: 24 Ago 2018.

JOHN, P.D.S.; TYAS, S.L.; MONTGOMERY, P.R. Depressive symptoms and Frailty. **Int J Geriatr Psychiatry**, v.28, n.6, p.607-14, 2013. Disponível em

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22961757>>. Acesso em: 17 Set 2018.

KOJIMA, G. et al. Prevalence of frailty in Japan: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Epidemiology**, v.27, p.347-353, 2017. Disponível em

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28142044>>. Acesso em: 15 Set 2018.

KRUG, R.R.; LOPES, M.A.; MAZO, G.Z. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. **Rev Bras Med Esporte**, v.21, n.1, p.57-64, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v21n1/1517-8692-rbme-21-01-00057.pdf>>. Acesso em: 01 Set 2018.

KUSABA, T. et al. Developing a scale to measure family dynamics related to long-term care, and testing that scale in a multicenter cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v.15, p.1-7, 2014. Disponível em

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25011441>>. Acesso em: 15 Set 2017.

KUSABA, T. et al. Influence of family dynamics on burden among family caregivers in aging Japan. **Family Practice**, v.33, n.5, p.466-470, 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27450988>>. Acesso em: 08 Out 2017.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul (RS): Educs, 2003.

LENARDT, M.H. et al. **Relação entre fragilidade física e características sociodemográficas e clínicas de idosos**. **Esc Anna Nery**, v.19, n.4, p.585-592, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/en_1414-8145-ean-19-04-0585.pdf>. Acesso em: 01 Set 2018.

LENARDT, M.H. et al. **Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde**. **Rev Bras Enferm**, v.69, n.3, p.478-83, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0478.pdf>>. Acesso em: 10 Set 2018.

LEONE, E.T.; MAIA, A.G.; BALTAR, P.E. **Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil**. **Economia e Sociedade**, v.19, n.1 (38), p.59-77, abr. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ecos/v19n1/a03v19n1.pdf>>. Acesso em: 08 Out 2017.

LIEN, Y.F.; HUANG, H.M. Challenges in intergenerational caregiving for frail older people: A multiple case study. **Nursing and Health Sciences**, v.19, p.81-87, 2017. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28026105>>. Acesso em: 15 Set 2017.

LIMA-COSTA, M.F. et al. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Rev. Saude Publica**. v.51, supl, p.1s-6s, 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000013.pdf>>. Acesso em: 30 Set 2017.

LIN, I.F.; WU, H.S. Patterns of Coping Among Family Caregivers of Frail Older Adults. **Res Aging**, v.36, n.5, p.603-624, 2014. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318268/>>. Acesso em: 25 Set 2017.

LUO, Y.; WAITE, L.J. Loneliness and mortality among older adults in China. **Journals of Gerontology**, v.69, n.4, p.633-645, 2014. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24550354>>. Acesso em: 20 Set 2018.

LUSTOSA, L.P. et al. **Tradução, adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas do Questionário Minnesota de Atividades Físicas e de Lazer**. **Geriatrics & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.57-65, 2011. Disponível em <www.ggaging.com/export-pdf/245/v5n2a03.pdf>. Acesso em: 15 Mar 2017.

LYONS, K.S. et al. The enduring and contextual effects of physical health and depression on care-dyad mutuality. **Research in Nursing & Health**, v.30, p.84-98, 2007. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17243110>>. Acesso em: 16 Set 2017.

MAIA, F.O.M. et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey – 13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, esp., p.116-22, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/17.pdf>>. Acesso em: 20 Mar 2017.

MAKIZAKO, H. et al. Social Frailty Leads to the Development of Physical Frailty among Physically Non-Frail Adults: A Four-Year Follow-Up Longitudinal Cohort Study. **Int J Environ Res Public Health**, v.15, n.3, 2018. Disponível em:< <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/3/490>>. Acesso em: 17 Ago 2018.

MARCEL, G.H. **El misterio del ser**. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1953.

_____. **Diário Metafísico**. Madrid: Ediciones Guadarrama, 1969.

_____. **Ser y Tener**. Tradução de SÁNCHEZ, A. M. Madrid: Caparrapós, 2003.

MEDEIROS, D.V. et al. A percepção do idoso sobre a velhice. **Rev Enferm UFPE**, v.10, n.10, p.3851-9, 2016. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11452>>. Acesso em: 28 Ago 2018.

MELLO, A.C.; ENGSTROM, E.M.; ALVES, L.C. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. **Cad Saúde Pública**, v.30, n.6, p.1143-1168, 2014. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25099040>>. Acesso em: 30 Ago 2018.

MELO, N.C.V. et al. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.19, n.1, p.139-151, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00139.pdf>. Acesso em: 24 Ago 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 20 Ago 2017.

MENESES, D.L. et al. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enferm Foco**, v.4, n.1, p.15-18, 2013. Disponível em <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/495>>. Acesso em: 10 Set 2018.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GOMÉZ, C. **Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde.** In: GOLDENBERG, P.; MASIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (org.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MORAES, E.N. et al. **Caderno de oficina macrorregional de avaliação multidimensional do idoso.** Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2015. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apostila_Idoso241017.pdf>. Acesso em: 10 Mar 2017.

MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. **Principais síndromes geriátricas.** *Rev Med Minas Gerais*, v.20, n.1, p.54-66, 2010. Disponível em <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/196.pdf> Acesso em: 20 Mar 2017.

MORAES, E.N.; MORAES, F.L. **Avaliação Multidimensional do Idoso.** Belo Horizonte: Folium, 2016.

MORI, G.; SILVA, L.F. **Lazer na terceira idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida.** *Motriz*, v.16, n.4, p.950-957, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n4/a15v16n4.pdf>>. Acesso em: 10 Set 2018.

MORLEY, J. E *et al.* **Frailty Consensus: A Call to Action.** *J Am Med Dir Assoc*, v. 14, n.1, p. 392-97, 2013. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4084863/>>. Acesso em: 30 Ago 2017.

MOTA, F.R.N. et al. **Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso.** *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v.14, n.4, p.833-8, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a25.pdf>>. Acesso em: 31 Ago 2018.

NERI, A.L.; VIEIRA, L.A.M. **Envolvimento social e suporte social percebido na velhice.** *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v.16, n.3., p.419-432, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a02.pdf>>. Acesso em 10 Set 2018.

NGAN, R.; KWOK, J. **Informal caring networks among Chinese elderly with disabilities in Hong Kong.** *International Journal of Rehabilitation Research*, v.15, p.199-207, 1992. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1428385>>. Acesso em: 15 Set 2017.

