

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: BACHARELADO E LICENCIATURA

LIESSA APARECIDA VAZ

FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

UBERLÂNDIA

2022

LIESSA APARECIDA VAZ

FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Profa Dra Juliana Pena Porto

Coorientadora: Profa Dra Valéria Nasser Figueiredo

UBERLÂNDIA

2022

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

V393 2022	<p>Vaz, Liessa Aparecida, 1997- Funcionalidade familiar de idosos hospitalizados [recurso eletrônico] / Liessa Aparecida Vaz. - 2022.</p> <p>Orientadora: Juliana Pena Porto. Coorientadora: Valéria Nasser Figueiredo . Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Uberlândia, Graduação em Enfermagem. Modo de acesso: Internet. Inclui bibliografia.</p> <p>1. Enfermagem. I. Porto, Juliana Pena, 1983- (Orient.). II. , Valéria Nasser Figueiredo, 1983- (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Graduação em Enfermagem. IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 616.083</p>
--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
 Av. Pará, 1720, Bloco 2U, Sala 23 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34 3225-8603 - www.famed.ufu.br - cocen@famed.ufu.br



ATA DE DEFESA - GRADUAÇÃO

Curso de Graduação em:	Enfermagem				
Defesa de:	GEN067: Trabalho de Conclusão de Curso				
Data:	12/08/2022	Hora de início:	16:32	Hora de encerramento:	17:19
Matrícula	1162ENF015				
Nome do Discente:	Liessa Aparecida Vaz				
Título do Trabalho:	Funcionalidade familiar de idosos hospitalizados				

Reuniu-se através Plataforma de Conferência google/meet, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem, assim composta: Professores: Mônica Rodrigues da Silva - FAMED, Frank José Silveira Miranda - FAMED e Juliana Pena Porto - FAMED como orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos, o(a) presidente da mesa, Juliana Pena Porto, apresentou a Comissão Examinadora e o(a) candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao(à) discente a palavra, para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do(a) discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do curso.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a). Nota: 98,0

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Frank José Silveira Miranda, Professor(a) do Magistério Superior**, em 12/08/2022, às 17:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Pena Porto, Professor(a) do Magistério Superior**, em 12/08/2022, às 17:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mônica Rodrigues da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 12/08/2022, às 17:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus e a Nossa Senhora, pois nunca me desampararam.

À minha querida Avó Joana, por ter me inspirado na escolha dessa profissão e por ter sido inspiração para a realização desse trabalho.

À instituição de ensino Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e ao Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFU) pois foram fundamentais para o meu processo de formação profissional e desenvolvimento da pesquisa.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Juliana Pena Porto, por ter me acolhido como sua orientanda, pela atenção, suporte e paciência, por ser um exemplo de pessoa e profissional, pela orientação neste trabalho e por tudo o que foi necessário para sua realização.

À minha coorientadora Prof^a Dr^a Valéria Nasser Figueiredo, por me ofertar o suporte necessário para a realização deste trabalho e por contribuir com a minha formação pessoal e profissional.

Também direciono os meus agradecimentos às pessoas que são essenciais na minha vida, a minha Mãe Leila, meu Pai Leonar, minhas irmãs Lalleska e Jackelyne, meu cunhado Rafael, aos meus pais do coração Maria e Mozart, ao meu caçula Luan, e a todos que torceram pela minha vitória, minha grande família, que tiveram paciência e que nunca mediram esforços para me auxiliar nessa caminhada.

Agradeço ao meu companheiro de vida Maik Douglas, por ser amoroso, dedicado e paciente, por nunca me deixar só e por ter me auxiliado em tudo que precisei durante a realização deste trabalho.

Ao meu primo Renner, meu exemplo de profissional e que sempre me impulsionou e me motivou na busca do conhecimento, para oferecer o melhor tratamento possível aos pacientes.

Agradeço a todas as minhas amigas, em especial Ana Laura Linhares, Kamila Silva e Thayna Santos, por dividirem comigo momentos de angústia, cansaço e me apoiarem em tudo que precisei. Aos colegas e mestres, agradeço pelos ensinamentos compartilhados e pelo apoio e incentivo, que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

Aos pacientes, aqueles que fizeram deste trabalho possível, o meu enorme agradecimento, pela confiança, colaboração, interesse e pela contribuição com a minha formação profissional e principalmente pessoal.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não
é senão uma gota de água no mar. Mas o mar
seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Introdução: Apesar do envelhecimento não estar diretamente associado a enfermidades e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são constantemente encontradas entre os idosos. A geração de incapacidades funcionais e aumento das taxas de hospitalização nesse período, apresentam implicações importantes principalmente para o idoso e sua família. Uma organização familiar adequada pode aumentar a qualidade de vida dos idosos, mostrando o quão significativas são as interações familiares e como o suporte familiar produz cuidados personalizados. Dispor dos cuidados da família é um determinante expressivo para aumentar o bem-estar do idoso. **Objetivo:** Analisar a funcionalidade nas relações familiares de idosos hospitalizados e verificar se existe associação entre o grau de dependência, comprometimento cognitivo, sinais e sintomas depressivos com o suporte familiar recebido pelos idosos. **Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Como instrumentos de coleta dos dados, utilizou-se questionário sociodemográfico, clínico e as Escalas de Katz, Lawton, Mini Exame do Estado Mental, depressão geriátrica e APGAR da família. **Resultados:** Participaram da pesquisa 233 idosos, sendo a maioria homens (63,1%), com idade entre 60 a 70 anos (54,7%), casados (51,1%), 66,5% deles eram tabagistas e 48,1% etilistas crônicos. As doenças crônicas mais prevalentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (66,5%), seguida de Diabetes Mellitus (30,9%). Do total, 67,0% estavam com cognição preservada, 47,2% eram independentes para realizar atividades básicas de vida diária, porém, apenas 2,1% eram independentes para realizar atividades instrumentais de vida diária, 77,2% apresentaram sinais de depressão e 59,2% tinham boa funcionalidade familiar. A análise estatística não mostrou associação entre a funcionalidade familiar e capacidade funcional, cognitiva ou presença de sinais de depressão. **Conclusão:** Considerando que no Brasil ainda existem poucos estudos sobre esse assunto, é necessário que seja discutido esse tema que é de extrema relevância pois pode detectar a fragilidade no ambiente domiciliar, situações que prejudiquem o tratamento e coloquem em risco à vida do idoso. Caracterizando-se como importante ferramenta, o APGAR da família é um instrumento de fácil aplicação que pode auxiliar os profissionais de saúde que lidam com idosos hospitalizados, identificando os fatores de riscos associados a disfunção familiar.

Palavras-chave: Enfermagem. Família. Hospitalização. Saúde do idoso.

ABSTRACT

Introduction: Although aging is not directly associated with illness and disability, chronic degenerative diseases are constantly found among the elderly. The generation of functional disabilities and the increase in hospitalization rates in this period have important implications, especially for the elderly and their families. An adequate family organization can increase the quality of life of the elderly, showing how significant family interactions are and how family support produces personalized care. Having family care is an expressive determinant to increase the well-being of the elderly. **Objective:** To analyze the functionality in the family relationships of hospitalized elderly and to verify if there is an association between the degree of dependence, cognitive impairment, depressive signs and symptoms and the family support received by the elderly. **Methodology:** Exploratory, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. As data collection instruments, a sociodemographic and clinical questionnaire and the Katz, Lawton, Mini Mental State Examination, geriatric depression and family APGAR scales were used. **Results:** A total of 233 elderly people participated in the research, most of them men (63.1%), aged between 60 and 70 years (54.7%), married (51.1%), 66.5% of them were smokers and 48.1% chronic alcoholics. The most prevalent chronic diseases were Systemic Arterial Hypertension (66.5%), followed by Diabetes Mellitus (30.9%). Of the total, 67.0% had preserved cognition, 47.2% were independent to perform basic activities of daily living, however, only 2.1% were independent to perform instrumental activities of daily living, 77.2% showed signs of depression and 59.2% had good family functionality. Statistical analysis showed no association between family functioning and functional, cognitive capacity or presence of signs of depression. **Conclusion:** Considering that in Brazil there are still few studies on this subject, it is necessary to discuss this topic that is extremely relevant because it can detect fragility in the home environment, situations that impair the treatment and put the life of the elderly at risk. Characterizing itself as an important tool, the family APGAR is an easy-to-apply instrument that can help health professionals who deal with hospitalized elderly people, identifying risk factors associated with family dysfunction.

