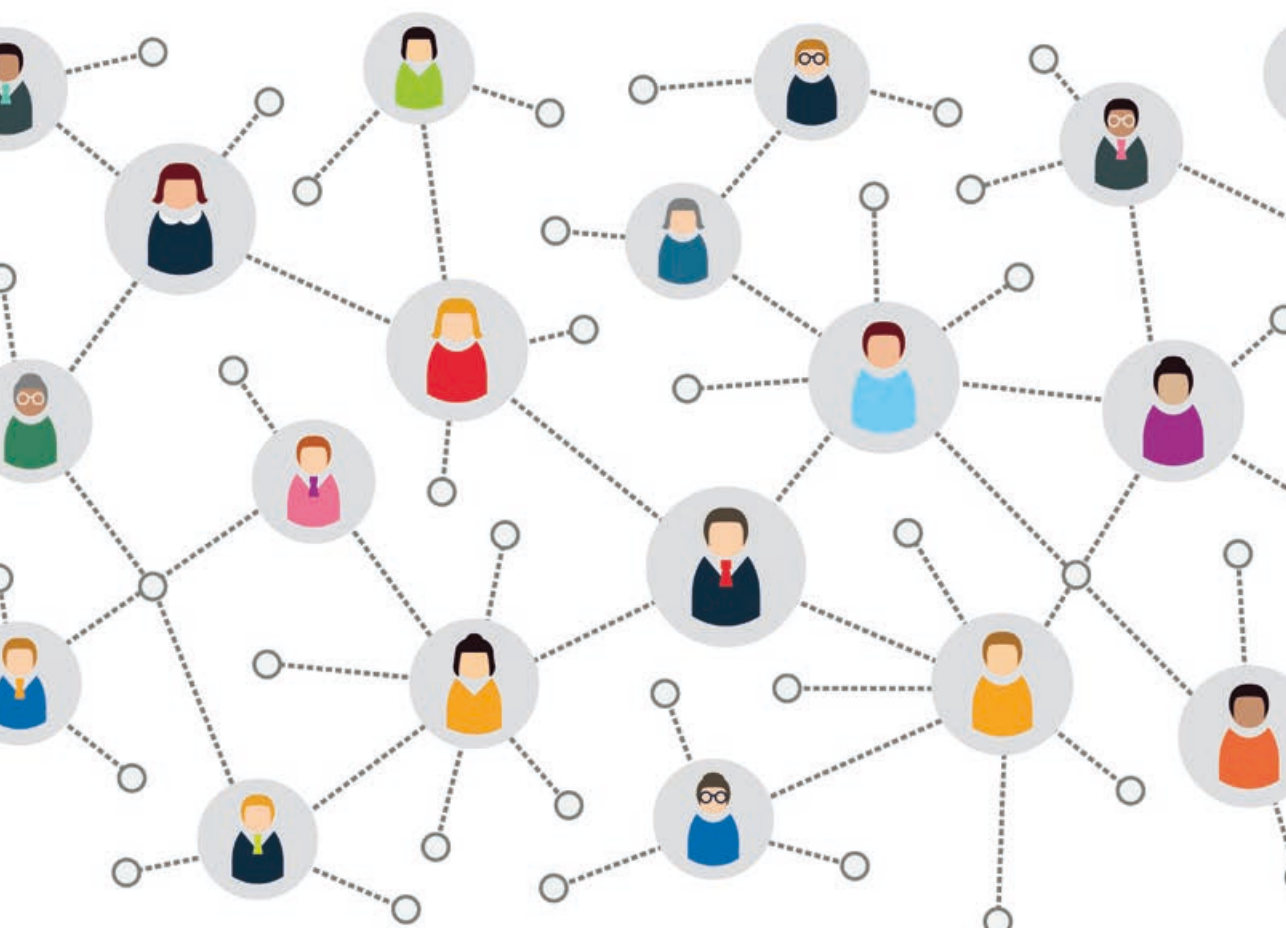


YEDA A. O. DUARTE
MARISA ACCIOLY R. DOMINGUES

FAMÍLIA, REDE DE SUPORTE SOCIAL E IDOSOS: instrumentos de avaliação



YEDA A. O. DUARTE
MARISA ACCIOLY R. DOMINGUES

FAMÍLIA, REDE DE SUPORTE
SOCIAL E IDOSOS:
instrumentos de avaliação

2020

Família, Rede de Suporte Social e Idosos: instrumentos de avaliação

© 2020 Yeda A. O. Duarte, Marisa Accioly R. Domingues
Editora Edgard Blücher Ltda.

Diagramação: Laércio Flenic Fernandes

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil
Tel 55 11 3078-5366
contato@blucher.com.br
www.blucher.com.br

Segundo Novo Acordo Ortográfico, conforme 5. ed.
do Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa,
Academia Brasileira de Letras, março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer
meios, sem autorização escrita da Editora.

Todos os direitos reservados pela Editora
Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Rede de suporte social e envelhecimento :
instrumento de avaliação / Marisa Accioly Rodrigues
da Costa Domingues, Yeda A. O. Duarte. -- São Paulo:
Blucher, 2020.
244p.

Bibliografia
ISBN 978-85-8039-435-1 (impresso)
ISBN 978-85-8039-434-4 (eletrônico)

Open Access

1. Assistência à velhice I. Título.

20-0279

CDD 362.60981

Índices para catálogo sistemático:
1. Assistência à velhice

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1. REFERENCIAL TEÓRICO	9
ENVELHECIMENTO E BASES INFORMAIS DE ATENÇÃO AO IDOSO	9
FAMÍLIA	16
COMPREENDENDO AS FAMÍLIAS.....	17
A FAMÍLIA DO IDOSO.....	26
SAÚDE DA FAMÍLIA	34
APOIO COMUNITÁRIO	38
AMIGOS	38
VIZINHOS	39
REDE DE SUPORTE SOCIAL	40
2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL	43
APGAR DE FAMÍLIA	43
MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES	54
MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES DO IDOSO: INSTRUMENTO ADAPTADO.....	56
3. TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS	61
TRADUÇÃO DE INSTRUMENTOS E SUA UTILIZAÇÃO EM OUTRAS CULTURAS	61
TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	62
TRADUÇÃO.....	62
RETROTRADUÇÃO (BACK-TRANSLATION)	63
REVISÃO POR UM COMITÊ DE JUÍZES	63

PRÉ-TESTE.....	64
AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DE UM INSTRUMENTO APÓS SUA TRADUÇÃO.....	65
FIDEDIGNIDADE DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA.....	65
TESTE – RETESTE	66
FORMAS ALTERNATIVAS	67
CONSISTÊNCIA INTERNA.....	67
CONFIABILIDADE INTER JUÍZES	68
VALIDADE DE UM INSTRUMENTO	68
<i>VALIDADE DE FACE</i>	69
<i>VALIDADE DE CONTEÚDO</i>	69
<i>VALIDADE DE CRITÉRIO</i>	69
<i>VALIDADE DISCRIMINANTE</i>	70
<i>VALIDADE DE CONSTRUCTO</i>	70
TÉCNICA DELFOS.....	71
<i>APLICAÇÕES DA TÉCNICA DELFOS</i>	72
<i>TÉCNICA DELFOS: VANTAGENS E DESVANTAGENS</i>	73
4. TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO "FAMILY APGAR"	75
TRADUÇÃO DE INSTRUMENTOS E SUA UTILIZAÇÃO EM OUTRAS CULTURAS.....	75
TRADUÇÃO DO "FAMILY APGAR"	75
RETROTRADUÇÃO (BACK TRANSLATION).....	76
REVISÃO POR UM COMITÊ DE JUÍZES	76
PRÉ TESTE	77
AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DA VERSÃO FINAL DO APGAR DE FAMÍLIA	79
REPETIBILIDADE.....	79
CONSISTÊNCIA INTERNA E VALIDADE DISCRIMINANTE.....	80

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	82
TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	83
RESULTADOS.....	83
ANÁLISE DA EQUIVALÊNCIA ENTRE O INSTRUMENTO ORIGINAL E O INSTRUMENTO TRADUZIDO.....	83
<i>EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA E IDIOMÁTICA</i>	83
<i>EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL E CULTURAL</i>	88
PRÉ – TESTE	89
AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO APGAR DE FAMÍLIA.....	94
REPETIBILIDADE.....	94
CONSISTÊNCIA INTERNA.....	98
CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS.....	99
<i>IDOSOS INDEPENDENTES - GRUPO I</i>	99
<i>IDOSOS DEPENDENTES - GRUPO II</i>	108
<i>CUIDADORES FAMILIARES - GRUPO III</i>	118
VALIDADE DISCRIMINANTE.....	127
CONCLUSÕES.....	143
CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
ANEXOS – APGAR DE FAMÍLIA	149
5. VALIDAÇÃO DO MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES MODIFICADO E ADAPTADO	183
OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO CONSENSUAL DA PESQUISA.....	183
CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS JUÍZES	183
<i>CONVITE AOS JUÍZES</i>	184
PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA – PRÉ-TESTE.....	185
FASES DE APLICAÇÃO DA PESQUISA.....	185
INSTRUMENTO FINAL VALIDADO	190

ESCLARECIMENTOS AO ENTREVISTADOR	190
INSTRUÇÕES	190
ESCLARECIMENTOS AO ENTREVISTADOR	192
PERGUNTAS A SEREM REGISTRADAS NO MMRI.....	192
(PERGUNTA QUE IDENTIFICA A FUNÇÃO DE NÚMERO 1)	192
(PERGUNTA QUE IDENTIFICA A FUNÇÃO DE NÚMERO 2)	193
ESCLARECIMENTOS AO ENTREVISTADOR	194
PERGUNTAS A SEREM REGISTRADAS NO MMRI.....	197
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	198
PARTE I – ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESCORES ATRIBUÍDOS PELOS JUÍZES	198
PARTE II – ANÁLISE DESCRITIVA DAS SUGESTÕES E OBSERVAÇÕES FEITAS PELOS JUÍZES.....	212
CONCLUSÃO.....	224
REFERÊNCIAS.....	227

APRESENTAÇÃO

A inserção num contexto social é essencial para a sobrevivência de todo ser humano durante todo o seu percurso de vida. Tal fato decorre do processo de socialização inerente à existência do homem distinguindo-o, dessa forma, dos demais seres vivos. Temos a família como nosso primeiro vínculo. É ela que nos nutre, fornece apoio, conforta e protege. É, pois, nossa primeira referência como ser social.