NIVEN, K.; HOLMAN, D.; TOTTERDELL, P. **How to win friendship and trust by influencing people's feelings: an investigation of interpersonal affect regulation and the quality of relationships.** *Human Relations*, v.65, n.6, p.777-805, 2012. Disponível em <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0018726712439909?journalCode=hu>>. Acesso em: 15 Set 2018.

OLIVEIRA, D.C.; NERI, A.L.; D'ELBOUX, M.J. Ausência de expectativa de suporte para o cuidado aos idosos da comunidade. **Rev Bras Enferm**, v.69, n.3, p.566-573, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0566.pdf>>. Acesso em: 10 Out 2017.

OLIVEIRA, A.M.S.; PEDREIRA, L.C. Ser idoso com incapacidade e seus cuidadores familiares. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.(especial), p.143-149, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_22.pdf>. Acesso em: 16 Set 2017.

OLIVEIRA, B.L.C.A.; THOMAZ, E.B.A.F.; SILVA, R.A. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). **Cad Saúde Pública**, v.30, n.7, p.1-15, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/pt_0102-311X-csp-30-7-1438.pdf>. Acesso em: 31 Ago 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 30 Ago 2017.

PARANÁ. **Linha Guia da Saúde do Idoso**, Secretaria Estadual de Saúde, Curitiba, 2017.

PEDREIRA, L.C.; OLIVEIRA, A.M.S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.5, p.730-736, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/03.pdf>>. Acesso em: 18 Set 2017.

PEGORARI, M.S.; TAVARES, D.M.S. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.22, n.5, p.874-82, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00874.pdf>. Acesso em: 27 Set 2018.

PRIMEJDIE, D.P.; BOJITA, M.T.; POPA, A. Potentially inappropriate medications in elderly ambulatory and institutionalized patients: an observational study. **BMC Pharmacology and Toxicology**, v.17, n.38, p.1-10, 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27544266>>. Acesso em: 30 Set 2018.

QUEIROZ, T.S. et al. How do old men take care of their own health in Primary Care? **Rev Bras Enferm**, v.71, suppl 1, p.554-61, 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/0034-7167-reben-71-s1-0554.pdf>>. Acesso em: 01 Set 2018.

RABELO, D.F. **Configuração e funcionamento de famílias com idosos que apresentam diferentes condições psicológicas e de saúde**. 185f. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2014. Disponível em <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/254080/1/Rabelo_DorisFirmino_D.pdf>. Acesso em: 15 Set 2018.

RABELO., D.F.; NERI, A.L. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.18, n.3, p.507-519, 2015a. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n3/1809-9823-rbagg-18-03-00507.pdf>>. Acesso em: 30 Ago 2017.

RABELO, D.F.; NERI, A.L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cad Saúde Pública**, v.31, n.4, p.874-884, 2015b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2015000400874&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 02 Ago 2017.

RABELO, D.F.; NERI, A.L. Avaliação das Relações Familiares por Idosos com Diferentes Condições Sociodemográficas e de Saúde. **Psico-USF**, v.21, n.3, p.663-675, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712016000300663&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 02 Out 2017.

REIS, M.M; ARANTES, P.M.M. Medida da força de preensão manual – validade e confiabilidade do dinamômetro saehan. **Fisioter Pesq.**, São Paulo, v. 18, n.2, p.176-81, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n2/13.pdf>>. Acesso em: 07 Mar 2017.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev Gaúcha Enferm**, v.31, n.1, p.26-32, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n1/a04v31n1.pdf>>. Acesso em: 18 Set 2017.

SALIBA, D. et al. The Vulnerable Elders Survey: A Tool for Identifying Vulnerable Older People in the Community. **J Am Geriatr Soc**, v.49, n.12, p. 1691–1699, 2001. Disponível em <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.452.8766&rep=rep1&type=pdf>> Acesso em: 01 Set 2017.

SATHYAN, S. et al. Genetic Insights Into Frailty: Association of 9p21-23 Locus With Frailty. **Front Med**, v.5, p.105, 2018. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5938407/>>. Acesso em: 20 Ago 2018.

SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Distribuição da população, segundo grupos do IPVS**. São Paulo: Fundação Seade, 2010. Disponível em <<http://transparencia.prefeitura.sp.gov.br/Paginas/Mapa-da-vulnerabilidade-social.aspx>>. Acesso em: 24 Ago 2018.

SIDEKUM, A. **A intersubjetividade em Martin Buber**. Porto Alegre, Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes, Caxias do Sul, Universidade de Caxias do Sul, 1979. p. 112.

SILVA, A.J. et al. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Esc Anna Nery**, v.18, n.3, p.527-532, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0527.pdf>>. Acesso em: 30 Set 2017.

SILVA, D.M. et al. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.7, p.2183-2191, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2183.pdf>>. Acesso em: 10 Set 2018.

SILVA, S.L.A. et al. Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários - Rede Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.11, p.3483-3492, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3483.pdf>>. Acesso em: 12 Out 2017.

SMILKSTEIN, G. The Family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians. **J Fam Pract**, v.6, n., p.1231-9, 1978. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>>. Acesso em: 30 Abr 2017.

SOUZA, A. et al. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Revista Bras Enferm**, v.68, n.6, p.1176-85, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000601176&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 Mar 2017

SOUZA, D.S. et al. Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.18, n.2, p.420-433, 2017. Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n2/v18n2a11.pdf>>. Acesso em: 10 Ago 2018.

SOUZA, R.A. et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.3, p.469-76, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469.pdf>. Acesso em: 18 Ago 2018.

SIRIWARDHANA, D.D. et al. Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v.8, n.3, p.e018195, 2018. Disponível em <<https://bmjopen.bmj.com/content/8/3/e018195>>. Acesso em: 02 Set 2018.

SPILLMAN, B.C.; PEZZIN, L.E. Potential and active family caregivers: changing networks and the "sandwich generation". **The Milbank Quarterly**, v.78, n.3, p.347-374, 2000. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11028188>>. Acesso em 20 Set 2017.

TAYLOR, H.L. et al. A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. **J Chronic Dis**, v.31, n.1, p.741-55, 1978. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0021968178900589>>. Acesso em: 15 Mar 2017.

TESTON, E.F.; SILVA, A.C.P.; MARCON, S.S. Percepção de pacientes oncogerítricos sobre a funcionalidade familiar. **Rev Min Enferm**, v.21, e-1032, 2017. Disponível em <goo.gl/gdAnNQ>. Acesso em: 15 Set 2017.

TETZ, K.B. et al. How frail elders evaluate their caregiver's role enactment: a scale to measure affection, skill, and attentiveness. **Journal of Family Nursing**, v.12, n.3, p.251-275, 2006. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16837694>>. Acesso em: 17 Set 2017.

THOMPSON, M.Q. et al. Frailty prevalence in Australia: Findings from four pooled Australian cohort studies. **Australas J Ageing**, v.37, n.2, p.155-158, 2018. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29314622>>. Acesso em: 24 Ago 2018.