Keywords: Family. Health of the Elderly. Hospitalization. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tabela 1- Características sociodemográficas dos participantes incluídos no estudo (n=233). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022.....	22
Tabela 2 - Características clínicas dos participantes incluídos no estudo (n=233). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022.....	24
Tabela 3 - Características sociais dos participantes incluídos no estudo (n=233). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022.....	27
Tabela 4 - Avaliação da capacidade cognitiva, funcional, depressão e funcionalidade familiar dos participantes incluídos no estudo (n=233). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022.....	29
Tabela 5 - Associação entre funcionalidade familiar e capacidade cognitiva, funcional e depressão dos participantes incluídos no estudo (n=233). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
SUS	Sistema Único de Saúde
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
ABVD	Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (Escala de Katz)
AIVD	Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Escala de Lawton)
HCU	Hospital de Clínicas da Uberlândia
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
MEC	Ministério da Educação
PS	Pronto Socorro
CM	Clínica Médica
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SPSS	Statistical Package for the Social Science
IMC	Índice de Massa Corporal
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DVP	Doença Vascular Periférica
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 DESENHO DO ESTUDO	17
3.2 LOCAL.....	17
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	17
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS E QUESTÕES ÉTICAS.....	17
3.5 DELINEAMENTO DO ESTUDO	18
3.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS	18
3.7 TAMANHO AMOSTRAL	19
3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	20
4. RESULTADOS.....	21
5. DISCUSSÃO.....	32
6. CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS.....	38
7. APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	44
8. APÊNDICE B – INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	45
9. ANEXO A – MINI EXAME MENTAL.....	48
10. ANEXO B – ESCALA DE KATZ	49
11. ANEXO C - ESCALA DE LAWTON	50
12. ANEXO D - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA.....	51
13. ANEXO E - A.P.G.A.R DA FAMÍLIA.....	52

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural representado por diversas mudanças físicas, psicológicas e sociais. É nesse período que o idoso reconhece seus objetivos atingidos, mas também as suas perdas ao longo de toda vida, das quais a saúde é uma das partes mais afetadas (MENEZES et al., 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina-se idoso o indivíduo que possui 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento como o Brasil e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Eles são divididos em categorias como: idoso jovem (60 a 74 anos de idade), idoso mais velho (75 a 100 anos de idade) e centenários (mais de 100 anos de idade) (BRASIL, 2006). Os idosos são a parcela populacional que mais cresce no mundo (PANISSA, VASSIMON, 2012).

No Brasil existia um cenário próprio de estrutura familiar até meados dos anos 70, caracterizado por famílias numerosas, que viviam em áreas rurais aonde o índice de mortalidade infantil era alto, porém o índice de natalidade também era elevado. Após esse período houve uma modificação nesse perfil familiar, os indivíduos se deslocaram para as concentrações urbanas e diminuíram a quantidade de filhos providos. Isso resultou em projeções estatísticas que indicam que o Brasil terá para 2050 a maior população de idosos do mundo, com números que ultrapassam os 32 milhões de pessoas nessa faixa etária e que representará 16% da população brasileira (DOS SANTOS SILVA et al., 2021).

Associado a este fato, a transição epidemiológica provoca aumento no desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas também conhecidas como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), demandando intervenções contínuas e superespecializadas, encarecendo demasiadamente o sistema de saúde e prejudicando a funcionalidade dos idosos (PINHEIRO, ALVAREZ e PIRES, 2012). Esses problemas que podem surgir devido à idade mais elevada fazem com que esses indivíduos consumam mais os serviços de saúde, necessitem de internação hospitalar e tenham uma permanência mais prolongada (AMARAL et al., 2004). Os processos patológicos que podem acometer o indivíduo vulnerável pelo envelhecimento são caracterizados pela senilidade (KUSUMOTA, RODRIGUES, MARQUES, 2004).

Decorrente dos problemas de saúde que o idoso apresenta, o déficit no status funcional é um forte antecedente de resultados maléficos e um marcador de morbimortalidade. Estudos apontam que a dependência para desempenho das atividades de vida diária tende a avançar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre aqueles com 90 e mais anos

(GIRONDI et al., 2013). As incapacidades funcionais fazem com que os idosos procurem com mais frequência os serviços de saúde, pois necessitam de assistência e cuidado. A hospitalização é um evento desagradável na vida do idoso e pode favorecer o declínio funcional, afetado pelo tempo de permanência, mudança de estilo de vida, possibilitando a necessidade de institucionalização e o risco de morte, que pode ser aumentado devido à dificuldade de realizar as atividades básicas da vida diária (CRISTO, PERNAMBUCO, 2009).

A hospitalização pode levar a dependência funcional, pois é um momento onde o idoso é retirado do meio familiar, do convívio social e levado para um ambiente estranho. Na literatura encontra-se que o declínio funcional acomete de 34 a 50% dos idosos no período de internação, que pode sofrer influências como a gravidade da doença, a nutrição e o tratamento (STHAL, BERTI, PALHARES, 2011).

A frequência das internações hospitalares é maior entre idosos, por isso o aumento da população idosa pode gerar uma sobrecarga nos serviços de saúde (SILVA, PINHEIRO, LOYOLA FILHO, 2022). Pesquisas mostram que entre 2001 e 2003 os idosos correspondiam a 8,4% da população brasileira e a taxa de hospitalização subia para 13%. Já em 2009, os idosos representaram 21% das internações no Brasil (COUTINHO et al., 2015). Em 2019, os idosos foram responsáveis por 26,4% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS), com o aumento da taxa de internação a permanência dos idosos nos hospitais também aumentaram, exibindo que no ano de 2019 o tempo médio de permanência foi de 6,5 dias entre os idosos. Realizando os cálculos com relação ao custo atribuído das internações e tempo de permanência dos idosos nos hospitais públicos, é possível observar que do total, em 2009, 27,7% representavam os idosos e em 2019 houve um aumento para 35,8% (APOLINARIO et al., 2022).

A taxa de hospitalização pode crescer ainda mais no futuro, o que gera um desafio ao SUS e as equipes de saúde, pois é necessário que se desenvolvam ações para um cuidado mais eficiente com relação aos idosos (APOLINARIO et al., 2022). Para os profissionais de saúde esses são momentos fundamentais, principalmente para o enfermeiro, que precisa atuar de forma a reduzir possíveis incapacidades e dependências. A compreensão do profissional para com o idoso e sua família interfere diretamente na maneira de prover assistência médica e o tratamento adequado (OLIVEIRA, 2018).

A família é considerada uma instituição, que ao longo do tempo sofre com mudanças na sua constituição e estrutura, para garantir a continuidade e desenvolvimento de seus membros (ARAÚJO, PAÚL, MARTINS, 2008).

A qualidade das relações familiares pode ser medida através do cuidado. Para aqueles que envelhecem a relação de afeto com a família é um fato significativo, pois quando o idoso tem vínculo emocional e intimidade com alguém, facilita a relação de cuidado. A qualidade do relacionamento entre os familiares é de extrema importância, visto que questões afetivas anteriores podem influenciar na convivência futura (DE VASCONCELOS TORRES et al., 2009).

A necessidade de atenção ao cuidado do idoso é uma questão pública principalmente pelas mudanças estruturais vivenciadas nos últimos anos pelas famílias brasileiras. Os idosos estão cada vez mais inseridos em famílias menores que são limitadas por questões socioeconômicas e culturais, que não podem oferecer na maioria das vezes um suporte ideal as suas demandas (ANDRADE, 2013).

Apesar destas limitações, os familiares não podem se ausentar da sua responsabilidade para com os idosos, visto que a família representa um núcleo social vital, responsável pelo cuidado e desenvolvimento de seus membros, do mais jovem ao mais velho. Este cenário, no entanto, muitas vezes não é bem trabalhado sob esta ótica, uma vez que conforme aumentam o grau de debilidade do idoso os problemas a respeito do cuidado se agravam (GUADALUPE; CARDOSO, 2017).

Em razão de problemas financeiros e déficit nas relações sociais, nem sempre o idoso recebe auxílio necessário da família e por escassez de políticas públicas também não recebe apoio suficiente do Estado, sendo alguns deixados em situação de desamparo (BORGES, TELLES, 2010).

A funcionalidade familiar é compreendida por relações harmônicas e equilibradas entre os membros da família, todas as ações de um membro impactam os seus integrantes. Para a compreensão da funcionalidade familiar, podemos classificá-las como funcionais e disfuncionais (SOUZA, 2014). As relações funcionais são aquelas que os membros de uma família conseguem conviver em harmonia, possuem uma relação de respeito mútuo carinho e compreensão, conseguem resolver situações de conflitos, são independentes, mas comprometidos com o seu círculo familiar. Essas famílias desempenham papel fundamental no cuidado ao idoso (ANDRADE, 2016).

No entanto, existem famílias que possuem relações disfuncionais, os seus membros não assumem os seus papéis no círculo familiar, privilegiam seus próprios interesses, possuem divergências de ideias e respondem a isso com hostilidade, são vínculos superficiais (ANDRADE, 2016).

Em um cenário de conflito o idoso é o maior prejudicado devido a resistência e às dificuldades de adaptar-se ao novo, isso pode ocasionar no isolamento do idoso com relação aos demais membros da família (SOUZA, 2014).