Posteriormente, novos relacionamentos vão se desenvolvendo, novos contatos e vínculos são estabelecidos. Surgem os colegas, sendo que alguns se tornarão amigos, os vizinhos e outras pessoas da comunidade em que estamos inseridos. E assim seguimos incluindo e excluindo pessoas em nosso rol de relações.

Todo esse elenco de pessoas tem como tarefa precípua nos conferir identidade, dando-nos singularidade. Essa rede exerce, ao longo da vida, inúmeras funções. Algumas nos acompanham durante toda a nossa trajetória como dar e receber atenção, carinho e conforto. Outras, se alteram ou se alternam, dependendo da necessidade como por exemplo os auxílios para cuidados e para serviços, uma vez que, as demandas, em cada fase de vida sofrem mudanças.

As solicitações da infância não são as mesmas da adolescência, que posteriormente são substituídas pelas da idade adulta, chegando finalmente às necessidades dos indivíduos idosos.

Qualquer que seja a fase da vida, sabe-se que um dos pontos cruciais para a manutenção da qualidade de vida está relacionado à rede de suporte existente e à qualidade dessas relações. Dessa forma, é fundamental incorporar na avaliação multidimensional da pessoa idosa componentes relacionados à família e à rede de suporte social. Assim, trazemos nesse momento, dois instrumentos validados em nosso meio que são capazes de contribuir com essas avaliações e com o planejamento assistencial mais apropriado.

Yeda e Marisa

REFERENCIAL TEÓRICO

ENVELHECIMENTO E BASES INFORMAIS DE ATENÇÃO AO IDOSO

Projeções feitas num período de 60 anos (1960 a 2020) indicam uma taxa de crescimento da população idosa (≥ 60 anos) da ordem de 760% demonstrando que, enquanto a população em geral aumentará cinco vezes, a população idosa aumentará quinze. De cerca de sete milhões de pessoas com idade igual e superior a 60 anos em 1980, passou-se para aproximadamente 11 milhões em 1991 alcançando 30 milhões em 2020 resultando em um estreitamento da base de nossa pirâmide populacional e um alargamento do topo, característica de países em processo de envelhecimento (IBGE, 2019).

No Brasil, na década de 40, aproximadamente 4% da população era composta por pessoas idosas (≥ 60 anos). No ano 2000 essa taxa passou para 8,5%, representando 14,5 milhões de pessoas e em 2020 alcançamos cerca de 30 milhões de idosos (14,3%) com estimativas de chegarmos a 41,5 milhões em 2030 quando deverá ocorrer a inversão de nossa pirâmide populacional. (IBGE, 2019)

O Brasil pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido desde a década de 90 quando a taxa de idosos superou 7%, o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde para tal classificação (Camarano e cols. 2002).

Assim, o país que até recentemente era considerado um país de jovens, rapidamente passou a ser um país de longevos mesmo que isso ainda não tenha sido realmente incorporado em nossa sociedade (Veras 1994, 2001).

Nesse contexto, ainda chama mais a atenção a franca expansão dos idosos mais idosos (≥ 80 anos), o que contribui para o envelhecimento dentro do próprio segmento etário. Alguns fatores como diminuição nas taxas de mortalidade; a maior esperança de vida dos próprios idosos, elevando o contingente nonagenário e aumentando, por conseguinte, o número de centenários explicam essa ocorrência (Costa e cols. 2000).

As mudanças demográficas ou transição demográfica decorrentes do processo de envelhecimento populacional são acompanhadas pelas mudanças epidemiológicas ou transição epidemiológica que se refere às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica. Este processo, segundo Chaimowicz (1998) envolve três mudanças básicas:

- as doenças não transmissíveis e as causas externas passam a substituir as doenças transmissíveis como as primeiras causas de morte;
- a maior carga de morbi-mortalidade desloca-se dos grupos mais jovens para os mais idosos;
- a morbidade torna-se mais predominante que a mortalidade fazendo com que as doenças crônico-degenerativas e suas complicações incorporem a maior sobrevida desta população.

Chaimowicz (1998) ressalta, ainda, algumas características peculiares da transição epidemiológica vivenciada no Brasil caracterizada por uma superposição de etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e as crônicas não transmissíveis. Observa-se um processo denominado “contra-transição” onde ressurgem doenças como cólera, dengue, sarampo ou ainda o recrudescimento de outras como, malária e febre amarela. Dessa forma, a morbi-mortalidade é persistentemente elevada em ambos os padrões caracterizando uma “transição prolongada”. Soma-se a isto os contrastes epidemiológicos das diferentes regiões do país (polarização epidemiológica).

É neste contexto que se enquadra o envelhecimento da população brasileira que, longe de ser visto como um problema deve ser celebrado como uma conquista almejada por qualquer indivíduo ou sociedade. Deve, no entanto, ser encarada com planejamento e responsabilidade.

Muitas são as definições de envelhecimento mas podemos utilizar aqui a definida por Babb (1991) e, posteriormente, publicado pela Organização Panamericana de Saúde (1993) onde envelhecer é *“um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne incapaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente aumentando, portanto, sua possibilidade de morte”*.

Estatísticas de mortalidade unicamente, parecem não ser adequadas para traçar o perfil de saúde dos idosos considerando a alta prevalência de condições que interferem em sua qualidade de vida sem, no entanto, serem responsáveis por sua morte. Significativo contingente de pessoas idosas são portadoras de múltiplos problemas coexistentes. Assim, os indicadores de morbidade, que abordem também as incapacidades, parecem ser os mais adequados para avaliação do estado de saúde desta população, pois refletem o impacto da doença/incapacidade sobre a família, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos (LESSA, 1998; SHOUERI JR R, 1994).

Diferenciar as alterações decorrentes do processo de envelhecimento com as inúmeras afecções que podem acometer os idosos é de fundamental importância evitando a ocorrência de dois tipos de erros muito frequentes (JACOB FO, SOUZA, RR, 1994):

- considerar que todas as alterações que ocorrem com um idoso sejam decorrentes de seu envelhecimento natural impedindo assim a detecção e o tratamento de processos patológicos ou,
- tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

É necessário verificar em que nível, tais doenças impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente subsidiando, assim, um planejamento assistencial mais adequado.

Nesse contexto, a avaliação funcional¹ torna-se essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados que servirão

¹ Avaliação funcional foi definida por Lawton (1971), como *“uma tentativa sistematizada de mensurar objetivamente os níveis nos quais uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas tais quais integridade física, qualidade da auto-manutenção, qualidade no desempenho dos papéis, estado intelectual, atividades sociais, atitude em relação a si mesmo e ao*

de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários. É um parâmetro que, associado a outros indicadores como morbidade e mortalidade, pode ser utilizado para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas (ARAOZ, 1994; PERRACINI e FLÓ, 2009).

Baseia-se no conceito de “função” definido por Araoz (1994) como “*a capacidade do indivíduo para adaptar-se aos problemas de todos os dias apesar de possuir uma incapacidade física, mental ou social*”. Envolve aquelas atividades que são desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado de seu entorno e à participação social. São denominadas “**atividades de vida diária**” e estão didaticamente subdivididas em:

- **Atividades Básicas de Vida Diária** - envolvem as atividades de autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações, deambular (KATZ, 1963);
- **Atividades Instrumentais de vida diária** - indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade como, por exemplo, realizar compras, manipular medicamentos e administrar as próprias finanças (LAWTON, 1971).

A diminuição da capacidade funcional² dos idosos tornando-os de alguma forma dependentes de assistência, ainda não teve seus mecanismos determinantes finais completamente estabelecidos. Ela pode representar o ponto final comum de muitas enfermidades ou um sinal precoce e sutil destas mesmas enfermidades.

Ao se avaliar a capacidade funcional de um idoso verifica-se por um lado, as ações que ele é capaz de realizar e de outro a presença de necessidade de ajuda para realizá-las. Tais ações são avaliadas diretamente por meio da observação de sua execução. É importante salientar que se deve diferenciar a execução da ação, da capacidade em executá-la. A avaliação da ajuda requerida para completar determinada ação é realizada pós-determinação das ações que o idoso demonstra

estado emocional”. Para Granger, apud Wilkins et.al.(2001) “*é um método para descrever habilidades e atividades em ordem de mensurar o uso individual de uma variedade de habilidades incluídas no desempenho de tarefas necessárias na vida diária, nos compromissos vocacionais, nas interações sociais, nas atividades de lazer, e outros comportamentos requeridos*”.

² A capacidade funcional “indica a habilidade do paciente de desempenhar trabalho e é tradicionalmente medida comparando o pico de capacidade de exercício do paciente com o pico esperado para sua idade e gênero” (WILKINS et al, 2001).

dificuldade ou incapacidade de realizar sozinho. Desta avaliação resulta uma classificação, onde o idoso aparecerá como dependente (em maior ou menor grau) ou independente. É necessariamente o grau de dependência que determinará os tipos de cuidados que vão ser necessários e como e por quem os mesmos poderão ser mais apropriadamente realizados (PERRACINI e FLO, 2009).

O envelhecimento assim compreendido é frequentemente acompanhado por relações de dependência e autonomia. Por muito tempo estes conceitos foram considerados polos opostos de uma mesma dimensão. Mais recentemente, no entanto, são descritos como referentes a uma relação dinâmica expressa diferentemente nas diversas fases do desenvolvimento e nos vários domínios do comportamento.

Dependência possui diferentes significados quando analisada em culturas diversas ou mesmo por indivíduos distintos. Num sentido mais geral, significa um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de outra. Numa visão tradicional, autonomia e dependência são características antagônicas e mutuamente exclusivas onde, a primeira substitui a segunda em favor do desenvolvimento saudável e maduro e do bem-estar. As dependências geralmente observadas entre os idosos resultam tanto das alterações biológicas quanto das mudanças nas exigências sociais e frequentemente as últimas parecem determinar as primeiras (BALTES E SILVERBERG, 1995). Os autores descreveram três tipos de dependências frequentemente observadas entre os idosos:

- ***Dependência física***, definida como incapacidade funcional, desamparo prático ou incapacidade individual para realizar atividades de vida diária. Existe em diferentes graus de dependência funcional, dependendo de quais e quantas incapacidades estão incluídas na avaliação. Esta dependência torna-se mais pronunciada quando o idoso é acometido por doenças cerebrais degenerativas ou por doenças incapacitantes. A incapacidade orgânica, no entanto, não é nem condição necessária nem suficiente para determinar a dependência. Na dinâmica das interações sociais e na percepção social, a dependência física é frequentemente interpretada como sinal de incompetência geral, geradora de dependência generalizada.
- ***Dependência estruturada***, onde o significado do valor do ser humano é determinado, primariamente, pela participação no processo produtivo. Esta seria gerada pela perda do trabalho e/ou aposentadoria. Em essência, a cultura estabelece as bases para a dependência, na medida em que sua es-

estrutura social até requer dependência de certos grupos da população para poder funcionar;

- **Dependência comportamental**, frequentemente antecedida pela dependência física (biologicamente induzida) e consequente a uma real incompetência física; a dependência comportamental é socialmente induzida, independentemente do nível de competência do idoso. O ambiente espera incompetência e dá ajuda mesmo que isso seja desnecessário ou indesejável sob pena de ser considerado irresponsável e negligente e torna-se assim determinante de desamparo e dependência. Um ambiente de baixa exigência, ao contrário, caracteriza-se pela superproteção que por sua vez, ocasiona dependência.