TORRES, G.V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr**, v.58, n.1, p.39-44, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a06v58n1.pdf>>. Acesso em: 18 Set 2017.

TORRES, G.V. et al. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Rev Baiana Saúde Pública** v.34, n.1, p.19-30, 2010. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1398.pdf>>. Acesso em: 15 Dez 2017.

VALDIGLESIAS, V. et al. Exploring genetic outcomes as frailty biomarkers. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v.00, n. 00, p.1-8, 2018. Disponível em <<https://academic.oup.com/biomedgerontology/advance-article/doi/10.1093/gerona/gly085/4976505>>. Acesso em: 17 Ago 2018.

VALENÇA, T.D.C.; SILVA, L.W.S. O olhar sistêmico à família do idoso fragilizado. **Revista Kairós Gerontologia**, v.14, n.2, p.31-46, 2011. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8204>>. Acesso em: 15 Set 2017.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol Serv Saúde**, v.21, n.4, p.539-548, out-dez 2012. Disponível em <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>>. Acesso em: 30 Ago 2017.

VERA, I. et al. Fatores associados à disfuncionalidade em idosos não institucionalizados. **Texto Contexto Enferm**, v.24, n.2, p.494-504, 2015a. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00494.pdf>. Acesso em: 30 Ago 2017.

VERA, I. et al. Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. **Rev Bras Enferm**, v.68, n.1, p.68-75, 2015b. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0068.pdf>>. Acesso em: 27 Ago 2017.

VERAS, R.P. et al. Pesquisando populações idosas - A importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. **Rev Saúde públ.**, v.22, n.6, p.513-8, 1988. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n6/08.pdf>>. Acesso em: 12 Mar 2017.

VETTER, N.J.; LEWIS, P.A.; LLEWELLYN, L. Supporting elderly dependent people at home. **BMJ**, v.304, p.1290-2, 1992. Disponível em <<https://pdfs.semanticscholar.org/fc4f/a21f8e8e3c0080ca46efa8d9ff3153e722c6.pdf>>. Acesso em: 19 Set 2017.

VIEIRA, R.A. et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. **Cad Saúde Pública**, v.29, n.8, p.1631-1643, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a15.pdf>>. Acesso em: 20 Ago 2018.

WACHHOLZ, P.A.; SANTOS, R.C.C.; WOLF, L.S.P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.16, n.3, p.513-526, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n3/v16n3a10.pdf>>. Acesso em: 20 Set 2017.

WANG, M.; HUANG, Y. Evaluating family function in caring for a geriatric group: Family APGAR applied for older adults by home care nurses. **Geriatr Gerontol Int**, v.16, p.716-721, 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26171670>>. Acesso em: 31 Ago 2018.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: Updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>>. Acesso em: 01 Set 2017.

WU, Z.Q. et al. Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. **Aging Ment Health**, v.14, n.1, p.108-1, 2010. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20155527>>. Acesso em: 30 Ago 2018.

ZAZZETTA, M.S. et al. Identifying Frailty Levels and Associated Factors in a Population Living in the Context of Poverty and Social Vulnerability. **J Frailty Aging**, v.6, n.1, p.29-32, 2017. Disponível em: <<http://www.jfrailtyaging.com/all-issues.html?article=488>>. Acesso em: 25 Ago 2018.

ZHONG, B. et al. Loneliness in Chinese older adults in primary care: prevalence and correlates. **Psychogeriatrics**, v.18, p.334-342, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1111/psyg.12325>>. Acesso em: 03 Set 2018

ZILLES, U. **Gabriel Marcel e o existencialismo**. Porto Alegre: EDIPUC, 1995.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ETAPA QUANTITATIVA)

Nós, Maria Helena Lenardt, Márcia Daniele Seima, Miriam Aparecida Nimitz, Clovis Cechinel, Claudio Viana Silveira Filho, Dayana Cristina Moraes, Fabiana Ferreira Rodrigues Teixeira, Bruno Henrique de Mello, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná estamos convidando o senhor(a), usuário(a) do Serviço de Geriatria e Gerontologia do município de São José dos Pinhais, a participar de um estudo “Fragilidade física e as síndromes geriátricas em idosos”. A fragilidade física é um estado de risco que pode levar as pessoas idosas à dificuldade de movimentos, internação em hospitais, necessitar de instituições de longa permanência, incapacidade para realizar atividades do dia a dia e morte. Na fragilidade poderão estar alterados a velocidade da caminhada, força muscular, perda de peso, redução do número de atividade física e da energia. A síndrome geriátrica é um termo usado para descrever as dificuldades com a parte cognitiva, equilíbrio, perda de urina e a insuficiência familiar.

O motivo que nos leva a estudar fragilidade é conhecer mais sobre este tema, diminuir os fatores de risco para as incapacidades e priorizar qualidade de vida ao idoso. A sua participação é muito importante para nós.

a) O objetivo desta pesquisa é investigar a relação entre fragilidade física e síndromes geriátricas de idosos atendidos em ambulatório de geriatria e gerontologia.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder algumas perguntas como idade, estado civil, questões sobre a memória, perda de peso, cansaço, atividades físicas; realizar alguns testes: velocidade da caminhada, força da mão, teste de equilíbrio e de memória, além de verificar peso e altura;

c) Para tanto, você realizará os testes, com duração aproximada de 10 minutos, e responderá as perguntas durante a sua consulta no ambulatório de geriatria e gerontologia, com duração aproximada de 10 minutos. É possível que o(a) senhor(a) sinta algum desconforto na realização dos testes ou para responder alguma questão, nesse sentido, serão tomadas providências pelo médico e equipe de enfermagem do próprio ambulatório.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
Pesquisador Responsável _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

em Seres Humanos do Setor de Ciências da
Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1755334
na data de 30/09/2016