Conhecer o contexto familiar em que o idoso é inserido é necessário para contribuir com a equipe de saúde, principalmente os enfermeiros, pois o cuidado do idoso no domicílio pode propiciar o convívio familiar, encurtar o tempo de internação hospitalar, reduzir as complicações decorrentes de longos períodos de internações hospitalares, garantir a adesão ao tratamento e possibilitar um melhor prognóstico (ALMEIDA et al., 2012). Uma organização familiar adequada pode aumentar a qualidade de vida dos idosos, mostrando o quão significativas são as interações familiares e como o suporte familiar é fundamental (RAMOS et al., 2022).

O processo de pós-alta, ou o de nova realidade frente à doença pode ser enfrentado de maneira tranquila se houver uma boa relação de confiança e respeito, entre o familiar cuidador e o idoso (DE VASCONCELOS TORRES et al., 2009). A família deve ser apoiada e preparada desde o hospital pelos profissionais de saúde para que possa fornecer recursos que atendam às necessidades do cuidado domiciliar, sendo capaz de enfrentar a situação de acolhimento (SILVA et al., 2020). No entanto, grandes obstáculos podem surgir se o histórico da família decorre de conflitos, acarretando um cuidado inapropriado e penoso para ambos (DE VASCONCELOS TORRES et al., 2009).

O domicílio é um espaço privilegiado, desde que a família colabore e ofereça suporte e apoio necessários ao idoso. Dispor dos cuidados da família é um determinante expressivo para aumentar o bem-estar do idoso. Contar com esse suporte produz cuidados personalizados e, em um amplo sentido, melhora a qualidade de vida dos indivíduos que necessitam (SETOGUCHI, 2022).

A partir dessas reflexões, a análise da funcionalidade familiar dos idosos se faz necessária, para que se desenvolvam políticas públicas que auxiliem no cuidado dos idosos, visando o aumento da qualidade de vida, a integralidade do cuidado, o apoio psicológico e emocional necessário e o suporte à família que possua algum idoso adoecido.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a funcionalidade nas relações familiares de idosos hospitalizados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. determinar o perfil clínico e sócio demográfico dos idosos;
- b. avaliar o grau de dependência dos idosos, assim como a necessidade de auxílio para o desempenho das atividades básica e instrumentais da vida diária (ABVD e AIVD);
- c. avaliar funções cognitivas (MEEM);
- d. identificar presença de sinais e sintomas de depressão nos idosos utilizando escala de depressão geriátrica;
- e. identificar a estrutura e suporte familiar recebido pelos idosos através do APGAR familiar; verificar se existe associação entre o grau de dependência, comprometimento cognitivo, sinais e sintomas depressivos com o suporte familiar recebido pelos idosos.

3. METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU). Situado na Avenida Pará 1888, bairro Umuarama. Uberlândia-MG. Ele possui 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. É um grande prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais, e está no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC). É um importante elo na rede do SUS, principalmente, para atendimento de urgência e emergência e de alta complexidade sendo o único hospital público regional com porta de entrada aberta 24 horas para todos os níveis de atenção à saúde.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os idosos que possuíam idade igual ou maior que 60 anos, que estavam internados no HCU/UFU nos setores de Oncologia, Pronto Socorro (PS), Clínica Médica (CM), Cirúrgica I e Cirúrgica II. Foram também incluídos aqueles que estavam com a capacidade cognitiva preservada, que se disponibilizaram a participar e a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os idosos que apresentavam dificuldades na comunicação verbal e se recusaram a assinar o TCLE ou a participar da pesquisa.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS E QUESTÕES ÉTICAS

Foram adotados princípios éticos, garantindo a integridade física e emocional, a justiça, o respeito, a privacidade, a autonomia e o bem-estar de todos os participantes de acordo com o que é estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os idosos selecionados para participar da pesquisa foram abordados no HCU/UFU, onde lhes foi apresentados os objetivos do estudo e em seguida foram convidados a participarem da pesquisa.

Essa seleção inicial foi realizada pelas pesquisadoras responsáveis e aconteceu de forma aleatória respeitando a sequência dos leitos de cada unidade. Aqueles que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os questionários possuíam perguntas fáceis e rápidas, o tempo para responder é estimado em no máximo 30 minutos.

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia e foi aprovado, CAAE: 19650619.8.0000.5152, número do parecer: 4.341.867.

3.5 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Os participantes elegíveis foram identificados e convidados a participar do estudo. Após terem preenchido os critérios de inclusão, aceitarem participar do estudo e assinarem o TCLE, foi realizado: (i) aplicação do instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE B); (ii) aplicação do instrumento Mini Exame do Estado Mental (ANEXO A); (iii) aplicação do instrumento Escala de Katz (ANEXO B); (iv) aplicação do instrumento Escala de Lawton (ANEXO C); (v) aplicação do instrumento Escala de depressão geriátrica (ANEXO D); (vi) aplicação do instrumento A.P.G.A.R da família (ANEXO E).

Para sistematizar os dados, foi elaborada uma ficha para coleta dos dados, relativos a variáveis clínicas e sociodemográficas de interesse do estudo (APÊNDICE A). Não foi solicitado realização de exames laboratoriais adicionais.

3.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Como instrumentos de coleta dos dados, foram utilizados:

Escala de Katz: também nomeada de Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), desenvolvida por Sidney Katz e sua equipe. Planejada para mensurar a habilidade do idoso em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente. Avalia a capacidade funcional, ao conseguir realizar o desenvolvimento de seis funções básicas do dia a dia (tomar banho, se vestir, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se). Assim o idoso é classificado como independente ou dependente (BRASIL, 2006).

Escala de Lawton: que pode ser denominada de Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), criada por Lawton e Brody em 1969 avalia atividades mais complexas do

dia a dia, serve para observar se o idoso possui independência para viver em comunidade, visando principalmente sua autonomia. O resultado se faz por meio de uma avaliação de cada questão, para cada pergunta a primeira resposta significa independência (3 pontos), a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda (2 pontos) e a terceira, dependência (1 ponto). A pontuação máxima é 27 pontos e classifica o idoso como independente para AIVD e a mínima é nove pontos (BRASIL, 2006).

Mini Exame do Estado Mental (MEEM): constituído por questões divididas em cinco categorias que faz um rastreamento inicial do estado mental do idoso, publicado inicialmente por Folste, Folstein e Mc Hough em 1975. É composto por questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), aprendizagem e memorização de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), linguagem (9 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de no mínimo zero até no máximo 30 pontos (BRASIL, 2006).

Escala de depressão geriátrica: é um questionário de 15 perguntas com respostas de sim ou não, que diz respeito a como o idoso tem se sentido durante a última semana. Os escores inferiores a seis pontos são considerados normais; de seis a dez indicam uma possível depressão leve à moderada e acima de 10 indica uma possível depressão grave. É utilizado para o rastreamento de sintomas depressivos na população idosa, mas não substitui diagnóstico feito com profissionais da área de saúde mental. Criada por Yesavage em 1983 (BRASIL, 2006).

A.P.G.A.R da família: Validado para o Brasil e indicada pelo Ministério da Saúde o instrumento permite mensurar a satisfação do respondente sobre sua família. Contêm cinco perguntas, suas respostas evidenciam componentes básicos no funcionamento familiar a adaptação intrafamiliar, convivência, comunicação, respeito, afeto e dedicação da família. As respostas são opcionais em: quase sempre (dois pontos), algumas vezes (um ponto) e quase nunca (zero). Ao final de sua aplicação e pela pontuação obtida pelo idoso, sua família pode ser classificada em três tipos: Altamente Funcional (7 a 10 pontos), com Moderada Disfunção (4 a 6 pontos) e Família com Disfunção Acentuada (0 a 3 pontos). Este instrumento foi desenvolvido em 1978, por Smilkstein G. (BRASIL, 2006).

3.7 TAMANHO AMOSTRAL

A proporção populacional dos idosos atendidos no HCU-UFU no ano de 2019 foi a base da avaliação para realizarmos o cálculo amostral. O tamanho amostral total foi estimado em

233 participantes, selecionados através de amostragem aleatória dentre os 4.280 idosos atendidos nos setores de Oncologia, Pronto Socorro (PS), Clínica Médica (CM), Clínica Cirúrgica I e Clínica Cirúrgica II, com correção para população finita e ajustamento de recusa de 20%, respeitando-se a densidade populacional dessa comunidade. O nível de confiança foi fixado em 95% e o erro de delineamento em 5,0 %. Para cada um dos setores supracitados foi estimado uma amostra, sendo estas distribuídas da seguinte forma: 12 referentes ao setor de Internação Oncológica, 158 referente ao setor de Pronto Socorro (PS), 18 referente ao setor de Clínica Médica, 15 referente ao setor de Cirúrgica 1 e 30 referente ao setor de Cirúrgica 2.

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados no programa Excel em dupla digitação, logo após foi realizada análise estatística para validação das duas planilhas. Assim foram importados no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 23.0, realizando análise. Aquelas que apresentaram distribuição normal foram evidenciadas em média +/- desvio padrão, já aquelas de distribuição não normal apresentadas em mediana com valores mínimos e máximos.