Dado o aumento nas perdas e incapacidades, os idosos poderão experimentar debilidades que necessitam ser compensadas e, se possível, eliminadas ou evitadas. Compensar perdas significa frequentemente, permitir que uns façam coisas para outros, assim como a administração seletiva das próprias energias e competências. Frente a este quadro, o idoso pode reagir de forma a desconsiderar tais déficits, compensá-los ou permitir-se ser dependente nos domínios em que ocorreram perdas, com o objetivo de liberar energia para poder alcançar suas metas em outros domínios e atividades.

Assim colocado, o problema fundamental da velhice parece ser uma “balança geronto-geriátrica” que consiste em chegar a um equilíbrio entre as necessidades e as exigências mínimas dos idosos e os interesses da coletividade. A velhice em si não cria ou desenvolve enfermidades; porém, nesta fase da vida, adquire características especiais. Esforços devem ser desenvolvidos no sentido de obtenção de cura até onde for possível, de reabilitação para readaptação dos idosos às suas atividades diárias de acordo com o meio a que pertencem e da garantia de uma assistência digna às suas necessidades até o momento de sua morte (PAVARINI, 2000).

Quando lançamos nosso olhar sobre esses dados, percebemos a sua grande relevância para a Saúde Pública. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2001 registrava que 25% das pessoas entre 65 anos têm algum grau de incapacidade funcional. Aos 85 anos, esse percentual sobe para 46%, ou seja, a cada cem idosos, 46 apresentam limitações funcionais moderadas (COSTA e col, 2002).

Tais dados demonstram a necessidade de estarmos atentos para as potenciais fontes de apoio informal, pois, à medida que o indivíduo envelhece, sua

capacidade funcional declina, exigindo, inúmeras vezes, auxílios para as atividades cotidianas.

Tais situações exigem Políticas Públicas que valorizem o apoio familiar e comunitário, como estratégias eficazes que contribuem com a manutenção do idoso residindo na comunidade o maior tempo possível (COSTA e cols. 2000).

O envelhecimento da população brasileira e a pressão dos movimentos sociais dos que militam na área do envelhecimento pressionaram o Poder Público sobre a premência da implementação de políticas específicas de atenção ao idoso. Surge assim, a partir da promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a Política Nacional do Idoso em 1994 (BRASIL, 1994).

Posteriormente, em 1999, foi promulgada a Política Nacional de Saúde do Idoso, com o objetivo tem como diretriz básica a formulação de programas que enfocam a manutenção e a melhoria da capacidade funcional do idoso, visando prevenir, recuperar e reabilitar a saúde, possibilitando sua permanência na comunidade e o exercício de sua cidadania (BRASIL, 1999). Reeditada em 2006, tornou a capacidade funcional da pessoa idosa a grande direcionadora da organização dos serviços e intervenções nessa área, o que predomina até os dias de hoje.

Em setembro de 2003, tendo sanção presidencial, em 1º de outubro do mesmo ano, foi promulgada a Lei 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL 2003) refletindo o esforço dos órgãos representativos dos idosos, assegurando que as políticas públicas pudessem ser efetivamente cumpridas, sob os mais variados aspectos de sua vida. Compreende desde os direitos fundamentais do indivíduo, até o estabelecimento de penas para crimes cometidos contra as pessoas idosas. Publicação de Camarano e Giacomini (2013) discute os avanços e entraves obtidos com a aplicação do Estatuto.

Como bases de atenção ao idoso entendemos os fundamentos que norteiam as políticas públicas dirigidas a esse segmento etário. São elas as responsáveis pelas estratégias que tratam da manutenção do indivíduo em seu *habitat* com recursos da própria comunidade, provendo-o do apoio social necessário (Ander-Egg 1996; Griep, Dora, Faerstein e Lopes 2003).

Tais bases podem ser formais, quando constituídas pelas instituições e atenção ao idoso, ou informais, quando compostas pelas pessoas da rede de relações do idoso (Caldas 2003; Néri 2001; Sluzki 1997; Ayéndez 1994).

A atenção formal ao idoso compreende tanto a atuação individual de cada profissional, quanto a ação de uma equipe interprofissional. Isso se dá pela

singularidade inerente a essa fase de vida. Ao contrário das etapas anteriores do ciclo de vida, esta é marcada por inúmeras particularidades. Se na infância, na adolescência e mesmo na idade adulta jovem, temos padrões que identificam um grupo, o mesmo não ocorre com relação à velhice. Nela, a história de vida de cada indivíduo, sua aquisição cultural, social, afetiva; seu histórico familiar, os papéis sociais desempenhados ao longo da vida, permitem que duas pessoas com a mesma idade cronológica tenham histórias, estilos de vida e necessidades completamente diversas, tornando-os, dessa maneira, extremamente distintos. Essa individuação demanda, portanto, o olhar de várias áreas de conhecimento, ou seja, a reunião de muitas disciplinas, e mais que isso, um olhar onde esses saberes se agreguem, gerando um novo saber, mais amplo e de domínio coletivo, resultando na expressão interdisciplinar do conhecimento (PAPALÉO Netto, 2002).

O trabalho interdisciplinar, segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), é essencial para a promoção da saúde no envelhecimento, pois é “muito difícil que apenas um profissional, com todo o seu conhecimento e possibilidades terapêuticas, reúna condição para o atendimento ao idoso” (JACOB Fo, 1998).

Como base informal de atenção, entendemos todo o aparato oriundo de seu círculo de relações pessoais que se constitui para prestar auxílio ao idoso. Os expoentes mais expressivos, segundo a literatura pesquisada, emanam da família, dos amigos e da comunidade (GONZALEZ, ESPIN, ANDRADE, VEA-BAYORRE 2001; AYÉNDEZ 1994; DABAS 1993).

FAMÍLIA

A sociedade contemporânea protagoniza alterações significativas nas relações de parentesco e no surgimento de novas formas de família. Em épocas anteriores, elas eram maiores, mais numerosas. Frequentemente residiam num mesmo local, compartilhando em inúmeras vezes da mesma atividade laboral. T tamanha proximidade promovia um maior envolvimento de seus membros, favorecendo que um desses cuidasse de seu progenitor, quando este viesse a necessitar (Prado 2002).

O apoio familiar, todavia, passou por alterações, admitindo novos arranjos decorrentes da queda da natalidade, vigente na sociedade brasileira atual. Em algumas regiões mais desenvolvidas, por exemplo, temos taxas de nascimento próximas ou abaixo da de reposição, expressa, segundo a Organização Mundial de Saúde, por 2,1 filhos por mulher, tendo, portanto, famílias cada vez menor número de membros.

Em contrapartida, em regiões mais carentes, as dificuldades quanto ao apoio familiar ao idoso são de outra natureza. Os jovens, com muita frequência, migram para regiões mais promissoras, deixando seus progenitores em sua terra natal, sem retaguarda familiar (Camarano 2003).

Em ambos os casos, o apoio comunitário emerge como uma alternativa às necessidades do idoso. A família continua sendo, no entanto, o vínculo primeiro a ser acionado quando da instalação de alguma incapacidade no idoso (AQUINO e CABRAL 2002; ERBOLATO 2002; RODRIGUES e RAUTH 2002).

Compreendendo as famílias

Família é uma formação humana universal e ainda não foi descoberta outra formação capaz de substituí-la. Ao se falar sobre este tema, muitas emoções, pensamentos, lembranças e expectativas, por vezes contraditórias e, quase sempre intensas, afloram em nossas mentes. Cada pessoa tem e terá ao logo de sua existência, várias famílias (a de seus ancestrais, a de sua infância, a de sua adolescência, a de sua vida adulta e a de sua velhice), assumindo características peculiares em cada fase mas mantendo sua **função**³ primordial, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando seu desenvolvimento (SOUZA MN, 1996). Compreender sua organização e seu **funcionamento**⁴ pode auxiliar nas intervenções junto a idosos e seus familiares.

O ser humano tem necessidade de viver vinculado a outros em função de sua sociabilidade, da mesma forma que busca o saber por sua intelectualidade e os valores por sua espiritualidade. Essas tendências podem ser manifestadas por “associação” (estar com os outros) ou por “comunidade” (ser com os outros). Assim, a sobrevivência do homem em grupos é inerente à sua condição humana (MENGEL, 1081). Esta necessidade é traduzida pelo desejo de fazer parte, sentir

³ Segundo Minuchin (1990), às famílias cabem as funções de proteção e socialização de seus membros em resposta às necessidades da cultura. Atendem assim a dois objetivos, a proteção psicossocial de seus membros (interno) e a acomodação a uma cultura bem como a transmissão da mesma (externo). É no interior das famílias que os indivíduos experienciam o sentido de pertencimento e o de ser separado formando assim a matriz de sua identidade.

⁴ Segundo Minuchin (1990), não é a ausência de problemas que diferencia uma família “normal” de uma “anormal”. Para compreender uma família é necessário dispor de um esquema conceitual no funcionamento familiar que se baseia na compreensão da família como um sistema operando em contextos sociais específicos e é composto por três componentes, a estrutura da família, seu estágio de desenvolvimento e sua capacidade de adaptação às circunstâncias de forma a manter a continuidade e a intensificar o crescimento psicossocial de cada membro familiar.

que integra algo e assim está protegido, acolhido e aceito. Isto é concretizado por estruturas, agregações sociais ou redes de relações. Em diferentes culturas as agregações sociais variam seu nível de organização e diferenciação (PINTOS, 1997).