Não bastando esse atendimento, será utilizado o próprio serviço de encaminhamento do ambulatório. Serão tomadas todas as providências necessárias e caso mude de ideia por outro motivo, sinta-se à vontade para não responder a(s) pergunta(s) e não fazer o(s) teste(s), ou até mesmo, para não participar mais deste estudo, sem dizer o por quê;

d) O benefício esperado com essa pesquisa é trazer informações para que os profissionais de saúde possam cuidar/avaliar melhor os idosos com idade maior ou igual a 60 anos. Como benefício próprio você poderá reconhecer a sua condição de fragilidade física e as características que causam a perda de autonomia, independência e diminuição da qualidade de vida relacionada às síndromes geriátricas. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico;

e) A pesquisadora Profa Dra Maria Helena Lenardt é responsável pela pesquisa. Se desejar, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato por telefone no número (41) 3361-3761, ou, pessoalmente, no Grupo Multiprofissional de Pesquisas sobre Idosos (GMPI), Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico, de segunda a sexta, das 14:00 às 17:00h. Poderá também entrar em contato pelo endereço eletrônico: curitiba.helena@gmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Os demais pesquisadores você poderá entrar em contato por telefone no número (41) 3361-3761/ 3383-1148 ou por e-mail e pessoalmente: Márcia Daniele Seima marciaseima@gmail.com /Rua Brigadeiro Arthur Carlos Peralta, 137, Sala 30, Bairro Bom Jesus, São José dos Pinhais; Miriam Aparecida Nimitz miriamnimitz@uol.com.br /Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Clovis Cechinel cechinelc@hotmail.com / Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Claudio Viana Silveira Filho dr.claudiofh@hotmail.com/ Rua Brigadeiro Arthur Carlos Peralta, 137, sala 30, Bairro Bom Jesus, São José dos Pinhais;

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
 Pesquisador Responsável _____

Apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB nº 1755394
 na data de 30/09/2016

Dayana Cristina Moraes dayanac.moraes@hotmail.com / Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Fabiana Ferreira Rodrigues Teixeira fabianaftr@gmail.com / Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Bruno Henrique de Mello bruno_hmello@hotmail.com / Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico;

f) A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento, que está assegurado;

g) As informações desta pesquisa serão utilizadas pelos membros do GMPI e o(a) senhor(a) não será identificado(a);

h) Não haverá cobrança sobre a participação no estudo e o senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro por essa participação;

i) Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi fala os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento na clínica. Fui informado que serei atendido sem custos caso apresente algum problema.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do Participante de pesquisa ou responsável legal)

Assinatura do Pesquisador

Curitiba, _____ de _____ de 2016.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1755394
na data de 30/09/2016

APÊNDICE 2 - CARTAZ RECRUTAMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA



O Ambulatório de Geriatria e Gerontologia e a Universidade Federal do Paraná estão oferecendo testes de avaliação de saúde: velocidade da caminhada, força da mão, teste de equilíbrio e de memória dos idosos com idade maior ou igual a 60 anos. Nosso objetivo é diminuir os fatores de risco para as incapacidades e priorizar qualidade de vida ao idoso.

**Esta avaliação faz parte de uma pesquisa científica
A participação é gratuita e voluntária**

Antes da consulta Geriátrica e Gerontológica você poderá ser convidado para participar desta avaliação de saúde e pesquisa.



Pesquisadora responsável: Maria Helena Lenardt. Contato telefônico (41) 3361-3761. Grupo Multiprofissional de Pesquisas sobre Idosos (GMPI), Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico, de segunda a sexta, das 14:00 às 17:00h. E-mail: curitiba.helena@gmail.com

FONTE: A autora (2016).

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1. Identificação

Nome completo
Endereço
Telefone

2. Dados sociodemográficos

Sexo: Masc.(<input type="checkbox"/>) Fem.(<input type="checkbox"/>)
Idade: ()
Casado(a)(<input type="checkbox"/>) Vive com companheiro(a)(<input type="checkbox"/>) Solteiro(a)(<input type="checkbox"/>) Divorciado(a), separado(a), desquitado(a)(<input type="checkbox"/>) Viúvo(a)(<input type="checkbox"/>)
Branca (<input type="checkbox"/>) Preta (<input type="checkbox"/>) Mulata, cabocla, parda (<input type="checkbox"/>) Indígena (<input type="checkbox"/>) Amarela, oriental (<input type="checkbox"/>)
Renda Familiar: Acima de 20 salários mínimos (<input type="checkbox"/>) De 10 a 20 salários mínimos (<input type="checkbox"/>) De 4 a 10 salários mínimos (<input type="checkbox"/>) De 2 a 4 salários mínimos (<input type="checkbox"/>) Até 2 salários mínimos (<input type="checkbox"/>) Sem renda (<input type="checkbox"/>)

FONTE: Adaptado de IBGE (2000).

3. Dados clínicos

O(A) senhor(a) tem problemas de saúde? Quais?	Sim () Não () NR ()
O(A) senhor(a) sente-se solitário(a)?	Sim () Não () NR ()
O(A) senhor(a) sofreu queda nos últimos 12 meses?	Sim () Não () NR ()
O(A) senhor(a) sofreu nos últimos 12 meses? Tontura	Sim () Não () NR ()
Desmaio	Sim () Não () NR ()
Vertigem	Sim () Não () NR ()
O(A) senhor(a) tem dificuldade para enxergar?	Sim () Não () NR ()
O(A) senhor(a) tem dificuldade para ouvir?	Sim () Não () NR ()

O(A) senhor(a) fuma?	Sim () Não () NR ()
O(A) senhor(a) toma bebida alcoólica?	Sim () Não () NR ()

Para caminhar, o (a) senhor(a) precisa de:	
Bengala	Sim () Não () NR ()
Muleta	Sim () Não () NR ()
Andador	Sim () Não () NR ()

O(A) senhor(a) toma algum remédio ou injeção atualmente? Quais?	Sim () Não () NR ()
--	------------------------

O(A) senhor(a) foi hospitalizado(a) nos últimos doze meses? Quantas vezes? Motivo: Alterações cardiovasculares () Alterações respiratórias () Alterações gastrointestinais () Alterações renais ou urinárias () Procedimentos cirúrgicos () Quedas ()	Sim () Não () NR ()
---	------------------------

FONTE: Adaptado de VERAS et al., 1988.

APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Quem são as pessoas que fazem parte da sua família?
- Quem são as pessoas com quem você pode contar quando precisa?
- Conte-me como é, atualmente, a sua relação com as pessoas de sua família.
- Como era essa relação quando o(a) senhor(a) era mais jovem?
- O que a sua família representa para você?

APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ETAPA QUALITATIVA)

Nós, Maria Helena Lenardt, Márcia Daniele Seima, Susanne Elero Betiulli, Clovis Cechinel, Claudio Viana Silveira Filho, Dayana Cristina Moraes, Bruno Henrique de Mello, Larissa Sayuri Setoguchi, Gabriella Mariani Vidal Frohlich, Fernanda Aline Vitecoski, Renata Gonçalves Pinheiro Corrêa e Maria Angélica Binotto pesquisadores da Universidade Federal do Paraná estamos convidando o senhor(a), usuário(a) do Serviço de Geriatria e Gerontologia do município de São José dos Pinhais, a participar da segunda etapa de um estudo "Fragilidade física e as síndromes geriátricas em idosos" do qual participou anteriormente. A fragilidade física é um estado de risco que pode levar as pessoas idosas à dificuldade de movimentos, internação em hospitais, necessitar de instituições de longa permanência, incapacidade para realizar atividades do dia a dia e morte. Na fragilidade poderão estar alterados a velocidade da caminhada, força muscular, perda de peso, redução do número de atividade física e da energia. A síndrome geriátrica é um termo usado para descrever as dificuldades com a parte cognitiva, equilíbrio, perda de urina e a insuficiência familiar.