Para a associação entre a variável "Funcionalidade familiar" e as variáveis "capacidade funcional, capacidade cognitiva e sinais de depressão" foi utilizado o teste Exato de Fischer. A significância teve o nível adotado de $\alpha = 5\%$. Foi utilizado o programa SPSS Windows Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 17.0.

4. RESULTADOS

O presente estudo foi realizado com 233 pacientes idosos que se encontravam hospitalizados no Hospital de Clínicas de Uberlândia com idade igual ou superior a 60 anos. Os pacientes estavam distribuídos entre os setores: Clínica Cirúrgica I: 15 (6,4%); Cirúrgica II: 30 (12,9%); Pronto Socorro: 158 (67,8%); Clínica Médica: 18 (7,7%) e Oncologia: 12 (5,2%).

Sobre às características sociodemográficas, 86 pacientes eram do sexo feminino (36,9%) e 147 do sexo masculino (63,1%). A maioria dos idosos entrevistados possuía idade de 60 a 70 anos (127 - 54,7%), eram casados (119 -51,1%), possuíam filhos (208 - 89,3%), declararam possuir alguma religião (196 – 84,1%), ter estudado até o ensino fundamental ou mais (174 – 74,7%), e já estar aposentado (190 – 81,5%), além de não morarem sozinhos (189 – 81,1%), e terem renda acima de R\$1.000,00 reais (155 – 66,5%). Essas informações foram apresentadas na Tabela 1.

Tabela 6 - Tabela 1- Características sociodemográficas dos participantes incluídos no estudo (n=233). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022.

Variáveis Sociodemográficas	Total N (%)
Setor de internação	
Cirúrgica I	15 (6,4)
Cirúrgica II	30 (12,9)
Pronto Socorro	158 (67,8)
Clínica Médica	18 (7,7)
Oncologia	12 (5,2)
Sexo	
Masculino	147 (63,1)
Feminino	86 (36,9)
Idade	
60 – 70 anos	127 (54,7)
71 – 80 anos	68 (29,3)
Acima de 80 anos	37 (15,9)
Estado civil	
Solteiro	30 (12,9)
Casado	119 (51,1)
Separado	31 (13,3)
Viúvo	53 (22,7)
Filhos	
Não	25 (10,7)
Sim	208 (89,3)
Religião	
Sim – praticante	196 (84,1)
Não	37 (15,9)
Escola	
Analfabeto	53 (22,7)
Ensino Fundamental	129 (55,4)
Ensino Médio	40 (17,2)
Ensino Superior	5 (2,1)
Sabe ler e escrever	6 (2,6)

Continua

Variáveis Sociodemográficas	Total N (%)
Trabalho	
Não	37 (15,9)
Sim	6 (2,6)
Aposentado	190 (81,5)
Pessoas com quem reside	
1 pessoa	44 (18,9)
2 pessoas	104 (44,6)
Mais de 3 pessoas	85 (36,5)
Renda per capita	
100 a 599 reais	31 (13,3)
600 a 999 reais	47 (20,2)
Acima de 1000 reais	155 (66,5)

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2022.

A Tabela 2 mostra os resultados referentes as características clínicas dos idosos.

Tabela 7 - Características clínicas dos participantes incluídos no estudo (n=233). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022.

Variáveis Clínicas	Total N (%)
Doença de base	
Diabetes Mellitus	
Não	161 (69,1)
Sim	72 (30,9)
Hipertensão Arterial Sistêmica	
Não	78 (33,5)
Sim	155 (66,5)
Acidente Vascular Encefálico	
Não	204 (87,6)
Sim	29 (12,4)
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	
Não	208 (89,3)
Sim	25 (10,7)
Doença Vascular Periférica	
Não	184 (79,0)
Sim	49 (21,0)
Nefropatia	
Não	202 (86,7)
Sim	31 (13,3)
Dislipidemia	
Não	163 (70,0)
Sim	70 (30,0)
Insuficiência Cardíaca Congestiva	
Não	175 (75,1)
Sim	58 (24,9)
Infarto Agudo do Miocárdio	
Não	198 (85,0)
Sim	35 (15,0)

Continua

Variáveis Clínicas	Total N (%)
Valvulopatias	
Não	216 (92,7)
Sim	17 (7,3)
Índice de Massa Corporal	
Menor 18,5	9 (3,9)
Entre 18,5 e 24,9	130 (55,8)
Entre 25,0 e 29,9	65 (27,9)
Entre 30,0 e 39,9	28 (12,0)
Maior que 40,0	1 (0,4)
Uso de dispositivos	
Óculos/lentes corretivas	
Não	92 (39,5)
Sim	141 (60,5)
Aparelho auditivo	
Não	277 (97,4)
Sim	6 (2,6)
Acessório de locomoção	
Não	145 (62,2)
Cadeira de rodas	67 (28,8)
Muletas	4 (1,7)
Andadores	7 (3,0)
Bengalas	10 (4,3)
Problema de Saúde Mental	
Não	148 (63,5)
Depressão	59 (25,3)
Crises de ansiedade	25 (10,7)
Estresse pós trauma	1 (0,4)

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2022.

Do total, 70 pacientes possuíam Diabetes Mellitus (30,9%), 155 (66,5%) Hipertensão Arterial Sistêmica, 29 (12,4%) já tinham sofrido um Acidente Vascular Encefálico, 25 (10,7%) tinham Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, 49 (21,0%) possuíam Doença Vascular Periférica, 31 (13,3%) sofriam com Nefropatia, 70 (30,0%) apresentavam dislipidemia, 58 (24,9%) possuíam Insuficiência Cardíaca Congestiva, 35 (15,0%) já haviam sofrido um Infarto Agudo do Miocárdio, e 17 (7,3%) possuíam Valvulopatias.

Ao calcularmos o Índice de Massa Corporal (IMC) foi possível observar que 9 (3,9%) idosos possuíam baixo peso, 130 (55,8%) se encontrava com peso adequado, 65 (27,9%) apresentava sobrepeso I, 28 (12,0%) demonstrou obesidade grau II e apenas 1 (0,4%) obesidade grave III.

Sobre o uso de dispositivos, 141 (60,5%) dos pacientes faziam uso de óculos, e 6 (2,6%) utilizavam aparelhos auditivos. Os pacientes também relataram o uso de acessórios para locomoção, sendo que 67 (28,8%) utilizavam cadeira de rodas, 4 (1,7%) usavam muletas, 7 (3,0%) usavam andadores, 10 (4,3%) faziam uso constante de bengala e 145 (62,2%) disseram não utilizar nenhum objeto.

Sobre terem tido algum diagnóstico referente a problemas de saúde mental 59 (25,3%) idosos relataram possuir depressão, 25 (10,7%) sofriam com crises de ansiedade, 1 (0,4%) possuíam estresse pós trauma e a maioria 148 (63,5%) dizia nunca ter sofrido de nenhum problema relacionado a saúde mental (Tabela 2).

Os resultados referentes as características sociais estão demonstrados na Tabela 3.

Tabela 8 - Características sociais dos participantes incluídos no estudo (n=233). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022.

Variáveis sociais	Total N (%)
Fatores de risco	
Tabagismo	
Não	79 (33,9)
Sim	154 (66,1)
Etilismo	
Não	121 (51,9)
Sim	112 (48,1)
Medicações	
Toma todos corretamente	175 (75,1)
Tem dificuldade em tomar	58 (24,9)
Sim, tomo todos corretamente	175 (75,1)
Não consigo me lembrar	8 (3,4)
Quase sempre esqueço algum	34 (14,6)
Sou sempre lembrado por alguém	16 (6,9)
Recebe visitas	
Filhos (as)	157 (67,4)
Familiares	51 (21,9)
Outros	25 (10,7)
Fica sozinho	
Dia todo	68 (29,2)
Manhã	4 (1,7)
Tarde	23 (9,9)
Noite	6 (2,6)
Nunca	132 (56,7)

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2022.

Quando questionados sobre o uso de substâncias, 154 idosos (66,1%) relataram que faziam uso constante do tabaco e 112 idosos (48,1%) são etilistas crônicos. A respeito das medicações, 175 (75,1%) relataram que conseguem tomar todas as suas medicações nos

horários corretos, já 58 (24,9%) possuem uma certa dificuldade em manter os horários das medicações.

Com relação ao seu convívio social, 157 (67,4%) idosos disseram receber visitas constantes dos seus filhos, enquanto que 51 (21,9%) relataram que as visitas são feitas por familiares, e 25 (10,7%) mencionaram receber mais visitas de outras pessoas, como amigos ou vizinhos.

Os pacientes foram questionados sobre os períodos em que ficavam sozinhos. As informações levantadas neste questionário também estão relacionadas ao tempo em que os familiares que residem com os idosos trabalham ou precisam se ausentar de suas casas por algum motivo. Do total, 68 (29,2%) dos idosos ficavam o dia todo sozinhos, 4 (1,7%) ficavam somente a parte da manhã, 23 (9,9%) ficavam sozinhos a tarde, 6 (2,6%) possuíam companhia para o dia, mas ficam sozinhos durante a noite e 132 (56,7%) relataram que nunca ficam sozinhos (TABELA 3).