As diferentes redes de relações podem ser denominadas de grupos primários e grupos secundários. Os primeiros não são escolhidos pelas pessoas (o país onde nasceu, o continente, o hemisfério, o momento histórico e a própria família antecessora), o segundo é representado pelas opções do indivíduo (os amigos, o clube, o partido político, etc).

A família, antecessora ou formada pelo indivíduo ao se casar, é sempre um grupo primário. Segundo Rolla (1980), *“família é uma criação do ser humano em resposta ao seu desejo de ter um grupo de pessoas que atuem sobre interesses comuns e com um desenvolvimento afetivo, em que os afetos são recíprocos, para obter soluções para os problemas do ciclo vital”*. Tal sistema é representado por uma rede de relações de parentesco cujo funcionamento depende da forma como estas relações se organizam.

Independentemente disto, todas as famílias passam por transformações no decorrer do tempo que são marcadas pelas chamadas “crises” às quais se iniciam no indivíduo em cujo amadurecimento buscou sua integridade enquanto pessoa e sua identidade pessoal (“ser um”). A primeira crise ocorre com o casamento (“ser um” → “ser dois”), a segunda com a convivência pois representa a síntese de duas culturas familiares distintas que deverão culminar na formação de uma terceira sem que haja a imposição das anteriores. Esta última representa a continuidade familiar pois compõe a cultura familiar dos filhos. A terceira crise corresponde ao nascimento dos filhos (“ser dois” → “ser três”). A quarta vem com o crescimento dos filhos e o desenvolvimento de sua autonomia e independência (crise da adolescência). A quinta crise vem com o casamento dos filhos. Esta traz transformações importantes como a integração com outras famílias e o sentimento de “perda” do filho, o que gera a denominada “síndrome do ninho vazio”(“ser três ou mais”→ “ser dois” novamente). A sexta crise ocorre quando o indivíduo se torna avô, a sétima quando ocorre o falecimento do pai ou mãe da família (“ser dois” → “ser um”) fazendo com que o indivíduo volte a reencontrar-se consigo mesmo e com sua individualidade. Estas crises aqui descritas geralmente ocorrem na maioria das famílias. Há outras no entanto que não ocorrem com todas as famílias e são denominadas crises acidentais, geralmente imprevisíveis tais como falecimento de um filho, aborto, esterilidade conjugal, mudanças bruscas no estilo de vida, etc (CERVENY e BERTHOUD, 1997;

PINTOS, 1997; MINUCHIN, 1990b). Frente a estas crises, a família cumpre importantes papéis como assegurar bem-estar afetivo e material e absorver o impacto das tensões provocadas pelas próprias crises.

A dinâmica do sistema familiar nestas situações baseia-se na presença de um diálogo maior ou menor, intra e/ou extra-sistema permitindo, com as trocas proporcionadas pela intercomunicação, o amadurecimento do sistema onde cada um de seus membros poderá desenvolver sua presença afetiva, efetiva, livre e responsável perante a vida sendo então transformados de indivíduos em pessoas e passando a viver como tal (LUKAS, 1983; PINTOS, 1997).

A família é o lugar significativo e estável que proporciona o encontro harmônico das pessoas onde podem descobrir e dar à sua presença e à sua participação um sentido pleno, comprometido e responsável possibilitando assim o desenvolvimento de vínculos incondicionais. Esta família será mais estável e mais saudável à medida que seus membros forem capazes de harmonizar suas funções familiares com as circunstâncias dos outros. Na intimidade de um grupo familiar desenvolvido e amadurecido as funções familiares são recíprocas, vivenciadas a partir da abertura, comunicação, respeito e aceitação de todos. Todas as decisões devem ser harmônicas visando o bem dos indivíduos e do grupo como um conjunto. Neste sistema também ocorrem conflitos e confusões, mas existe uma predisposição a mudanças e recursos atualizáveis a atendê-las. A essência deste grupo é a aceitação do outro e a dinâmica da reciprocidade dos papéis (PINTOS, 1997).

Estamos tratando aqui de uma família ideal, com capacidade para prover e assistir às necessidades de seus membros efetivamente. Há, no entanto os denominados **sistemas imaturos**, que abordaremos posteriormente, geralmente severos e rígidos, com funções estáticas e vínculos unidirecionais e imutáveis. Qualquer mudança no papel ou na expectativa do papel de algum de seus membros ocasiona confusão e desestruturação do sistema familiar pois os outros membros não estão prontos a se adaptar. A essência deste grupo é a rigidez que se exterioriza com uma estabilidade e harmonia aparentes porém frágeis que se desfazem frente à necessidade de modificações em sua estrutura para as quais não estão prontos a responder.

Há outras considerações sobre o sistema familiar (Lukas, 1983; ADELMAN e SHANK, 1988). Essa rede de relações não é necessariamente representada por um agrupamento de pessoas interligadas entre si. Trata-se apenas “*de uma estrutura humana, insubstituível, dentro da qual cada membro tem uma função repleta de sentido*”.

Assim, para compreender a família como um sistema, é necessário visualizar o esquema de seu **funcionamento** interno que opera dentro de contextos sociais específicos. Tal esquema possui basicamente três componentes:

- **Estrutura:** a família é um sistema sócio-cultural aberto, em transformação. A estrutura familiar é o conjunto de exigências funcionais que estabelece a interação entre seus membros e um padrão de relações. Tais padrões regulam o comportamento dos membros da família;
- **Desenvolvimento:** a família passa por diferentes fases durante sua existência (ciclo vital) que requerem de seus membros constantes adaptações. O desenvolvimento da família transcorre em etapas de complexidade crescente com períodos de equilíbrio e adaptação e outros de desequilíbrio. Estas mudanças evolutivas geram pressões em seus membros ocasionando estresses de acomodação (“crises”). Tais estresses, no entanto, são inerentes a estes processos de mudança e continuidade e não devem, portanto, ser considerados patológicos. O resultado é um salto para um estágio novo e mais complexo onde novas tarefas e habilidades serão desenvolvidas.
- **Adaptação:** a família se adapta às circunstâncias modificadas de forma a manter sua continuidade e intensificar o desenvolvimento psicossocial de seus membros. A família deve ser capaz de se adaptar quando as circunstâncias mudam, sem perder, no entanto, sua continuidade, que constitui um sistema de referência para seus membros.

A palavra “família”, do latim *famulus* (=escravo, servente), representa portanto, de alguma forma, a dependência nativa entre seus membros. Para Pintos (1997), família “*é um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo*”.

Por **sistema**, continua o autor, compreende-se um conglomerado de pessoas que, em seu conjunto (e só nestas condições) formam um todo significativo a partir do que é identificada e compreendida a família. Seus membros constituem “esta” família e não outra. Esse conjunto no entanto, não é representado pela somatória de seus membros individualmente e sim pela “multiplicação das individualidades”. Tal conjunto sempre será o resultado de todos os seus elementos e, mesmo na ausência de algum deles, sua identidade continuará presente, influenciando a identidade do grupo. Isto faz com que cada membro da família possua nesta um lugar significativo, não intercambiável, próprio e legítimo. Segundo

Minuchin (1990), a família é mais do que a biopsicodinâmica individual de seus membros. Estes se relacionam a partir de certos ajustes que são os responsáveis pela formação de um todo, a estrutura da família. A realidade desta estrutura é diferente da realidade de seus membros individualmente.

Dentro do sistema familiar, cada elemento possui algumas características:

- a) **valor individual:** representa o próprio indivíduo como um valor,
- b) **papel de cada um:** é o lugar ocupado por cada membro dentro do sistema familiar de onde derivam suas responsabilidades e respostas familiares. Cada indivíduo pode ser compreendido como um subsistema dentro da família. Tais subsistemas podem ser formados por geração, sexo, interesse ou função. Um mesmo indivíduo pode pertencer a diferentes subsistemas com níveis de poder e habilidades diferenciados;
- c) **expectativa do papel:** são resultantes de cada papel assumido por seus membros. As expectativas dos papéis são características intercambiáveis, não fixas e é este intercâmbio que fornece dinâmica e saúde ao sistema familiar. Para que a diferenciação dos papéis seja eficaz, existem as fronteiras dos subsistemas. Estas são as regras que estabelecem quem participa e como. Visam proteger a diferenciação do sistema. Devem ser suficientemente nítidas, porém não rígidas, para que permitam o desenvolvimento dos papéis de cada indivíduo dentro do sistema (MIERMONT, 1994; MINUCHIN, 1990).

Todo sistema funciona a partir de regras que objetivam organizar a estrutura familiar e dar-lhe movimento. Um sistema dito “flexível” organiza-se de forma dinâmica e volta-se para a realização individual e grupal.

Quando esta flexibilidade no intercâmbio de papéis não está presente diz-se que o sistema é “rígido” e para se manter, assume um modelo de equilíbrio familiar que tem por objetivo proteger o sistema de sua desintegração. Para tanto há uma redução do espaço pessoal (rigidez funcional) e uma rigidez do espaço integracional (evitando o intercâmbio). Para sobreviver, muitas vezes é necessário suprimir as necessidades individuais e até negar a existência de conflitos importantes que passam a ser compreendidos como “característica daquela família”. Suas regras visam estabelecer e conter a dinâmica do sistema, agindo de forma a fixar os indivíduos em seu status atual.

Pintos (1997) afirma que a dinâmica do sistema familiar decorre deste ser um sistema ativo onde existe um entrelaçamento de forças que são o resultado e

o sentido de sua própria existência. “Dinâmico” segundo o autor não se aplica a movimento, mas às realidades que reconhecem em seu íntimo forças que entram em jogo entre si de cujo resultado essa mesma realidade cobra vida e identidade.

A família está em constante processo de transformação e mudança que são os responsáveis pelo desenvolvimento da capacidade de crescimento da família permitindo sua continuidade como um sistema. Neste movimento ocorrem diferentes tipos de “crises” que ocasionam problemas temporários com reassentamentos posteriores decorrentes de mecanismos de auto-regulação ou auto-equilíbrio proporcionando assim um crescimento significativo do sistema. Assim, a família mantém um equilíbrio instável, pois está permanentemente em busca de um sentido que a plenifique. A mudança é, como disse Minuchin (1990b), a norma; pois uma observação prolongada de qualquer família mostraria grande flexibilidade, constante flutuação e provavelmente mais desequilíbrio que equilíbrio. Os períodos de desequilíbrio alternam-se com períodos de homeostase mantendo assim a flutuação dentro de uma amplitude manejável.

Os sistemas familiares podem ser maduros ou imaturos conforme sua estruturação e a capacidade de adaptação harmônica apresentada pelos mesmos frente às situações apresentadas.