O motivo que nos leva a estudar fragilidade é conhecer mais sobre este tema, diminuir os fatores de risco para as incapacidades e priorizar qualidade de vida ao idoso. A sua participação é muito importante para nós.

a) O objetivo desta pesquisa é investigar a relação entre fragilidade física e síndromes geriátricas de idosos atendidos em ambulatório de geriatria e gerontologia.

b) Caso o (a) senhor (a) participe desta etapa da pesquisa, será necessário responder algumas perguntas a respeito de sua relação com as pessoas de sua família.

c) Para tanto, será realizada entrevista a respeito de sua relação com as pessoas de sua família, com duração aproximada de 30 minutos.

d) É possível que o(a) senhor(a) sinta algum constrangimento e/ou desconforto de natureza emocional para responder alguma pergunta ou falar sobre algum assunto;

e) Os riscos que eventualmente podem ocorrer durante à sua participação na pesquisa são os de constrangimento e/ou desconforto de natureza emocional para responder alguma pergunta ou falar sobre algum assunto, nesse sentido, serão tomadas providências pelo médico e equipe de enfermagem do próprio ambulatório. Não bastando esse atendimento, será utilizado o próprio serviço de encaminhamento do ambulatório. Serão tomadas todas as providências necessárias e caso mude de ideia por outro motivo, sinta-se à vontade para não responder a(s) pergunta(s), ou até mesmo, para não participar mais deste estudo, sem dizer o por quê;

f) O benefício esperado com essa pesquisa é trazer informações para que os profissionais de saúde possam cuidar/avaliar melhor os idosos com idade maior ou igual a 60 anos. Como benefício direto você terá espaço para falar sobre os motivos que o levaram a avaliar como insuficiente a relação com os membros de sua família na primeira etapa do estudo;

g) A pesquisadora Prof^a Dra Maria Helena Lenardt é responsável pela pesquisa. Se desejar, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato por telefone no número (41) 3361-3761, ou, pessoalmente, no Grupo Multiprofissional de Pesquisas sobre Idosos (GMPI), Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico, de segunda a sexta, das 14:00 às 17:00h. Poderá também entrar em contato pelo endereço eletrônico: curitiba.helena@gmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Os demais pesquisadores você poderá entrar em contato por telefone no número (41) 3361-3761/ 3383-1148 ou por e-mail e pessoalmente: Márcia Daniele Seima marciaseima@gmail.com /Rua Brigadeiro Arthur Carlos Peralta, 137, Sala 30, Bairro Bom Jesus, São José dos Pinhais; Susanne Elero Betiulli susanne.elero@yahoo.com.br / Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2,

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |

cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do Setor de Ciências da
 Saúde/UFPR.
 Protocolo CEP/SD-PB nº 2362295
 na data de 01/11/2019.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Clovis Cechinel cechinelc@hotmail.com/ Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Claudio Viana Silveira Filho dr.claudiofh@hotmail.com/Rua Brigadeiro Arthur Carlos Peralta, 137, sala 30, Bairro Bom Jesus, São José dos Pinhais; Dayana Cristina Moraes dayanac.moraes@hotmail.com/ Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Bruno Henrique de Mello bruno_hmello@hotmail.com/ Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Larissa Sayuri Setoguchi ls.setoguchi@gmail.com/ Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Gabriella Mariani Vidal Frohlich gmv.frohlich@gmail.com / Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Fernanda Aline Vitecoski fer.vitecoski@gmail.com / Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Renata Gonçalves Pinheiro Corrêa prenata348@gmail.com / Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico; Maria Angélica Binotto manbinotto@yahoo.com.br / Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Bloco Didático 2, Setor Ciências da Saúde, 3º andar, sala S/N - Jardim Botânico.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento, que está assegurado;

i) As informações desta pesquisa serão utilizadas pelos membros do GMPI e o(a) senhor(a) não será identificado(a);

j) Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante e depois do estudo;

k) Para registrar a sua participação a entrevista (conteúdo falado) será gravada em áudio em um dispositivo eletrônico (gravador). Esse material obtido será utilizado unicamente para esta pesquisa, posteriormente haverá o descarte dentro de 5 anos após finalizado o estudo.

l) Não haverá cobrança sobre a participação no estudo e o senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro por essa participação;

m) Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi fala os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento na clínica. Fui informado que serei atendido sem custos caso apresente algum problema.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do Participante de pesquisa ou responsável legal)

Assinatura do Pesquisador

Curitiba, ____ de _____ de 20__.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR. Parecer CEP/SD-PB.nº <u>236/2295</u> na data de <u>01/11/2017</u> . <i>gab</i>

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fragilidade física e as síndromes geriátricas em idosos

Pesquisador: Maria Helena Lenardt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58954016.1.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.755.394

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa oriunda do PPGEnfermagem, sob a responsabilidade de Maria Helena Lenardt, com a participação de Dayana Cristina Moraes, Miriam Aparecida Nimtz, Bruno Henrique de Mello, Claudio Viana Silveira Filho, Fabiana Ferreira Rodrigues Teixeira, Marcia Daniele Seima e Clovis Cechinel.

O processo de envelhecimento da população brasileira, assim como em outros países, traz uma série de questões cruciais, entre elas as doenças crônicas, que frequentemente são acompanhadas por fragilidades físicas em idosos. Esse é um cenário de síndromes e enfermidades complexas, que exigem avaliações adequadas e cuidados constantes por parte dos profissionais da área de saúde. A fragilidade física representa um estado de risco elevado, que expõe a pessoa idosa a eventos adversos (imobilidade, institucionalização, hospitalização, incapacidades e morte) associados ao aumento da vulnerabilidade e a estressores endógenos e exógenos.

A medida que a população de idosos aumenta rapidamente, existe a necessidade de buscar mais conhecimento sobre as temáticas abordadas. Os resultados da investigação sobre os domínios da instabilidade postural, incapacidade cognitiva, incontinência esfinteriana e insuficiência familiar associados à fragilidade física poderão instrumentalizar os profissionais de geriatria e gerontologia para as avaliações e, conseqüentemente, subsidiar a elaboração de planos de cuidados para a gestão da fragilidade física do idoso.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.755.394

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa apresenta como objetivo geral investigar as relações entre os marcadores de fragilidade física e as síndromes geriátricas de idosos atendidos em ambulatório de geriatria e gerontologia.