A Tabela 4, mostra os resultados referentes a avaliação de capacidade cognitiva (Mini Exame do Estado Mental – MEM, capacidade funcional para realização de ABVDs e AIVDs (Escala de Katz e Escala de Lawton), sinais e sintomas de depressão (Escala de Depressão Geriátrica) e funcionalidade familiar (APGAR da família).

Tabela 9 - Avaliação da capacidade cognitiva, funcional, depressão e funcionalidade familiar dos participantes incluídos no estudo (n=233). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022.

Variáveis	Total N (%)
Mini Exame do Estado Mental	
Cognição preservada	156 (67,0)
Cognição moderadamente prejudicada	68 (29,2)
Cognição prejudicada	9 (3,9)
Avaliação de dependência	
Escala de Lawton	
Independência	5 (2,1)
Dependência leve	36 (15,5)
Dependência moderada	102 (43,8)
Dependência grave	87 (37,3)
Totalmente dependente	3 (1,3)
Avaliação Funcional Global	
Escala de Katz	
Independente para todas as atividades	110 (47,2)
Independente para todas as atividades menos uma	88 (37,8)
Independente para todas as atividades menos banho e mais um adicional	33 (14,2)
Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional	2 (0,9)
Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional	0 (0,0)
Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional	0 (0,0)
Dependente para todas as atividades	0 (0,0)
Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classifica em C, D, E e F	0 (0,0)
Depressão geriátrica	
Normal	53 (22,7)
Indica depressão leve	178 (76,4)
Indica depressão severa	2 (0,9)
Continua	

Variáveis	Total N (%)
APGAR familiar	
Boa funcionalidade familiar	138 (59,2)
Presença de disfunção familiar	95 (40,8)

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2022.

Sobre a avaliação do MEEM 156 (67,0%) idosos possuíam cognição preservada, 68 (29,2%) possuíam cognição moderadamente prejudicada e 9 (3,9%) apresentavam cognição prejudicada.

Com relação à capacidade para a realização de atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), apenas 5 (2,1%) idosos foram considerados independentes, 36 (15,5%) levemente dependentes, 102 (43,8%) com dependência moderada, 87 (37,3%) com dependência grave, e 3 (1,3%) totalmente dependentes.

Quando avaliados sobre a capacidade em realizar ABVDs, 110 (47,2%) dos idosos possuíam independência para todas as atividades, 88 (37,8%) deles eram independentes para todas as atividades menos uma, 33 (14,2%) eram independentes para todas as atividades menos banho e mais um adicional e 2 (0,9%) eram independentes para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.

Ao analisar sinais e sintomas para depressão foi possível perceber que 53 (22,7%) dos idosos não apresentaram alteração de humor, 178 (76,4%) possuíam sinais que indicam depressão leve e 2 (0,9%) obtiveram resultados que indicam depressão severa.

Sobre a avaliação do APGAR da Família foi evidenciado que 138 (59,2%) dos idosos entrevistados possuíam boa funcionalidade familiar e 95 (40,8%) apresentavam presença de disfunção familiar.

A Tabela 5 mostra a associação entre a funcionalidade familiar e o comprometimento cognitivo, dependência funcional e sinais de depressão apresentados pelos idosos.

Tabela 10 - Associação entre funcionalidade familiar e capacidade cognitiva, funcional e depressão dos participantes incluídos no estudo (n=233). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022.

Variáveis	Boa funcionalidade familiar N (%)	Disfunção familiar N (%)	P
Sem Comprometimento cognitivo	90 (60,8)	58 (39,2)	0,580
Com algum comprometimento cognitivo	48 (56,5)	37 (43,5)	
Sem dependência para AIVD ¹	5 (100)	0 (0,0)	0,81
Com alguma dependência para AIVD	133 (58,3)	95 (41,7)	
Sem dependência para ABVD ²	71 (64,5)	39 (35,5)	0,142
Com alguma dependência para ABVD	67 (54,5)	56 (45,5)	
Sem sinais de depressão	33 (62,3)	20 (37,7)	0,637
Com sinais de depressão	138 (59,2)	95 (40,8)	

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2022. 1 Atividades Instrumentais de Vida Diária, 2 Atividades Básicas da Vida Diária.

A análise estatística não mostrou associação entre a funcionalidade familiar e capacidade funcional, cognitiva ou presença de sinais de depressão. Apesar do fato de 43,5% dos idosos que apresentavam algum comprometido cognitivo, também apresentavam disfunção familiar, esta associação não foi estatisticamente significativa ($p=0,580$). O mesmo foi observado para aqueles idosos com dependência para ABVD (45,5%, $p=0,142$), com dependência para AIVD (41,7%, $p=0,81$) e sinais de depressão e disfunção familiar (40,8% e $p=0,637$).

5. DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa trazem informações importantes com relação ao perfil sociodemográfico e clínico de idosos internados em um hospital de alta complexidade.

O estudo mostrou predomínio de idosos do sexo masculino (63,1%). De acordo com Rocha et al. (2014), as mulheres possuem uma atitude mais preventiva com relação a saúde, os homens ao contrário, são mais resistentes em relação ao cuidado com a sua saúde e assim adoecem mais, o que resulta na procura pelo serviço de saúde somente quando precisam de tratamento para agravos, o que os tornam mais susceptíveis de serem hospitalizados.

O estudo desenvolvido por Loyola filho e colaboradores (2004), mostrou que a taxa de internação hospitalar aumenta, para homens e mulheres, na faixa etária de 60 anos ou mais (15,2%), e que o risco de internação aumentou com a idade: de 11,8% aos 60-69 anos, para 17,7% aos 70-79 e 24,2% aos 80 ou mais anos. O presente estudo mostrou que 54,7% dos idosos tinham idade entre 60 e 70 anos, quase 30,0% tinham entre 71 e 79 anos e 16,0% tinham mais de 80 anos.

Com relação ao estado civil e profissão dos idosos, os dados desta investigação foram parecidos com os encontrados por Rocha e colaboradores em 2014, onde a maioria dos idosos eram casados e aposentados (51,1% e 81,5%; 56,6% e 71,9%, respectivamente). O número alto de aposentados entre os idosos hospitalizados se deve ao fato de os mesmos estarem um momento em que o indivíduo se distancia da vida produtiva e isso propicia o isolamento, a baixa autoestima, depressão e surgimento de outros problemas de saúde (ROCHA et al., 2014). Por outro lado, viver com o parceiro é um significativo indício de bem-estar na velhice e contribui com a funcionalidade e longevidade. Pode-se observar esse benefício com idosos do sexo masculino, pois eles possuem menores chances de se tornarem viúvos (RABELO, ROCHA, PINTO, 2020).

Assim como o encontrado por outros estudos, 66,5% dos idosos desta investigação apresentavam renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (ANDRADE et al., 2019). Tais características são reflexos de uma baixa escolaridade, que pode ter influenciado no posicionamento dos idosos no mercado de trabalho (SANTOS et al., 2021).

O envelhecimento é visto como a época que o idoso deixa de fazer suas atividades trabalhistas para descansar, mas essa situação não se enquadra em todos os idosos, muitos deles correm o risco de ter problemas financeiros pela perda da renda ou aposentadorias insuficientes

para manter o padrão de vida necessário, muitos idosos ainda contribuem com a renda da casa mesmo exercendo atividades informais (ROMERO et al., 2021).

As garantias trabalhistas e os vínculos empregatícios são elementos decisivos para garantir as condições de vida seguras e dignas, principalmente quando se trata da necessidade de internação e pós internação, mas para os idosos aposentados já não são mais direito, o que pode acarretar prejuízos a saúde do idoso, principalmente pela polifarmácia, as necessidades de consultas e especialidades, a alimentação e também o lazer. A adesão à aos tratamentos e uso dos medicamentos corretos também é prejudicado (LOPES et al., 2019). Uma renda melhor pode possibilitar cuidados preventivos e menores rendas podem afetar o acesso do idoso aos serviços de saúde (ANTEQUERA et al., 2021).

A respeito da religião, a maioria dos pacientes relatou que se dedicam a prática de alguma religião. A religião apresenta-se na vida dos idosos como um significativo recurso para o enfrentamento de momentos difíceis que podem surgir com o avanço da idade, tais como o declínio das condições de saúde; mudança repentinas; aposentadoria; perdas; isolamento social e familiar. A crença auxilia também na reflexão sobre o propósito de vida dos seres humanos. Por isso o aumento da adesão dos idosos as religiões (ESPERANDIO et al., 2019).

Em termos de saúde, os problemas causados pelo envelhecimento são frequentemente as DCNT que requerem cuidados contínuos e caros, que podem vir acompanhadas de doenças infecciosas e desnutrição (AMARAL et al., 2004). Hipertensão é uma doença crônica, muito comum na população idosa, aumenta sua incidência com o avançar da idade e é fator de risco para outros problemas de saúde que o idoso pode desenvolver (SILVA et al., 2021). Do mesmo modo é comum encontrarmos idosos com uma ou mais DCNT, elas fazem parte da principal causa de morbimortalidade no mundo (LEITE et al., 2020). Este estudo mostrou que a HAS foi a doença mais comum entre os idosos (66,5%), seguida de DM (30,9%), e dislipidemias (30,0%).