O envelhecimento é considerado uma das “crises” no ciclo vital. Não é nosso objetivo dar a este termo uma conotação negativa, mas a de caracterizar uma situação de mudança que requer adaptações do próprio indivíduo que envelhece bem como de seu sistema familiar que igualmente envelhece. Os vínculos estabelecidos dentro deste sistema entre idoso e seus membros familiares facilitarão ou não a passagem de ambos por esta etapa da vida. O exercício da autonomia e independência deste idoso neste contexto está diretamente relacionado com a função exercida por ele neste grupo e com os vínculos resultantes desta interação que podem ser instáveis ou estáveis, eficazes ou ineficazes de acordo com sua estabilidade frente as demandas e suas respostas às mesmas.

Pintos (1997) sugere uma classificação dos sistemas familiares dos idosos de acordo com seu amadurecimento e funcionalidade a saber:

a) sistemas maduros ou funcionais ⇒ família normal⁵

⁵ “Normalidade” é a possibilidade de dar uma resposta flexível, dinâmica e efetiva diante dos diversos conflitos (PINTOS, 1997).

- b) sistemas imaturos ou disfuncionais
- família tipo clã
 - família superprotetora
 - família abandonadora
 - família distante

Nos **sistemas maduros ou funcionais**, o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas com certa estabilidade emocional de forma a conseguir gerenciá-los a partir de recursos próprios (conhecidos ou potenciais) e resolver o problema instalado de forma adequada ou seja, sem desestruturação do equilíbrio na dinâmica funcional da família pois nela, os indivíduos são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva. Para serem consideradas funcionais, as famílias devem proteger a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes onde cada membro e cada subsistema deve negociar sua autonomia e sua interdependência mantendo intercâmbios flexíveis. A família dita “normal”, é aquela na qual seus membros são ao mesmo tempo independentes e interdependentes ou seja, são autônomos no que diz respeito às questões pessoais mas comprometidos em seus vínculos familiares de forma recíproca. Envolve aceitação recíproca e positiva do outro além de respeito, conhecimento, compreensão, responsabilidade e estabilidade emocional. Embora acolhedor e flexível, é um sistema firme capaz de responder às demandas apresentadas de forma correta e adequada sem no entanto sobrecarregar excessivamente qualquer um de seus membros. Não se quer dizer aqui, que estas famílias são prontamente capazes de resolver todos os problemas existentes em suas relações e, neste caso, os relacionados a seus membros idosos. O que dizemos é que este grupo tem uma real disponibilidade para fazê-lo, pois estão dispostos a contribuir e a somar esforços e recursos na obtenção de soluções adequadas aos conflitos e necessidades de seus membros utilizando ferramentas como flexibilidade, criatividade e compreensão mútua. Constituem para os profissionais recursos estratégicos e terapêuticos, fundamentais e integrados na assistência ao idoso (MINUCHIN, 1990b; PINTOS 1997).

Os **sistemas familiares imaturos**, citados anteriormente, são aqueles nos quais não há um comprometimento com a dinâmica e a vida do sistema por parte de seus membros que costumam priorizar seus interesses particulares em detrimento do grupo e não assumem seus papéis dentro do sistema. Nestes grupos geralmente se observam vínculos afetivos superficiais e instáveis e alto grau de agressividade e hostilidade entre seus membros mesmo que não abertamente colocados. Raramente são capazes de resolver situações críticas como uma questão

grupais, de forma adequada e com frequência identificam a “crise” como responsabilidade única do membro que a desencadeou, lido aqui como um “estorvo”. Como são incapazes de solucionar seus problemas de forma equilibrada, atribuem seu fracasso sobre um ou alguns de seus membros. Por não se adaptarem às situações novas e readequarem seus papéis frente às mesmas, provocam a desarmonia do sistema familiar que se expressa através de lacunas funcionais, sobreposição e/ou colisão de papéis. Nas situações conflitivas enfrentadas nestes sistemas com pessoas idosas, frequentemente é possível observar uma solução aparente onde, ou o idoso é separado do seu meio (institucionalizado ou isolado do grupo) que o considerada gerador do problema ou, por outro lado, os outros membros da família se afastam para não se envolverem com a questão, uma vez que acreditam que a mesma não diz respeito a eles. Podem ainda intensificar crises pessoais de forma a terem uma desculpa racional para se liberarem da necessidade de responder às demandas do grupo.

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

- a) **Família tipo clã:** São os grupos patriarcais ou matriarcais, ou seja, organizam-se em torno de um de seus membros que representa uma figura toêmica. São rígidos e atuam em bloco, sem independência ou dinamismo. Sua forma de comunicação é geralmente formal e unidirecional. Embora os conflitos existam eles permanecem latentes pois não poderiam confrontar ou expor o sistema. Frente à presença de demandas relacionadas ao idoso, o clã poderá assumir diferentes posições conforme o papel ocupado pelo idoso em questão. Se ele não for o líder do grupo, este tenderá a simplesmente obedecer às orientações do mesmo. No entanto, se o problema estiver justamente com o líder, o sistema entra em angústia e sente-se ameaçado, pois sua força está no líder, agora debilitado. Nestas circunstâncias, tendem a ocupar-se com a sobrevivência do sistema em si, essencial para sua própria sobrevivência e não são capazes de responder às demandas do próprio idoso. Nestas circunstâncias ou outro líder “herda” a função anteriormente exercida pelo idoso ou este, mesmo debilitado, continua respondendo pelo clã. Quando o líder desaparece, o sistema tende a se dispersar.
- b) **Família abandonadora:** São grupos voltados para os próprios interesses e atividades e portanto incapazes de se relacionarem efetivamente com os outros membros da família. Não contam com recursos afetivos, efetivos e

emocionais para atender as demandas do sistema. Açam que o idoso não é um problema seu e esperam que os outros dêem uma solução à questão. São sistemas onde, na verdade, nunca foram desenvolvidos laços afetivos reais e em cuja construção o idoso participou.

- c) **Família distante:** Difere da anterior por ter a tendência a intelectualizar a questão, sempre apresentando razões lógicas e argumentos válidos que justifiquem a não atenção às demandas do idoso. Estas famílias exteriorizam uma certa serenidade que esconde os conflitos de tudo o que não é manifestado ou sentido. Costumam exigir mais do que muitas vezes o idoso é capaz de oferecer, geralmente por uma inadequada interpretação do papel ou da responsabilidade familiar frente a ele. Tendem ainda a exigir que outros resolvam sua situação para que o sistema volte à “normalidade”.
- d) **Família superprotetora:** São grupos que assumem uma posição de proteção extrema deixando de ser efetivos para serem asfixiantes. São onipresentes, vigilantes e com emoções exacerbadas. Privam seus membros da própria liberdade, responsabilidade e privacidade necessárias para tomarem suas próprias decisões. Os idosos, nestes sistemas, são geralmente tratados como crianças a quem se deve vigiar e governar à vontade. Suas atitudes tendem a desvalorizá-lo e inutilizá-lo colocando-o numa posição de menor participação dentro do sistema mesmo que isto seja manifestado como sendo “o melhor para ele, pois terá uma velhice mais cômoda e prazerosa”. Além de anularem a capacidade de resposta do idoso, não respondem adequadamente quando solicitados a resolverem as demandas reais do mesmo.

Em qualquer uma dessas famílias, ditas imaturas observa-se uma inadequação adaptativa frente às demandas reais e/ou potenciais de seus membros idosos.

Observa-se assim, a necessidade cada vez mais premente de serem estabelecidos esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos capazes de assistir as demandas crescentes dos idosos e de suas famílias de forma a permitir que ambos encontrem conjuntamente uma solução terapêutica mais efetiva e adequada em que o equilíbrio familiar seja a meta melhorando assim a assistência ao idoso e diminuindo os custos emocionais da própria família.

Temos ainda outros arranjos hoje entendidos como família.

Entende-se por família estendida e modificada aquela que, apesar de seus membros residirem em casas separadas, muito distantes, ou mesmo em outras

localidades, entre si o relacionamento ativo, ocorrendo a intimidade à distância. O termo intimidade à distância foi descrito por Rosenmayr e Köeiskeis em 1965 para designar a comunicação e o contato mantidos entre pais e filhos por telefonemas ou visitas (RODRIGUES e RAUTH, 2002).

Já a família modificada é aquela que agrega, além dos parentes, os amigos íntimos e vizinhos (AYÉNDEZ 1994; RODRIGUES e RAUTH 2002; PINTOS 1997; NÉRI 2001; NEUGARTEN 1970). De todos esses tipos de arranjos familiares é, contudo, ainda a família nuclear a grande provedora de cuidados.

São, segundo Dabas (1993), atitudes sociais e culturalmente definidas que atuam sobre as gerações fazendo com que as mais novas forneçam o suporte necessário a seus idosos. Na maioria das vezes, é uma atitude com forte caráter afetivo e retributivo, que conta com uma diversidade de colaborações e trocas entre idosos e seus filhos adultos, num contexto de solidariedade intergeracional e maturidade filial (CALDAS 2003; RODRIGUES e RAUTH 2002; SALVAREZZA 1996).

A família do idoso⁶

Quando se fala de família e idosos, devemos distinguir dois tipos de famílias: a de procriação e a de orientação. A primeira é formada pela união de duas pessoas de sexos diferentes que darão origem a uma descendência comum. É muito comum nos dias de hoje os idosos chegarem a ser avós e bisavós de suas famílias de procriação. A segunda refere-se à família em que se nasce e onde normalmente se convive até que se forme a própria família de procriação e na qual os avós e bisavós correspondem às gerações mais velhas.

Nesta fase da vida é importante, verificar as características das relações existentes entre os idosos e seus diferentes familiares. Estas relações subdividem-se em intrageracionais (entre iguais) e intergeracionais. A primeira diz respeito às relações conjugais e fraternais e a segunda às relações entre pais e filhos e avós e netos.

As relações conjugais representam a essência da relação familiar, pois são a partir delas que se iniciam as famílias considerando a existência dos filhos, responsáveis por garantir as gerações descendentes (MORAGAS, 1997).

⁶ Idoso no Brasil, segundo a Lei no. 8.842 de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso em seu Capítulo I, artigo 2o, é o indivíduo a partir de 60 anos (BRASIL, 1994).