Como objetivos específicos, estão elencados:

- Identificar o perfil das principais síndromes geriátricas dos idosos atendidos em ambulatório de geriatria e gerontologia (estudo retrospectivo);
- Classificar os idosos nas condições de fragilidade física, pré-fragilidade e não fragilidade segundo os marcadores de Fried et al. (2001);
- Identificar a prevalência das síndromes geriátricas propostas no estudo;
- Indicar a relação entre instabilidade postural e os marcadores de fragilidade física dos idosos;
- Indicar a relação entre incapacidade cognitiva e os marcadores de fragilidade física dos idosos;
- Indicar a relação entre incontinência esfinteriana e os marcadores de fragilidade física dos idosos;
- Indicar a relação entre insuficiência familiar e os marcadores de fragilidade física dos idosos;
- Correlacionar as condições de fragilidade física às síndromes geriátricas investigadas; e
- Propor modelo de avaliação da fragilidade física sustentado nas síndromes geriátricas investigadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, os pesquisadores informam que, durante a realização dos testes, os idosos poderão apresentar desconfortos, como tontura, desequilíbrio e/ou constrangimento e serão tomadas providências pelo médico e equipe de enfermagem do próprio ambulatório (local de coleta dos estudos), que já estão cientes dessa incumbência.

As medidas poderão ser protetivas (posição decúbito dorsal e sala separada para o atendimento); de conforto físico (aquecimento e/ou resfriamento); diagnósticas (aferição da pressão arterial, temperatura e frequência cardíaca); e interventivas, conforme a sintomatologia detectada.

Não sendo o bastante tal atendimento, será utilizado o próprio serviço de encaminhamento do ambulatório. Serão tomadas todas as providências necessárias ou até a suspensão do participante na pesquisa, sob a responsabilidade do pesquisador.

Como benefícios, os idosos poderão reconhecer a própria condição de fragilidade física, as

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.755.394

características preditoras que causam a perda de autonomia, independência e diminuição da qualidade de vida relacionada às síndromes geriátricas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos encontram-se presentes.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_775629.pdf	13/09/2016 21:25:31		Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.755.394

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO CORRIGIDO.docx	13/09/2016 21:22:13	Maria Helena Lenardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE CORRIGIDO.docx	13/09/2016 21:13:13	Maria Helena Lenardt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DETALHADO CORRIGIDO.docx	13/09/2016 21:08:56	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	Termo_de_inicio_da_pesquisa_corrigido.pdf	13/09/2016 21:05:33	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.docx	13/09/2016 21:04:34	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	Concordancia da instituicao participante.pdf	20/08/2016 19:00:48	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	analise de merito cientifico.pdf	20/08/2016 18:55:39	Maria Helena Lenardt	Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	16/08/2016 11:33:02	Maria Helena Lenardt	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/08/2016 20:58:52	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	termo de compromisso para utilizacao dos dados.pdf	15/08/2016 20:30:20	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	DECLARACAO DE TORNAR PUBLICO OS RESULTADOS.jpeg	15/08/2016 20:27:40	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	termo de confidencialidade.pdf	15/08/2016 20:21:50	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	DECLARACAO.jpeg	15/08/2016 20:17:01	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	EXTRATO DE ATA.jpeg	15/08/2016 20:12:40	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	ATA APROVACAO DE PROJETO.jpeg	15/08/2016 20:11:05	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	AOCOMITE DE ETICA.jpeg	15/08/2016 20:08:14	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	CHECKLIST DOCUMENTAL.jpeg	15/08/2016 20:04:52	Maria Helena Lenardt	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.755.394

CURITIBA, 30 de Setembro de 2016

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (EMENDA)

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Fragilidade física e as síndromes geriátricas em idosos

Pesquisador: Maria Helena Lenardt

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58954016.1.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.362.295

Apresentação do Projeto:

O projeto "Fragilidade Física e as síndromes geriátricas em idosos" possui como objetivo geral investigar as relações entre os marcadores de fragilidade física e as síndromes geriátricas de idosos atendidos em ambulatório de geriatria e gerontologia. O local corresponde ao Ambulatório de Geriatria e Gerontologia (AGG) no município de São José dos Pinhais, Paraná.

No estudo retrospectivo, foram coletados dados secundários referentes à identificação, aspectos sociodemográficos, clínicos e síndromes geriátricas, mediante os registros nos prontuários dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria e gerontologia na cidade de São José dos Pinhais/Paraná. A coleta de dados ocorreu de outubro de 2016 a janeiro de 2017. A amostra final foi constituída por 475 registros de idosos (prontuários) e os dados encontram-se em fase de análise estatística.

Os estudos de corte transversal estão sendo realizados no ambulatório de geriatria e gerontologia na cidade de São José dos Pinhais/Paraná, com uma amostra final de 411 idosos. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2016 a março de 2017, mediante questionários (variáveis clínicas), escalas e testes.

Objetivo da Pesquisa:

Esse projeto incluiu dois estudos, um com delineamento documental retrospectivo e outro de corte transversal. Apresenta-se no presente relatório parcial os resultados parciais alcançados nos estudos retrospectivo e transversal, bem como as necessidades de alterações previstas, para as

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.362.295

quais os pesquisadores enviarão as documentações necessárias, solicitando emenda ao projeto em questão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Acerca dos riscos, os pesquisadores informam que, durante a realização dos testes, os idosos poderão apresentar desconfortos, como tontura, desequilíbrio e/ou constrangimento e serão tomadas providências pelo médico e equipe de enfermagem do próprio ambulatório (local de coleta dos estudos), que já estão cientes dessa incumbência. Não sendo o bastante tal atendimento, será utilizado o próprio serviço de encaminhamento do ambulatório.

Serão tomadas todas as providências necessárias ou até a suspensão do participante na pesquisa, sob a responsabilidade do pesquisador.

Como benefícios, os idosos poderão reconhecer a própria condição de fragilidade física, as características preditoras que causam a perda de autonomia, independência e diminuição da qualidade de vida relacionada às síndromes geriátricas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em notificação anterior, a pesquisadora faz o envio de relatório parcial, informando ter havido a necessidade de alguns ajustes em relação ao cálculo amostral. Também informa que foi sentida a necessidade de aprofundar as questões relacionadas à síndrome da insuficiência familiar, ao término da coleta de dados, de modo que propõe-se a continuidade do projeto com a inclusão de uma nova etapa de coleta de dados, por meio de um estudo qualitativo descritivo.