Além dos fatos apresentados acima, com relação a presença de DCNT na população investigada, 66,1% dos participantes autodeclararam-se tabagistas e 48,1% etilistas crônicos. O tabagismo é a dependência do consumo de nicotina, uma das principais causas evitáveis de morte em todo o mundo, fator de risco importante associado a morte por doenças não transmissíveis (RIBEIRO, BARROS, LIMA, 2022). Já a ingestão de bebidas alcóolicas pode acarretar prejuízos consideráveis na saúde física e mental de idosos, além de causar comprometimento cognitivo e piora do isolamento social, o que influencia diretamente na funcionalidade familiar dos mesmos (PILLON et al., 2010).

Com relação a múltiplas doenças, muitos idosos utilizam múltiplos medicamentos, e é habitual encontrar doses e indicações inadequadas, interações medicamentosas, além do uso de medicamentos de forma excessiva e que não trazem a melhora esperada. Para idosos que possuem polifarmácia e dispõem de problemas de visão, dificuldade de entendimento e pouca escolaridade, o risco de erro na hora da ingestão do medicamento é alto. Em uma pesquisa realizada com idosos de uma unidade de saúde da família evidenciou-se que 182 (60,5%) não esquecem de tomar os medicamentos e 45 (14,9%) às vezes esquecem (MARIN et al., 2008). Nesta pesquisa, 175 idosos (75,1%) afirmaram tomar todos os medicamentos de forma correta e 58 (24,9%) possuem dificuldade para tomarem as medicações sozinhos.

A polifarmácia também pode significar risco aumentado para quedas (RODRIGUES, CIOSEK, 2012). Associado a isto, os idosos que possuem problemas de visão e/ou de audição aumentam significativamente a probabilidade de trauma por queda. Para os idosos que possuem limitações na força muscular e não se recuperam tão rapidamente, a queda pode acarretar maiores complicações, sendo capaz de prolongar o tempo de internação, provocar a perda da funcionalidade e independência do idoso, favorecer a necessidade do uso de acessórios para locomoção e até se tornar um idoso acamado (RODRIGUES, CIOSEK, 2012). Este estudo mostrou que 63,1% dos idosos participantes apresentavam problemas de visão/audição e utilizavam óculos e/ou aparelho auditivo, 4,3% utilizavam bengalas e 28,8% utilizavam cadeira de rodas. Os dispositivos para auxílio da marcha estão relacionados com o comprometimento da locomoção, controle postural, limitações na mobilidade e ao aumento do risco de quedas e fraturas, gerando um indicativo de fragilidade do idoso (ALMEIDA et al., 2019).

Com o avançar da idade os idosos podem sofrer com o aparecimento de algumas doenças psíquicas e mentais. Os problemas de saúde mental, estão se tornando cada vez mais comuns nos idosos. Mudanças no cotidiano, perdas sociais, a falta do trabalho, solidão, inversão de papéis e até as condições de saúde podem provocar esses problemas, sendo os mais comuns depressão e ansiedade (CORDEIRO et al., 2020). A ligação entre os membros da família reflete na saúde mental dos idosos, o nível de força entre essa relação também é um importante marcador. Para que os idosos consigam lidar bem com tudo que o envelhecimento traz para a saúde mental é preciso reciprocidade nos diálogos familiares, ter assistência para resolver problemas e compartilhar tempo entre os membros familiares (RABELO, NERI, 2015).

Para todos os indivíduos é importante as relações sociais, interagir, conversar e poder contar com ajuda é essencial para a saúde mental, principalmente dos idosos. A vida de um idoso que reside sozinho é desafiadora, com o avançar da idade e o declínio da saúde, os idosos

enfrentam riscos até mesmo em atividades do dia-a-dia. A solidão é um sentimento angustiante e que muitos idosos experienciam, a exclusão social pode trazer problemas como ansiedade, depressão, comprometimento cognitivo e demência. Em um estudo realizado em Campinas foi visto uma prevalência de solidão de 13,9% (RIBEIRO, BARROS, LIMA, 2022). Neste estudo foi encontrado que aproximadamente 30,0% dos idosos ficam sozinhos o dia todo, o que põe em risco de solidão essa parcela dos idosos.

O declínio cognitivo pode ser descrito como um progressivo grupo de distúrbios que podem caracterizar a demência, a hospitalização é uma das situações que pode ser a causa de um declínio na capacidade cognitiva aumentando a chance da piora do quadro de incapacidade e de dependência e influenciando diretamente na qualidade de vida do idoso. Um estudo longitudinal apresentou que 68,3% dos idosos não possuem um déficit cognitivo, mas em 31,7% dos idosos foi detectado um déficit (NAZARIO et al., 2018). Este estudo encontrou porcentagem semelhante de idosos que apresentaram algum comprometimento cognitivo (33,04%).

A perda gradual da capacidade funcional é grandemente influenciada pelo envelhecimento e pela hospitalização, a definição e classificação do grau de independência do idoso interfere em sua autonomia (CABRAL et al., 2019). Com relação à capacidade funcional, um estudo epidemiológico mostrou que grande parcela revelou independência para ABVD (93,1%) e dependência parcial para AIVD (81,7%) (VERA et al., 2015). Dados parecidos foram evidenciados neste estudo já que quando avaliados sobre a capacidade em realizar ABVDs 110 idosos (47,2%) possuíam independência para todas as atividades. Já para realizar AIVDs o maior número foi de idosos com dependência moderada (43,8%).

A depressão em idosos é alarmante pois possui associação com perda de autonomia, agrava condições sociais, prejudica adesão a tratamentos de saúde e negligência no autocuidado. A família executa um papel de extrema importância com idosos depressivos, é necessário acontecer uma reorganização familiar para conseguir dar o suporte necessário. Foi evidenciado que, nos casos de disfunção familiar, a chance de idosos apresentarem sintomas depressivos foi 5,36 vezes maior em comparação aos que apresentavam bom funcionamento familiar (SOUZA et al., 2014). Neste estudo, 77,3% dos idosos apresentaram sintomas depressivos, sendo que 76,4% apresentaram sintomas leves e 0,9% sintomas de depressão severa.

O bom funcionamento familiar é um grande influenciador de bem estar e qualidade de vida quando o idoso é respeitado e acolhido no seio familiar. As relações familiares possuem o

poder de refletir na saúde de seus membros e com o idoso reflete o cuidado prestado. Para que o idoso possa desfrutar de melhores condições de vida deve haver afeto, respeito e cuidado no convívio familiar (ALONSO et al., 2022).

Uma pesquisa realizada com 33 equipes da Estratégia Saúde da Família de Dourados (MS) apresentou que, entre os 374 idosos que participaram da pesquisa, foi identificado 89 (23,8%) famílias com disfunção familiar e 285 (76,2%) possuíam um bom funcionamento familiar (SOUZA et al., 2014). Esta pesquisa foi realizada com idosos em internação hospitalar e mostrou que a maioria possuía boa funcionalidade familiar (59,2), porém, em 40,8% destes idosos foi identificado a presença de disfunção familiar.

Apesar da análise estatística do estudo não ter apresentado associação significativa entre a funcionalidade familiar e capacidade funcional, cognitiva ou presença de sinais de depressão, estudos mostraram presença de disfunção familiar significativamente maior nos casos de idosos com depressão como o de Souza e colaboradores (2014) e dependência parcial para AIVD (40,4%) e famílias disfuncionais (32,3%) como o de Silva (2022).

6. CONCLUSÃO

Apesar da análise estatística do estudo não ter apresentado associações significantes, os resultados desta pesquisa trazem informações importantes, visto que 40,8% dos idosos apresentaram disfunção familiar. Considerando que no Brasil ainda existem poucos estudos sobre esse assunto, é necessário que seja discutido esse tema que é de extrema relevância pois pode detectar a fragilidade no ambiente domiciliar, situações que prejudiquem o tratamento e coloquem em risco à vida do idoso. Além de que, se evidenciado uma boa funcionalidade familiar dispor dos cuidados da família é um determinante expressivo para aumentar o bem-estar do idoso.

Caracterizando-se como importante ferramenta, o APGAR da família é um instrumento de fácil aplicação que pode auxiliar os profissionais de saúde que lidam com idosos hospitalizados, identificando os fatores de riscos associados a disfunção familiar, otimizando o cuidado inserindo a família quando o idoso possuir boa funcionalidade familiar, assim melhorar as condutas práticas como também a tomada de decisão da equipe, visando a melhoria da qualidade da assistência e do suporte social prestado aos idosos e seus familiares.

REFERÊNCIAS

ALONSO, Mayra Alejandra Mireles et al. Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. 1-9, 2022. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/cyjffNKYGLC383SV6HfJFFD/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 20 jun. 2022.