As relações fraternais recebem maior importância nos primeiros estágios de formação do indivíduo (infância e adolescência). Nesta fase há uma maior convivência entre os irmãos propiciada pela convivência na própria família. Com o crescimento dos mesmos e sua conseqüente saída dos lares (por casamento ou busca de uma vida mais independente) esta convivência tende a diminuir em virtude de novas responsabilidades e contatos assumidos externamente. Num terceiro momento, geralmente relacionado à fase madura e à velhice, tende a haver um reencontro entre irmãos para solucionarem problemas comuns como divisão de herança ou o cuidado de pais doentes/dependentes (EBERSOLE e HESS, 1998).

Nos dias de hoje, no entanto, a maioria dos idosos apoia-se, quando necessário e existente, em suas famílias de procriação e dadas às alterações que vêm ocorrendo nestas estruturas, atenção especial deve ser dada a este aspecto.

As relações intergeracionais estão presentes nas famílias de procriação e, dadas suas diferenças de papéis sociais, diferenciam-se das anteriores (famílias de orientação) pela presença de desigualdade de status entre as pessoas.

A primeira relação a ser citada é a existente entre pais e filhos. Esta relação possui dinâmica própria que caminha geralmente da dependência total para a independência e posteriormente para a interdependência ou dependência total novamente como forma de compensação vital. Tais relações variam entre sexos e culturas (em especial quando comparamos oriente e ocidente). Geralmente cabe às filhas o papel de cuidadoras de seus pais doentes e aos filhos a responsabilidade pela tomada de decisões e apoio financeiro. O nível socioeconômico também interfere. Em famílias de nível socioeconômico mais baixo, há maior probabilidade de recebimento de auxílio familiar do que nas classes média e alta. Apesar destas considerações, o número de idosos institucionalizados não atinge 10% em nenhuma sociedade ocidental estudada até o momento (EBERSOLE e HESS, 1998; MORAGAS, 1997).

Independente do volume de relações é a qualidade apresentada pelas mesmas que parece ser mais significativa para os idosos. Isto é representado pelo potencial de relação de ajuda existente na família e que concretamente é reconhecido pelo idoso em caso de necessidade (DUARTE e BARROS, 2000).

O segundo tipo de relação intergeracional é representado pelos avôs e netos. Este tipo de relação tem, nos dias de hoje, maior importância quantitativa. A quantidade de avós, cada vez mais presentes, em virtude do envelhecimento populacional, proporciona maiores oportunidades de relações. Disto advêm os chamados “conflitos geracionais” que são decorrentes das rápidas mudanças so-

ciais observadas nas últimas décadas de onde surgiram objetivos, muitas vezes incompatíveis, entre as gerações. Tais “conflitos” foram muito evidenciados pela mídia, em especial nas décadas de 60 e 70, porém seus pressupostos não são necessariamente verdadeiros. A existência de conflitos entre pais e filhos geralmente separados por vinte ou trinta anos não se estende necessariamente aos avôs e netos, separados por sessenta ou setenta anos. O papel de avô é mais livre que o papel de pai ou de filho e a sociedade ainda não o delimitou especificamente. Algumas pesquisas demonstram que estas relações entre avôs e netos podem ser muito gratificantes e significativas (EBERSOLE e HESS, 1998; MORAGAS, 1991). Há, no entanto, alguns estereótipos que traduzem o avô como um ser velho e limitado. Estudos realizados por pesquisadores espanhóis têm demonstrado que os fundamentos das relações positivas entre avôs e netos baseiam-se na liberdade e flexibilidade. Situam ainda os avôs como âncoras situacionais, pois são capazes de transmitir às gerações mais jovens além da história social geral, a da própria família, proporcionando-lhes assim referências sociais mais sólidas (MORAGAS, 1991; 1997). Conforme salientado por Knobel (1992), ser adulto é aprender da experiência dos mais velhos, pois a vida não começa com cada pessoa, é uma continuidade infinita, útil e muito grata. Reconhecer virtude e defeitos dos mais velhos é a forma de aproveitar a experiência e aprender e desta forma a contribuir para o engrandecimento moral que auxilia a humanidade a progredir.

A interação com familiares colaterais (primos, tios, tias, sobrinhos) geralmente depende da proximidade, preferência e disponibilidade geral da família nuclear. Frequentemente a família materna é emocionalmente mais íntima que a linhagem paterna. Eles podem ser um recurso de reserva da família para reposição em seus vazios ou perda de suas relações primárias, para solteiros ou idosos sem filhos. Idosos parecem frequentemente estar vinculados a um sobrinho ou sobrinha favorita com quem ele compartilha e mantém alguma relação familiar e de alguma forma serve como um substituto para a criança que ele nunca teve. Familiares colaterais distantes tornam-se importantes para alguns idosos quando eles buscam estabelecer seu lugar na estrutura familiar e fluxo geracional (EBERSOLE e HESS, 1998).

Os familiares são, portanto, a origem de grande parte do suporte material e emocional através de gerações. As constantes mudanças quanto à suplementação e demandas entre eles ajudam a estabelecer uma sólida reciprocidade confortável entre dar e receber. Também frequentemente pensa-se nos idosos unicamente como receptores. Isto nem sempre é verdadeiro pois com o aumento do número

de idosos e os avanços relacionados com a promoção da saúde no envelhecimento e com as intervenções assistenciais, verifica-se que, com frequência eles provêm suporte emocional e financeiro, cuidado para as crianças além de continuidade cultural e religiosa em muitas famílias.

Observa-se no entanto, um aumento no número de idosos fragilizados, com múltiplos problemas de saúde, sendo estes, em muitas ocasiões, cuidados por outros idosos. Isto já ocorre em diferentes contextos mas há uma tendência a aumentar no futuro. Com a saída dos mais jovens das casas, as famílias de três ou quatro gerações co-habitantes tendem a diminuir. Mudanças na mortalidade, fertilidade e casamentos e a presença cada vez mais freqüente de divórcios e famílias de estilo alternativo afetam o balanço entre necessidades e a disponibilidade de auxílio real existente entre os membros familiares.

Algumas reflexões sobre as peculiaridades relacionadas às famílias que contam com membros idosos devem ser ressaltadas.

Um primeiro dado a ser considerado é a maior sobrevida feminina (em torno de pelo menos oito anos) frente à masculina ocasionando assim a presença, na sociedade, de um maior número de viúvas. Esta maior sobrevida no entanto, não corresponde necessariamente à melhor qualidade de vida. Litvak (1994) ressalta que os problemas sociais, econômicos e de saúde dos idosos são, em grande parte, os das mulheres idosas pois estas vivem mais que os homens e ao se tornarem viúvas, têm maior dificuldade em contrair novo matrimônio. Além disso geralmente apresentam menores níveis de instrução e renda e maior frequência de queixas de saúde. Estas idosas, com frequência passam a residir com um dos filhos (geralmente filhas) formando assim grupos trigeracionais. Isto é hoje muito observado em nosso meio, diferentemente de outros países onde a incidência de idosos residindo sozinhos é muito expressiva gerando a necessidade de uma reorganização social e assistencial.

Há que ressaltar ainda, que as modificações que vem ocorrendo em nosso painel sócio-econômico tem levado muitos filhos retornarem a residir na casa de seus pais, em geral acompanhados de suas novas famílias, em decorrência de questões financeiras.

De uma forma ou outra observamos em muitas famílias que as avós passam a contribuir de alguma forma no orçamento doméstico e no cuidado das gerações mais jovens uma vez que as mulheres estão cada vez mais inseridas no mercado produtivo.

Ângelo (1997) nos lembra que ao se visualizar a história da humanidade verifica-se que, tradicionalmente, as famílias eram responsáveis por prover o

cuidado nos lares em experiências relacionadas com nascimento, doenças, idosos e em situações de morte. A participação das mulheres na provisão destes cuidados era comum. A família no entanto, enquanto instituição social, está passando por um processo de redefinição (ARRUDA, 1994; SOUZA, 1996). A progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho retirou do seio familiar quem, até então, na maioria das vezes, era responsável pela realização das atividades de cuidado referentes às crianças e aos idosos. Estas também passaram a chefiar muitas famílias. Tais fatores associados ao expressivo aumento do número de separações e às migrações vêm alterando o perfil de poder e de tomada de decisões dentro das famílias que passam atualmente por uma construção de modelos alternativos de relações e de papéis (VERAS, 1994).

Um importante estudo longitudinal foi desenvolvido nos EUA e é denominado *Berkeley Growth Study Group* tendo sido iniciado com crianças em 1928. As então crianças, são hoje idosos e seus pais, hoje em idade bem avançada, compõem o *Berkeley Older Generational Study*. Um recente estudo com este grupo demonstrou que os idosos que apresentavam melhores condições de saúde eram os que apresentavam maior intimidade com seus familiares (FIELD, 1993). Algumas necessidades dos pais por assistência mais intensiva despertavam nos filhos diferentes sentimentos que vão de afeição à obrigação (ABEL, 1991). As mulheres costumam apresentar sentimentos de maior intimidade em seus relacionamentos familiares que os homens, no entanto, no estudo de Field (1993), para esta observação, a condição de viuvez demonstrou ser mais importante que a condição de gênero.

É igualmente importante saber como as mudanças de sentimentos no contexto familiar afetam a saúde. É usualmente aceito que relacionamentos familiares são desejáveis para os idosos promoverem um senso de continuidade. A qualidade, significado e importância das relações com os membros familiares são fatores significantes na manutenção da moral e satisfação de vida (CONNIDIS E MCMULLIN, 1993). O mais importante é que cada membro da família seja aceito e compreendido como signifiante no sistema familiar (FIELD, 1993).

Até muito recentemente, a figura do denominado “cuidador”⁷ centrava-se quase que exclusivamente nos elementos familiares que se disponibilizavam, voluntariamente ou por exclusiva ausência de outras opções, a atender as demandas emanadas por seus parentes idosos. Frente às diferentes demandas apresentadas,

⁷ O termo “cuidador(es)” é utilizado em gerontologia para se referir aos familiares ou outros indivíduos que prestam auxílio direto ao idoso em suas atividades básicas ²⁶.

estes cuidadores, muitas vezes pertencentes às gerações mais novas, passavam então a atender aqueles que no passado lhes proporcionaram proteção, ajuda e cuidado (MATHEWS e ROSTER, 1998; PERRACINI e FLO, 2009).

Nos últimos 30 anos, muitos estudos e planos tem surgido sobre o histórico e tolerante papel da família como cuidadora de seus membros idosos. Atualmente, nos EUA, as famílias provêm, 80 a 90% dos cuidados aos idosos na comunidade. Numericamente, 2,7 milhões de filhos respondem pelos cuidados de seus pais idosos incapacitados, contudo, muitas esposas, quando existentes, assumem esta função (KARSCH, 1998).