A pesquisadora encaminha emenda solicitando as seguintes modificações no estudo: exclusão de duas colaboradoras, inclusão de seis novas colaboradoras; alterar o cálculo amostral, justificando; adicionar nova etapa de coleta de dados, caracterizada por estudo qualitativo descritivo e adicionar novo TCLE

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os documentos obrigatórios foram anexados

Recomendações:

Solicita-se à pesquisadora que mantenha os todos arquivos anteriores do estudo na PB, a menos que solicitado de forma diferente, para que, por ocasião de nova emenda, o relator possa analisar

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.362.295

e comparar os documentos, facilitando a análise.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda ao protocolo pode ser aprovada

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_978881 E1.pdf	01/09/2017 11:19:34		Aceito
Outros	DECLARACAODERESPONSABILIDADESNOPROJETONOVASCOLABORADORAS.pdf	01/09/2017 11:15:37	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	TERMORESPONSABILIDADE.pdf	24/08/2017 10:09:09	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADENOVASCOLABORADORAS.pdf	24/08/2017 10:07:49	Maria Helena Lenardt	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.362.295

Outros	EmendaAoProtocolo.pdf	18/08/2017 16:40:23	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	DECLARACAODOUSOESPECIFICODE DADOSCOLETADOS.pdf	18/08/2017 16:35:32	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSOINICIODAP ESQUISA.pdf	18/08/2017 16:33:41	Maria Helena Lenardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEestudo_qualitativo.docx	18/08/2017 16:31:06	Maria Helena Lenardt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADOCORRIGIDOest udo_qualitativo.docx	18/08/2017 16:30:36	Maria Helena Lenardt	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_2.docx	18/08/2017 16:29:34	Maria Helena Lenardt	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoEmenda.pdf	18/08/2017 16:20:15	Maria Helena Lenardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECUIDADORFAMILIARDOIDOSOC ORRIGIDO.docx	13/09/2016 21:22:13	Maria Helena Lenardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.docx	13/09/2016 21:13:13	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	Termo_de_inicio_da_pesquisa_corrigido .pdf	13/09/2016 21:05:33	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.docx	13/09/2016 21:04:34	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	Concordanciadainstituicaocoparticipante. pdf	20/08/2016 19:00:48	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	analisedomentocientifico.pdf	20/08/2016 18:55:39	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	termodecompromissoparautilizaodosd ados.pdf	15/08/2016 20:30:20	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	DECLARACAODETORNARPUBLICOO SRESULTADOS.jpeg	15/08/2016 20:27:40	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	15/08/2016 20:21:50	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	DECLARACAO.jpeg	15/08/2016 20:17:01	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	EXTRATODEATA.jpeg	15/08/2016 20:12:40	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	ATAAPROVACAODEPROJETO.jpeg	15/08/2016 20:11:05	Maria Helena Lenardt	Aceito
Outros	AOCOMITEDEETICA.jpeg	15/08/2016 20:08:14	Maria Helena Lenardt	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.362.295

Outros	CHECKLISTDOCUMENTAL.jpeg	15/08/2016 20:04:52	Maria Helena Lenardt	Aceito
--------	--------------------------	------------------------	----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 01 de Novembro de 2017

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3 - OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO

DIVISÃO DE ENSINO E PESQUISA
Rua Paulino de Siqueira Cortes, 2106, Centro
São José dos Pinhais/PR – CEP: 83005-030
FONE (41) 3381-5839

Concordância da Instituição Coparticipante

São José dos Pinhais, 19 de agosto de 2016

Senhor Coordenador,

Declaramos que nós da Divisão de Ensino e Pesquisa de São José dos Pinhais estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "**Fragilidade física e as síndromes geriátricas em idosos**" sob a responsabilidade da Dra Maria Helena Lenardt, nas nossas dependências (Ambulatório de Geriatria e Gerontologia), tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em julho de 2019.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão idosos com (60 anos ou mais), agendados para consulta em Ambulatório de Geriatria e Gerontologia bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012(CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a esta Instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Atenciosamente,

JOÃO RODRIGUES NETO
Coordenador da Divisão de Ensino e Pesquisa

ANEXO 4 - VULNERABLE ELDER'S SURVEY-13

1. Idade _____

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA IDADE 75-84
3 PONTOS PARA IDADE ≥ 85

2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

- Ruim* (1 PONTO)
- Regular* (1 PONTO)
- Boa
- Muito Boa ou
- Excelente

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA REGULAR ou RUIM

3. Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer*
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	()	()	()	()*	()*
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	()	()	()	()*	()*
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	()	()	()	()*	()*
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	()	()	()	()*	()*
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	()	()	()	()*	()*
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	()	()	()	()*	()*

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITA DIFICULDADE*" OU "INCAPAZ DE FAZER*" NAS QUESTÕES 3a ATÉ 3f. CONSIDERAR NO MÁXIMO DE 2 PONTOS.

4. Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:

a. fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?)

() SIM → Você recebe ajuda para fazer compras?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO COMPRAS → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

b. lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)?

() SIM → Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO LIDO COM DINHEIRO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

c. atravessar o quarto andando? É PERMITIDO O USO DE BENGALA OU ANDADOR.

() SIM → Você recebe ajuda para andar?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO ANDO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

d. realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?

() SIM → Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

e. tomar banho de chuveiro ou banheira?

() SIM → Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

PONTUAÇÃO: CONSIDERAR 4 PONTOS PARA UMA OU MAIS RESPOSTAS "SIM*" NAS QUESTÕES 4a ATÉ 4e

CLASSIFICAÇÃO FINAL:
NÃO VULNERÁVEL = pontuação ≤ 3
VULNERÁVEL = pontuação ≥ 3

ANEXO 5 – APGAR DE FAMÍLIA

Domínio	Questão	Pontuação
Adaptação	1. Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?	2 - Quase sempre 1- Às vezes 0 - Raramente
Companheirismo	2. Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?	2 - Quase sempre 1- Às vezes 0 - Raramente
Desenvolvimento	3. Minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?	2 - Quase sempre 1- Às vezes 0 - Raramente
Afetividade	4. Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?	2 - Quase sempre 1- Às vezes 0 - Raramente
Resolução	5. Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos?	2 - Quase sempre 1- Às vezes 0 - Raramente

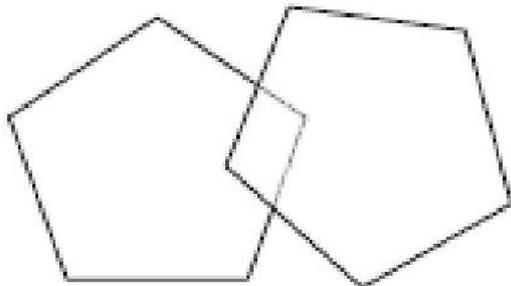
Escore _____

FONTE: DUARTE (2001).