ALMEIDA, Luciane et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto em Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 543-548, 2012. DOI: 10.1590/S0104-07072012000300008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RGJC3mFyr5zyj3bzsrjT9hM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2022.

ALMEIDA, Mayron Morais et al. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista Interdisciplinar**, v. 12, n. 1, p. 15-22, 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6966617.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2022.

AMARAL, Ana Claudia Santos et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1617- 1626, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000600020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kH4Fqj8rvLLbszf3FKKZcFS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

ANDRADE, Luana Machado et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013001200011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dBRFg9jpfVgNSVvSVwCZsB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2022.

ANDRADE, Débora Dornelas Belchior Costa et al. Depressão e sua relação com a adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva em idosos. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 8, n. 3, p. 305-315, 2019. DOI: 10.36239/revisa.v8.n3.p305a315. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/426>. Acesso em: 10 jun. 2022.

ANTEQUERA, Isabela Granado et al. Rastreamento de violência contra pessoas idosas: associação com estresse percebido e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, p. 1-8, 2021. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0167. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Sds5bQptDDkL5Y47vmTkYdj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2022.

APOLINARIO, Daniel et al. Programa Hospital Seguro para a Pessoa Idosa: estudo observacional do impacto na redução de declínio funcional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 1-14, 2022. DOI: 10.1590/0102-311X00305620. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/79skV97dNvp5p3RFcxVRM8m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2022.

ARAÚJO, Isabel Maria; PAÚL, Constança; MARTINS, Maria Manuela. Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade—Um desafio. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 2, n. 7, p. 43-53, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239954006>. Acesso em: 22 jun. 2022.

BORGES, Maria Marta Marques de Castro; TELLES, José Luiz. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3, p. 349-360, 2010. DOI: 10.1590/S1809-98232010000300002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/N37ZFrWBgLPQZwTy3ZJtNLC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 20 jun. 2022.

CABRAL, Juliana Fernandes et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3227-3236, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018249.22962017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/X7yTvBkzRJ7DGv6NqSqMB4r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2022.

CORDEIRO, Renata Cavalcanti et al. Perfil de saúde mental de idosos comunitários: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. 1-8, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0191. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fVnFmTBM3Pp6jpfgsF9QMLL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

COUTINHO, Maria Luciene Nobre et al. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. **Revista Rene**, v. 16, n. 6, p. 908-1005, 2015. DOI: 10.15253/2175-6783.2015000600018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2888/2250>. Acesso em: 14 jun. 2022.

CRISTO, Gabriela Oliveira; PERNAMBUCO, A. C. A. The impact of functionality on the mortality of elderly patients admitted to a General Hospital. **Einstein**, v. 7, n. 3, p. 266-270, 2009. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1228-Einstein%20v7n3p266-70.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2022.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes et al. Envelhecimento e Espiritualidade: O papel do Coping Espiritual/Religioso em Idosos Hospitalizados. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 2, p. 268-280, 2019. DOI: 10.5380/psi.v23i02.65381. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/65381>. Acesso em: 13 jun. 2022.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis et al. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 197-204, 2013. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2013/bde-25028/bde-25028-037.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2022.

GUADALUPE, Sônia; CARDOSO, Júlia. Família e outras redes de suporte social na população idosa. **Revista Sociedade e Estado**, v. 33, n. 1, p. 215-250, 2017. DOI: 10.1590/s0102-699220183301009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/tL48jFYP4cmknRsWHszMSTj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 jun. 2022.

KUSUMOTA, Luciana; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; MARQUES, Sueli. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 525-532, 2004. DOI: 10.1590/S0104-11692004000300011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JZFbs4nZzTFLhWgqnZJQPVP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2022.

LEITE, Bruna Cardoso et al. Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, p. 1-11, 2020. DOI: 10.1590/1981-22562019022.190253. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/yPJDvn3XN5wbTBp6Scjq9Pz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mai. 2022.

LOPES, Arianna Oliveira Santana et al. Qualidade de vida de idosos longevos segundo sua caracterização sócio-demográfica. In: CONGRESSO NACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 1, 2019. **Anais...** Ponta Grossa: CHEH, 2019. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/24662>. Acesso em: 16 jun. 2022.

LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2004. DOI: 10.5123/S1679-49742004000400005. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a05.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

MARIN, Maria José Sanches et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1545-1555, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000700009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XMJYz3XPsjYkhrMxw9m4Cq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 mai. 2022.

MENEZES, José Nilson Rodrigues et al. A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 8-12, 2018. DOI: 10.21527/2176-7114.2018.35.8-12. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/7620/5951>. Acesso em: 13 jun. 2022.

NAZARIO, Maristela Prado e Silva et al. Déficit cognitivo em idosos hospitalizados segundo Mini Exame do Estado Mental (MEEM): Revisão narrativa. **Journal of Health Sciences**, v. 20, n. 2, p. 131-134, 2018. DOI: 10.17921/2447-8938.2018v20n2p131-134. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsskroton.com.br/article/view/6146/4184>. Acesso em: 30 mai. 2022.

OLIVEIRA, Fabiana Maria Rodrigues Lopes et al. Fatores de risco associados à hospitalização em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. 1-6, 2018. DOI: 10.12957/reuerj.2018.15488. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/15488/26105>. Acesso em: 31 mai. 2022.

PANISSA, Camila Oliveira; VASSIMON, Helena Siqueira. Risco de desnutrição de idosos hospitalizados: avaliando ingestão alimentar e antropometria. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 7, n. 1, p. 13- 22, 2012. DOI: 10.12957/demetra.2012.3275. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/3275/2270>. Acesso em: 10 jun. 2022.

PILLON, Sandra Cristina et al. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 742-748, 2010. DOI: 10.1590/S1414-81452010000400013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RRgfZjWYZ4XTHSTDFZmwCrw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 ai. 2022.

PINHEIRO, Gleide Magali Lemos; ALVAREZ, Angela Maria; PIRES, Denise Elvira Pires de. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000800021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tzB5FLgDv7HSykYFCLsM6sF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

RABELO, Dóris Firmino; ROCHA, Nara Maria Forte Diogo; PINTO, Juliana Martins. Arranjos de Moradia de Idosos: Associação com Indicadores Sociodemográficos e de Saúde. **Revista Subjetividades**, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2020. DOI: 10.5020/23590777.rs.v20iEsp1.e8873. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/e8873/pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022.

RABELO, Dóris Firmino; NERI, Anita Liberalesso. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 507-519, 2015. DOI: 10.1590/1809-9823.2015.14120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/BXBSz4CbS9RhGz5zmnGXsRv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2022.

RAMOS, Gilmar et al. Fragilidade e funcionalidade familiar de idosos da Atenção Domiciliar: estudo transversal analítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. 1-9, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO009234. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/DbwBGBj9Qd5ZyGpPYqpGBPb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2022.

RIBEIRO, Taynara Cristina Silva; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; LIMA, Margareth Guimarães. Smoking and loneliness in older adults: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 1-11, 2022. DOI: 10.1590/0102-311X00093621. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/ntwQn5MFNsvt9DxVKf4Mcqn/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 24 jun. 2022.

ROCHA, Francisca Cecília Viana et al. Profile of elderly patients admitted to the hospital emergency. **Revista de Enfermagem UFPI**, v. 3, n. 3, p. 32-38, 2014. DOI: 10.26694/reufpi.v3i3.1567. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1567/pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

RODRIGUES, Juliana; CIOSAK, Suely Itsuko. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1400-1405, 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000600017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/Rc8XJpLXkZFj6LFzvz8bmGF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mai. 2022.

ROMERO, Dalia Elena et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 1-16, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00216620. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gXG5RYBXmdhc8ZtvKjt7kzc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SANTOS, Lorena Sousa et al. Caracterização dos idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde. **Revista Saúde**, v. 47, n. 1, p. 1-11, 2021. DOI: 10.5902/223658344387. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/44387/45663>. Acesso em: 12 jun. 2022.

SANTOS SILVA, Aline et al. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n. 3, p. e188, 2021. DOI: 10.5935/2675-5602.20200188. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globalacdnurs/article/view/171/385>. Acesso em: 17 jun. 2022.

SETOGUCHI, Larissa Sayuri et al. Insuficiência familiar e a condição e os marcadores de fragilidade física de idosos em assistência ambulatorial. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1-8, 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0375pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DKqrDMDbr6y5Gc7zZy5TwGb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2022.

SILVA, Alyne Andrade. **Fatores associados à funcionalidade familiar de idosos na estratégia saúde da família**. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2016. 70p. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21905/1/2016_dis_aasilva.pdf. Acesso em: 13 jun. 2022.

SILVA, Diego Salvador Muniz et al. Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. 5, p. 1-10, 2021. DOI: 10.1590/1981-22562022025.210204.pt. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/JHbf5DqRjR4zJW8kHtvkYmS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mai. 2022.