Historicamente o suporte familiar e o cuidado do idoso ou é voluntário ou conjuntural, neste caso em decorrência da inexistência de outras alternativas disponíveis. Usualmente, em nosso meio, era esperado que um filho permanecesse na casa dos pais quando eles envelhecessem. Filhos únicos e mulheres não casadas são particularmente vulneráveis a assumir esta função (BRODY, 1994).

Quando um cuidador está disponível, a carga sobre ele pode ser muito significativa. Esposas idosas freqüentemente encontram-se disponíveis, mas em muitas ocasiões não são fisicamente capazes de atender a demanda constante de cuidados de seus cônjuges. Morbidades físicas e psiquiátricas destes cuidadores tem gerado muitos estudos (SCHULZ, 1995).

É importante que outras opções assistenciais sejam oferecidas às famílias com o objetivo de adequar a assistência às necessidades emanadas pelos idosos. Há, no entanto, poucos estudos que avaliam a efetividade destes serviços. Nielsen et.al.(1996) afirmam que a institucionalização do idoso é decorrente da inexistência de serviços suficientes capazes de assistir as necessidades tanto dos idosos quanto de seus membros familiares. Parece que a maioria das famílias assiste aos idosos pelo maior período de tempo e tão bem quanto possível porém, quando a institucionalização é necessária, os cuidadores alegam terem chegado ao fim de suas capacidades cuidativas relacionadas a seus parentes idosos. O planejamento programado para a manutenção da saúde dos cuidadores e das famílias dos idosos necessitados tem sido freqüentemente negligenciado.

Enquanto instituição social, a família é, segundo nossa Constituição, legalmente reconhecida como responsável pelo provimento dos cuidados necessários a seus membros idosos. Tal conceito é tão presente em nossa sociedade que chega, muitas vezes, a ser inquestionável. Esta situação pode ser com freqüência observada nas práticas hospitalares ou ambulatoriais onde orientações sobre cuidados são fornecidas a elementos familiares sem antes ser verificada a real capacidade desta família, enquanto unidade, ou deste familiar, enquanto

cuidador, em realmente executá-las ou mesmo em compreender o processo de transformação ocorrido na vida do idoso por quem agora é responsável.

Frente às transformações nas estruturas familiares, questionamentos quanto ao impacto causado pela presença de idosos com limitações importantes na dinâmica de funcionamento das famílias bem como das conseqüências disto no equilíbrio da estrutura familiar, passam a ser cada vez mais presentes. Supõe-se que, em condições de disfuncionalidade⁸, as famílias poderiam ter sua capacidade assistencial prejudicada e assim não conseguiriam prover adequadamente o atendimento sistemático das necessidades de cuidados de seus parentes idosos. A capacidade de identificar estas demandas de forma adequada pode estar prejudicada e conseqüentemente o reconhecimento de quais cuidados se fazem necessários e quem pode, mais apropriadamente, realizá-los.

Em algum momento do ciclo vital da família, esta se deparará com a situação de, na presença de idosos em seu contexto, ter de optar por alguma das seguintes alternativas:

- incorporar o idoso à casa de algum dos filhos;
- institucionalizar o idoso;
- deixar o idoso vivendo só;
- disponibilizar alguém da própria família ou contratar uma outra pessoa para cuidar do idoso.

Soma-se a isto o fato de que o idoso não é necessariamente um indivíduo completamente incapaz de decidir sobre seu próprio destino, ao contrário, desde que preservadas suas funções cognitivas, é uma pessoa que manifesta ou pode manifestar suas próprias expectativas frente à vida que lhe resta e tem o direito de fazê-lo. A isso denomina-se “autonomia”.

Em certas circunstâncias o idoso acaba sendo o responsável por denunciar uma problemática familiar existente previamente como a presença de conflitos ou disfunções familiares.

A atuação gerontológica junto ao idoso e seus familiares deve ser compreendida sob diferentes aspectos. Num primeiro momento adotou-se uma atitude, denominada por Pintos (1997) de “gerocentrismo” onde o idoso era o centro da

⁸ Uma família disfuncional é aquela que não cumpre suas funções de acordo com a etapa do ciclo vital que se encontra e em relação às demandas que ocorrem em seu entorno¹².

atenção dos profissionais que o assistiam, geralmente baseados em interpretações biofisiológicas do envelhecimento. Não destacava ou enfatizava a realidade de que este idoso não viveu e nem vive de forma isolada de seu sistema familiar e vice e versa. Estes são, sem dúvida, os pressupostos do desenvolvimento psicofetivo do idoso e de sua família. As intervenções visavam unicamente o bem-estar do idoso sem necessariamente procederem à análise do conjunto tornando-se não eficazes. Infelizmente este modelo ainda se repete em muitos serviços em nosso meio.

Num segundo momento, continua o autor, transferiram os esquemas de atuação já utilizados com crianças, adolescentes e até adultos para as famílias com idosos o que também é comprometedor, pois no caso dos primeiros há uma expectativa de papel já estabelecida e um papel ou lugar já determinado no contexto familiar. A estrutura, na família dos idosos, é elaborada por si mesma e é a responsável pela dinâmica de funcionamento familiar instalada, ou seja, os idosos foram, na maioria das vezes, os protagonistas das estruturas sistêmicas instaladas e agora são os beneficiários ou as vítimas dela. As relações e vinculações aí estabelecidas derivam deles mesmos, isto é, “as relações e reações familiares na velhice correspondem à maneira como se estruturaram funcionalmente” (PINTOS, 1997). É certo que, em algum momento da vida, os idosos acreditaram que suas famílias seriam companheiras e forneceriam o suporte necessário em sua velhice e é quando essa chega, que os mesmos confirmarão ou não tais expectativas. Devemos compreender, então, que a dinâmica do sistema familiar fica afetada com a alteração funcional de um de seus membros e necessita ser reacomodada bem como reacomodar o membro afetado. Isto, com certeza, demandará certo tempo e pode ser considerada uma reação “normal” ou esperada. Por outro lado, quando essa “não acomodação” torna-se crônica vivencia-se uma situação de disfuncionalidade familiar relacionada a seus vínculos onde o sistema fica desorganizado afetando diretamente as possibilidades individuais de resolução das situações apresentadas e vice-versa (o idoso afeta o sistema familiar e esse afeta o idoso) fechando um ciclo que tende a se perpetuar.

Neste contexto, admite-se a família como unidade de diagnóstico e terapia a partir do reconhecimento de que a doença surge no seio da mesma e é diretamente influenciada por sua organização e funcionamento. Enquanto grupo, é ainda responsável pela origem da maioria das necessidades de seus membros (MINUCHIN, 1990b).

A ausência deste tipo de avaliação pode gerar consequências importantes (tais como negligência e/ou maus tratos aos idosos fragilizados) e ainda, a

completa desestruturação do equilíbrio familiar, o que em última análise diminui ainda mais a capacidade de cuidado destinada ao idoso, fechando um ciclo que pode vir a tornar-se infundável (GANONG e COMENAN, 1997).

Isto segundo Moragas (1997) ocorre em virtude das organizações assistenciais buscarem atender as necessidades dos idosos enquanto sujeitos individuais. Embora considerem suas características familiares, as intervenções não costumam ser familiares, não se destinam normalmente ao grupo como um todo e, portanto, muitas vezes, não conseguem auxiliar no reestabelecimento do equilíbrio dessa unidade conhecida como “instituição familiar”. A família, embora vista como um recurso em benefício do indivíduo, ainda fica à margem dos acontecimentos (ANGELO, 1997).

Conforme descrito por Pepin (1992), em decorrência do desenvolvimento das tecnologias assistivas, o cuidar mudou de lugar, passando dos lares para as instituições e tendo por consequência o rompimento do fluxo de conhecimento sobre as experiências assistenciais que passavam de uma geração a outra. O cuidar foi fragmentado entre o domínio profissional e o não profissional comprometendo desta forma a autonomia e a capacidade das famílias em assistir seus membros doentes. As instituições passaram a ser as responsáveis por prover este cuidado de forma profissional.

A assistência à saúde em geral e a destinada aos idosos em especial, vem sendo reformulada. Com o incremento dos programas de atendimento domiciliário, que concentram nesta faixa etária a maior parte de seus clientes, urge deslocar o olhar dos profissionais de um enfoque mais individual para um olhar mais ampliado incluindo a família como um dos objetivos desta assistência (DUARTE e DIOGO, 2000).

Saúde da Família

Segundo Elsen (1994b), o profissional de saúde enfrenta uma controvérsia ao cuidar ou se propor a cuidar de famílias. Esta diz respeito à compreensão da existência ou não de uma saúde familiar como entidade distinta da saúde dos indivíduos, ou seja, a saúde da família não é a somatória da saúde dos indivíduos que a compõe mas sim, possuidora de um “estado de saúde” próprio, único e distinto.

Ao nosso ver faz-se necessário uma definição operacional de família que, compartilhada com os outros elementos da equipe assistencial possa contribuir na objetivação de propostas de ações assistenciais. Esta necessidade é decorrente do fato desta temática suscitar em cada profissional (que também são pessoas)

reflexões acerca de experiências pessoais carregadas de significados cognitivos e afetivos que resultam numa representação própria de família (real ou ideal) baseada em juízos, opiniões, afetos, emoções e expectativas (ALVES, 1994).

Embora muitas sejam as definições existentes, optou-se neste estudo, pela proposta de Whall (1986) para quem *“família é um grupo auto-identificado de dois ou mais indivíduos cuja associação é caracterizada em termos especiais que pode ou não estar relacionado a linhas de sangue ou legais, mas que funcionam de modo a se considerarem uma família”*. Nesta definição podem ser observados os componentes interação, compromisso e afetividade e que são, ao nosso ver, essenciais na compreensão e no desenvolvimento do trabalho envolvendo famílias.

Friedman (1992) relata que saúde da família é mais que a somatória de suas partes, ou seja, é maior que a soma do status de saúde de cada um de seus membros. Relaciona-se mais com o funcionamento e a adaptação familiar.

Hanson e Boyd (1996) definem saúde da família como *“modificações dinâmicas relacionadas ao estado de bem-estar às quais incluem os fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema familiar”*. Tais fatores relacionam-se tanto com os membros familiares quanto com a família enquanto unidade. A saúde de cada membro familiar individualmente afeta o funcionamento da família da mesma forma que o funcionamento da família afeta os membros individualmente. Assim, a avaliação da saúde da família envolve simultaneamente a avaliação dos membros familiares individualmente e da família como um todo.