ANEXO 6 - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

		Pont	Máx.Pont.
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	Em que ano estamos?		1
	Em que estação do ano estamos?		1
	Em que mês estamos?		1
	Em que dia da semana estamos?		1
	Em que dia do mês estamos?		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Em que estado nós estamos?		1
	Em que cidade nós estamos?		1
	Em que bairro nós estamos?		1
	Como é o nome dessa rua, ou esse endereço?		1
	Em que local nós estamos?		1
REGISTRO	Repetir: CARRO, VASO, BOLA . Solicitar que memorize.		3
ATENÇÃO E CÁLCULO	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$ ou soletrar a palavra MUNDO , e então, de trás para frente.		5
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO	Quais os três objetos perguntados anteriormente?		3
NOMEAR 2 OBJETOS	Lápis e relógio		2
REPETIR	“Nem aqui, nem ali, nem lá”		1
COMANDO DE ESTÁGIOS	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio com ambas as mãos e coloque-a no chão		3
LER E EXECUTAR	Feche seus olhos		1
ESCREVER UMA FRASE COMPLETA	Escrever uma frase que tenha sentido		1
COPIAR DIAGRAMA	Copiar dois pentágonos com interseção		1
TOTAL			30

Frases: _____



FONTE: Traduzido de FOLSTEIN, FOLSTEIN E MCHUGH (1975)

ANEXO 7 - DINAMÔMETRO HIDRÁULICO JAMAR® E POSICIONAMENTO DE AFERIÇÃO¹⁷



FONTE: TBW (2016)



FONTE: REIS; ARANTES (2011, p.178).

¹⁷ Recomendada pela *American Society Of Than Therapists* (ASHT)

ANEXO 8 - CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO DO DINAMÔMETRO

D.S.: 00977/16 - 01
Página 1 de 1



Certificado de calibração nº.: 00288/16

1. Contratante: **FABIANA FERREIRA RODRIGUES TEIXEIRA.**
Rua Cristiano Strobel, nº 3375 - Curitiba /PR.

1.1 Solicitante: O mesmo

2. Descrição
Objeto: Dinamômetro mecânico **Marca:** JAMAR **Modelo:** Não consta **Nº série:** Não consta
Identificação: DIN-01 **Valor de uma divisão:** 2 Kgf **Faixa de indicação:** 0 a 90 Kgf

3. Método Utilizado
3.1 Procedimentos:
Conforme solicitação, nosso Laboratório realizou calibração no objeto acima, com base em nosso procedimento de confirmação metroológica PGQ-005 revisão 05 e instrução de processo IPR-017 revisão 00. Foram realizadas (03) três medições independentes sendo que o resultado apresentado é média aritmética das três medições.

4. Padrões utilizados / Periodicidade
Conjunto de pesos padrão, marca Cauduro, nosso nº PMBA-08, certificado nº 13009369 calibrado pelo TECPAR (**Laboratório Acreditado pelo INMETRO sob o nº 85**) em 04/09/2013, com validade até 09/2017.

5. Incerteza nas medições (U)
A incerteza de medição relatada é declarada como a incerteza padrão de medição multiplicada pelo fator de abrangência k=2, que para uma distribuição normal corresponde a uma probabilidade de abrangência de aproximadamente 95%. A incerteza padrão de medição foi determinada de acordo com a publicação EA-4/02 e nosso procedimento PGQ-018 revisão 02.

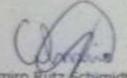
6. Condições Ambientais durante a calibração
Temperatura: (20 ± 1) °C Umidade relativa do ar: (55 ± 5) %

7. Considerações
Data do recebimento: 08/08/2016 Data da calibração: 12/08/2016 Data da emissão: 12/08/2016

8. Resultados da calibração

Unidade de medição: Kgf			
SENTIDO DA FORÇA: TRACÇÃO			
Indicação no padrão	Indicação média no mensurando	Erro de exatidão (%)	Erro de repetitividade (%)
18,0	18,0	0,000	0,000
36,0	36,0	0,000	0,000
54,0	54,3	0,556	0,000
72,0	72,9	1,250	0,000
90,0	91,2	1,333	0,000
U.		0,5	Kgf


 Luciano Silva
Técnico executante


 Almiro Rutz Schimidt
Gerente técnico

Os resultados deste certificado referem-se exclusivamente ao instrumento submetido à calibração, nas condições específicas, não sendo extensivo a quaisquer lotes. Esta calibração não isenta o instrumento do controle metroológico estabelecido na Regulamentação Metroológica. A METROXY autoriza a reprodução deste certificado, desde que qualquer cópia sempre apresente seu conteúdo integral. A3

METROXY - Tecnologia Metroológica - www.metroxy.com.br
Trav. Otávio Ribas Guimarães, 91- CEP 80320-150 - Portão - Curitiba - PR
Tel (41) 3345-0922 - 3057-6908

ANEXO 9 - CRONÔMETRO INCONTERM, BALANÇA DIGITAL OMRON HN-289 E ESTADIÔMETRO SANNY



FONTE: INCONTERM [2016?]



FONTE: OMRON [2016?]



FONTE: SANNY [2016?]

ANEXO 10 - FOLHA DE ANOTAÇÃO PARA DADOS ANTROPOMÉTRICOS E DE FRAGILIDADE FÍSICA¹⁸

1. O(a) sr(a) perdeu peso no último ano? Sim(<input type="checkbox"/>) _____ Kg Não(<input type="checkbox"/>) _____
2. Peso: _____ Kg
3. Altura: _____ m
4. IMC: (peso/altura ²) _____
5. Velocidade da Marcha (m/s): 1ª mensuração _____ 2ª mensuração _____ 3ª mensuração _____
6. Força de Prensão Manual (Kgf): 1ª mensuração _____ 2ª mensuração _____ 3ª mensuração _____
7. Quantas vezes na última semana: <p>(A) Sentiu que tudo o que fez foi um esforço <input type="checkbox"/> 0=Raramente ou nenhuma parte do tempo (< 1 dia) <input type="checkbox"/> 1=Uma parte ou pequena parte do tempo (1-2 dias) <input type="checkbox"/> 2=Quantidade moderada de tempo (3-4 dias) <input type="checkbox"/> 3=Na maioria das vezes</p> <p>(B) Sentiu que não pode continuar suas coisas <input type="checkbox"/> 0=Raramente ou nenhuma parte do tempo (< 1 dia) <input type="checkbox"/> 1=Uma parte ou pequena parte do tempo (1-2 dias) <input type="checkbox"/> 2=Quantidade moderada de tempo (3-4 dias) <input type="checkbox"/> 3=Na maioria das vezes</p> <p>Obs: Resposta “2” e “3” para qualquer uma destas perguntas os categoriza como frágil para este componente.</p>

FONTE: Traduzido de FRIED et al. (2001).

¹⁸ Componente perda de peso não intencional, teste de velocidade da marcha, força de prensão manual e autorrelato de fadiga/exaustão (FRIED et al., 2001).