SILVA, Rosângela Aparecida Elerati et al. Gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos após a alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. 1-8, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0474. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kmjBhmmvtLjqfYYPyYXTCvjM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SILVA, Sara de Souza; PINHEIRO, Leticia Cavalari; LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre idosos residentes em Minas Gerais, Brasil, 2010-2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 135-146, 2022. DOI: 10.1590/1414-462X202230010294. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/fKpg4d775tNb93D93RjKMPG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SOUZA, Rosely Almeida et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 469-476, 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000300012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TWvCnjydDCvYR8LjvTQqfZg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jun. 2022.

STHAL, Hellen Cristina; BERTI, Heloisa Wey; PALHARES, Valéria de Castilho. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2011. DOI: 10.1590/S0104-07072011000100007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/jJBBS9VCqpHBRtjPB9vLSTg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 mai. 2022.

VASCONCELOS TORRES, Gilson et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Avaliação psicológica**, v. 8, n. 3, p. 415- 423, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a13.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

VERA, Ivania et al. Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 68-75, 2015. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680110p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8fNzspZMMgNXjwb5rjVrGyb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

7. APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS HOSPITALIZADOS**”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Juliana Pena Porto (Docente/UFU) Liessa Aparecida Vaz (Discente/UFU), Valéria Nasser Figueiredo (Docente/UFU), Maria Beatriz Guimarães Ferreira (Docente/UFU), Karina do Valle Marques (Docente/UFU). Nesta pesquisa nós estamos buscando analisar a funcionalidade nas relações familiares dos idosos hospitalizados que se encontram no Hospital de Clínicas HCU/UFU. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Liessa Aparecida Vaz, você pode levar o tempo que for necessário para decidir se aceita participar desta pesquisa e para assinar o termo. O local será no Hospital de Clínicas de Uberlândia – HCU/UFU, nos setores de Oncologia, Pronto Socorro (PS), Clínica Médica (CM), Cirúrgica I, Cirúrgica II e Cirúrgica III, de forma aleatória respeitando a sequência dos leitos de cada unidade. O termo será assinado antes da entrevista e coleta de dados, caso a participação da pesquisa seja aceita. Você participará de uma conversa onde será aplicado um questionário clínico sócio demográfico com perguntas gerais relacionadas ao seu dia-a-dia e através dele teremos todas as informações necessárias dispensando o uso de histórico médico prévio, o Mini Exame Mental que avaliará o estado mental, a Escala de Katz que avalia a funcionalidade de acordo com as atividades básicas do dia-a-dia, Lawton que avalia como é feita as atividade mais complexas do dia-a-dia e de Depressão Geriátrica que investiga a presença de depressão e o A.P.G.A.R da família que investiga a funcionalidade familiar e o suporte que o idoso recebe da família, que serão analisados de acordo com os resultados obtidos. Os questionários possuem perguntas fáceis e rápidas, o tempo para responder todos é estimado em no máximo 30 minutos. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Pode existir a ocorrência de eventos desfavoráveis ao participante da pesquisa sendo eles o cansaço ou aborrecimento respondendo aos questionários, desconforto e/ou constrangimento por falar de um assunto delicado que é a sua relação com a família e o risco mínimo de quebra de sigilo, mas mesmo sendo considerado esse risco, a equipe executora assegura que serão adotadas medidas para preservar o anonimato do participante sendo eles a utilização de código para identificação de cada indivíduo, a fim de que o momento de coleta seja o mais confortável possível será conduzida uma conversa com linguagem informal, evitando terminologias técnicas e de maneira individual. Os benefícios esperados são a obtenção de informações que possibilitará o conhecimento sobre a realidade do idoso quanto ao seu suporte familiar, o que pode auxiliar na formação de estratégias de intervenção na tentativa de melhorar o suporte quando necessário. Você é livre para decidir se quer participar da pesquisa ou não e também pode deixar de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Os dados que forem obtidos serão mantidos em arquivos, físicos e digitais, sob a guarda e responsabilidade das pesquisadoras, por um período mínimo de cinco anos após o término da pesquisa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Juliana Pena Porto pelo telefone: (34) 3225-8603, Endereço Campus Umuarama - Bloco 2U s/n, sala 21 - Av. Amazonas - Bairro Umuarama, Uberlândia - MG - CEP 38400- 902. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, _____ de _____ de 2021

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

8. APÊNDICE B – INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

DATA: _____		LOCAL: _____	
Questionário nº []			
Dados sociodemográficos			
Data de nascimento: / /		Sexo: 1- () Masculino	
Idade: _____		2- () Feminino	
Estado Civil: 1- () solteiro 2- () casado 3- () separado 4- () viúvo			
Possui filhos: 1- () sim, quantos ()			
2- () não			
Religião: 1- () católico 2- () evangélico 3- () espírita			
4- () outras 5- () não acredita em Deus 6- () não possui religião			
Escolaridade: anos			
Condição de Trabalho: 1- () Não 2- () Sim 3- () aposentado			
Ocupação: 1- () Braçal 2- () Autônomo 3- () Liberal 4- () Outros			
Renda Familiar:			
() 100 a 599 reais			
() 600 a 999 reais			
() Acima de 1000 reais			
Renda Per capita:			
() 1 pessoa			
() 2 pessoas			
() Mais de 3 pessoas			

Dados Clínicos**Doenças de base**

DM: 1. Não () 2. Sim ()

HAS: 1. Não () 2. Sim ()

AVE: 1. Não () 2. Sim ()

DPOC/bronquite: 1. Não () 2. Sim ()

Doença vascular periférica: 1. Não () 2. Sim ()

Nefropatia: 1. Não () 2. Sim ()

Dislipidemias: 1. Não () 2. Sim ()

ICC: 1. Não () 2. Sim ()

IAM: 1. Não () 2. Sim ()

Valvulopatias: 1. Não () 2. Sim ()

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m²

IMC: _____

Faz uso de:

Óculos 1. Não () 2. Sim ()

Aparelho auditivo 1. Não () 2. Sim ()

Algum acessório para locomoção 1. Não () 2. Sim ()

1. () Cadeira de rodas 2. () muletas 3. () andadores 4. () bengalas

Já teve ou tem algum problema de saúde mental? (ex: depressão, crises de ansiedade, síndrome dopérgica, distúrbio alimentar, estresse pós trauma)

1. Não ()

2. Sim ()

1. () Depressão

2. () crises de ansiedade

3. () síndrome do pânico

4. () distúrbio alimentar

5. () estresse pós trauma

6. () outros

Dados sociais**Tabagismo:** 1. Não () 2. Sim ()

Quantos cigarros fuma/fumava: _____ por dia

Ex-tabagista: 1. Não () 2. Sim () Tempo que parou de fumar: _____

Idade que parou de fumar totalmente _____ anos

Etilismo: 1. Não () 2. Sim ()

Frequência:

1- () 1x/sem 2- () 2x/sem

3- () 3x/sem 4- () 4x/sem

5- () 5x/sem 6- () 6x/sem

7- () todo dia

Ex-etilista: 1. Não () 2. Sim ()

Medicações

() Toma todos corretamente

() Tem dificuldade em tomar

Uso correto das medicações

() Sim, tomo todos corretamente

() Não consigo me lembrar

() Quase sempre esqueço algum

() Sou sempre lembrado por alguém

Recebe visitas

() Filhos (as)

() Familiares

() Outros

Quanto tempo fica sozinho(a) em casa:

1- () O dia todo

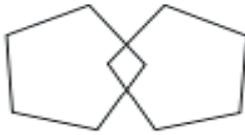
2- () manhã

4- () tarde

5- () noite

6- () nunca fico sozinho

9. ANEXO A – MINI EXAME MENTAL

4a. Cálculo(0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Solete a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

1. Orientação temporal(0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial(0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras(0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1

10. ANEXO B – ESCALA DE KATZ

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

11. ANEXO C - ESCALA DE LAWTON

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			_____ pontos

12. ANEXO D - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

1. Está satisfeito(a) com sua vida?	Sim ()	Não ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim ()	Não ()
3. Acha sua vida vazia?	Sim ()	Não ()
4. Aborrece-se com freqüência?	Sim ()	Não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim ()	Não ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8. Sente-se desamparado com freqüência?	Sim ()	Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim ()	Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim ()	Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12. Sente-se inútil?	Sim ()	Não ()
13. Sente-se cheio/a de energia?	Sim ()	Não ()
14. Sente-se sem esperança?	Sim ()	Não ()
15. Acha que os outros tem mais sorte que você?	Sim ()	Não ()

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão

Tabela para apresentação dos resultados do GDS

DATA	RESPOSTA SIM	RESPOSTA NÃO	PONTUAÇÃO TOTAL	CLASSIFICAÇÃO

13. ANEXO E - A.P.G.A.R DA FAMÍLIA

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE (2)	ALGUMAS VEZES (1)	NUNCA (0)
<p>A = Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.</p>	<p>Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.</p>			
<p>P = Partnership (Companheirismo): Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e "alimentados".</p>	<p>Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.</p>			
<p>G = Growth (desenvolvimento): Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.</p>	<p>Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.</p>			
<p>A = Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.</p>	<p>Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.</p>			
<p>R = Resolve (Capacidade resolutiva): Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.</p>	<p>Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.</p>			