Elsen (1994b) define a família saudável como *“uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. Atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida”*.

Ângelo (1997) definiu saúde da família “*como a capacidade plena de funcionar como um organismo vivo, refletida em sua capacidade de interagir, em comprometer-se com as demandas do organismo família e em agir em seu benefício*”. O conhecimento da funcionalidade de uma família permite acessar sua dimensão saúde bem como conhecer seus pontos vulneráveis permitindo aos profissionais direcionarem sua assistência de forma a atingirem o seu conjunto.

Parece consenso entre os autores citados que função e funcionamento familiar estão de alguma forma relacionados com a saúde da família. Quando falamos de famílias de idosos devemos lembrar que as funções da família tendem a se modificar para responder às necessidades especiais destes que agora podem estar mais fragilizados. Estas modificações relacionam-se à garantia de satisfação das necessidades físicas e de conforto além de prover suporte emocional ao idoso, manutenção de uma ligação entre a família e a comunidade, a instilação de um senso de significado de vida e o manejo das crises. A dinâmica existente entre os membros familiares pode ter efeitos positivos ou negativos sobre seus membros idosos. Assim, a avaliação da unidade familiar do idoso deve explorar alguns aspectos:

- Como cada membro da família se sente em relação ao idoso e vice-versa?
- Como ocorre a comunicação e interação entre os membros familiares e o idoso?
- Que atitudes, valores e crenças estão presentes nestas relações?
- Que ligações existem entre a unidade familiar e seu entorno?

As relações entre os idosos e seus familiares são influenciadas pelas relações que foram construídas durante toda uma vida e são significativamente importantes na construção de uma rede de suporte e na manutenção de uma família saudável nos anos mais tardios.

A disfunção familiar nas famílias dos idosos pode ocorrer em decorrência do histórico familiar ou em função de eventos mais recentes (divórcio, morte de um membro da família, aumento da dependência do idoso, doença no cuidador, etc). Quando da presença de disfunções familiares, as famílias dos idosos podem:

- ser menos capazes de atender as necessidades físicas, emocionais, sócio-econômicas e espirituais de seus parentes;

- ser muito rígidas em seus papéis, responsabilidades e opiniões;
- ser incapazes ou apresentar má vontade para receber ou obter auxílio de outros;
- apresentar membros com psicopatologias ou distúrbios de conduta;
- ser inexperientes ou ineficazes no manejo das crises;
- ser ineficazes ou inapropriadas em sua comunicação e comportamentos

Frente ao exposto, compreendemos ser cada vez mais necessário na assistência aos idosos a compreensão que estes estão inseridos num contexto familiar em um contínuo processo de interação. A identificação e intervenção nas demandas isoladas dos idosos, sem considerar seu contexto familiar, podem assim, mostrar-se ineficazes. Torna-se então, cada vez mais necessário, a existência de ferramentas que possam facilitar ou auxiliar os profissionais envolvidos na assistência aos idosos a ter uma visão mais globalizada da situação ora apresentada. Para este fim, alguns instrumentos foram desenvolvidos e vem se aperfeiçoando.

Com base no até então exposto, buscamos acessar tais ferramentas de forma a identificar, dentre estas, uma que pudesse ser capaz de auxiliar os profissionais na compreensão da problemática do idoso e de sua família e discorreremos sobre nossos achados a seguir.

Para Herr e Weakland (1979), a família ocupa importante papel na vida do idoso como fator potencializador para manejar os problemas de saúde no envelhecimento. Na avaliação clínica do idoso, continuam os autores, deve ser incluída uma avaliação global, tanto da família nuclear, como da estendida e da modificada. Ainda quanto ao envolvimento familiar, Shanas (1979) e Dabas (1993) apontam a família como o suporte principal para que se evite ou postergar a institucionalização de idosos mais fragilizados.

Apesar de a maior possibilidade dos idosos dependerem do apoio familiar à medida que envelhecem, não é a dependência o principal fator nas relações do idoso-família. O fator preponderante dessa relação é acima de tudo a interdependência; pois, se em muitas ocasiões os idosos recebem ajuda, em outras, provêm assistência e auxílio aos filhos, netos e bisnetos (DOBROF 1997; SHANAS 1979).

APOIO COMUNITÁRIO

Com a diminuição das famílias, fenômeno observado tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, a participação comunitária, por meio dos amigos e vizinhos, é cada vez mais usual como um fator primordial para o desenvolvimento de políticas e programas de atenção ao idoso. Para alguns pesquisadores brasileiros, o cuidado ofertado pela família e comunidade, entendidos como cuidado informal, em parceria com o disponibilizado pelos profissionais, compreendido como cuidado formal, constituem importante suporte aos idosos mais dependentes (NÉRI 2001; PERRACINI e col, 2002; Karsch 2003; SAYEG e MESQUITA 2002).

As ações desencadeadas por essa parceria se efetivam por meio de orientações, esclarecimentos e informações, que viabilizam propostas terapêuticas direcionadas à promoção de saúde do idoso, objetivando sua permanência na comunidade. Sem o apoio formal, essa rede informal de apoio ou de suporte social sente-se desamparada, sem condições de responder às demandas necessárias. É importante ressaltar que, como o processo de envelhecimento não é uniforme, os indivíduos podem atingir idades avançadas com boas condições de saúde, com diferentes demandas à sua rede de suporte social, que não seja para a prestação de cuidados (DOMINGUES 2000; LEMOS e MEDEIROS 2002).

Para atender às várias demandas do idoso, do mais dependente, ao independente, a Organização Panamericana de Saúde na 25ª Conferência Sanitária em 1998, recomendou três programas de atenção ao idoso, com os seguintes objetivos:

- envolvimento com a comunidade para evitar a institucionalização de pessoas debilitadas;
- incentivo à atenção primária de saúde, evitando a hospitalização;
- programas que estimulem a autonomia para os idosos, OPAS (1998).

AMIGOS

Segundo Erbolato (2002), a categoria “*amigos*” pode ser definida como: relacionamentos voluntários, predominantemente entre iguais, resultado do livre-arbítrio, escolhe-se a quem dar e de quem receber afeição, sem obrigatoriedade. São escolhidos com base em semelhanças entre as pessoas (gênero, etnia, *status*,

escolaridade e faixa etária) e por apresentarem atributos considerados desejáveis como lealdade, confiança, valores e interesses comuns.

Para Kickbusch (1995), amigos são “*peessoas que mantêm relações afetivas que podem predispor a vários tipos de assistência: companhia, compartilhar confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas*”.

Quanto às funções desempenhadas, nota-se uma diferença entre as realizadas por familiares e pelos amigos. Estes, mais frequentemente, desempenham um papel pequeno na ajuda ao idoso mais fragilizado, incidindo a maior demanda de cuidados relativos aos cuidados pessoais à família, principalmente às filhas (KARSCH 2003, 1998). Os amigos costumam, mais corriqueiramente, executar atividades instrumentais tais como fazer compras, auxiliar nas atividades domésticas ou fazer companhia (AYÉNDEZ 1994; DOMINGUES 2000).

Segundo Erbolato, isso se deve a dois fatores:

- os amigos geralmente são contemporâneos, apresentando, muitas vezes, as mesmas dificuldades ou limitações, o que dificulta a provisão de cuidados;
- na amizade tudo é voluntário, não havendo assim nenhum caráter de obrigação, como nos vínculos familiares. A provisão fornecida é, portanto, sempre facultativa. Apesar dessas limitações, os amigos representam um vínculo extremamente significativo para o idoso, no que tange à manutenção de sentimentos de bem-estar, diminuindo a solidão e promovendo interação” (ERBOLATO 2002).

VIZINHOS

Com a diminuição das famílias, os amigos, os vizinhos e as demais pessoas da comunidade constituem uma rede eficiente e ativa, funcionando como um dos pilares da rede de suporte social do indivíduo. Por toda sua importância, como instância que pode facilitar a permanência do idoso no seu meio, essa rede deve ser valorizada e mobilizada, pois é a base dos programas de Prevenção e Promoção de um envelhecimento saudável (OPAS 1998; OPAS 2002).

As relações estabelecidas com os vizinhos podem limitar-se à assistência para serviços ou apoio instrumental, não necessariamente de caráter afetivo, como na amizade (AYÉNDEZ 1994).

Segundo Erbolato (2002), “*são relacionamentos marcados pela proximidade geográfica e contato frequente, duas características que podem ser associadas à*

provisão de auxílio, de informações e de pequenas tarefas, muitas vezes imprescindíveis para aqueles que têm mobilidade limitada”.

REDE DE SUPORTE SOCIAL

Os conceitos de cibernética e posteriormente de teoria sistêmica foram os grandes alicerces para o estudo das redes de relações. Tais redes podem ser entendidas como os vínculos construídos ao longo da vida, nos quais podem imperar o aspecto afetivo, retributivo ou de obrigação (SLUZKI 1997; RAPIZO 1998; SEIXAS 1992).

Outro termo utilizado para conceituar esse fenômeno é o “*Comboio Social*”, definido como “*o conjunto organizado de integrantes de uma rede de relações, que fornece ao indivíduo o apoio e o suporte necessários para enfrentar as adversidades da vida, formando, portanto, um comboio*” (Erbolato 2002). À medida que o indivíduo envelhece, o mesmo ocorre com os que o rodeiam, tanto nas relações familiares, quanto nas comunitárias, havendo, desse modo, um envelhecimento estrutural de sua rede de relacionamentos. Nessa perspectiva, há uma tendência a se evitar o estigma de idoso-problema, pois, entende-se o envelhecimento como um fato que acomete todo o núcleo relacional do indivíduo pois todos envelhecem juntos. A rede possui, dessa maneira, uma característica jovem, madura ou envelhecida, de acordo com a idade, os papéis sociais desempenhados e as demandas de seus componentes (PINTOS, 1997).

Segundo Sluzki (1997), rede de suporte social, é “*o conjunto de pessoas significativas para o indivíduo, que o distingue da massa anônima da sociedade*”. Para Néri (2001), é “*o conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber*”. Essa rede, continua a autora, existe ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo, atendendo à motivação básica do ser humano de interação. No envelhecimento, porém, essa rede tende a se contrair em decorrência de dois fatores: morte de seus componentes e diminuição de oportunidades para efetivar novos contatos. Mesmo assim, os vínculos que se mantêm são de grande intensidade, tornando sua atuação bastante efetiva (SLUZKI 1997; CARSTENSEN 1995).

O apoio comunitário e familiar, sistema informal de suporte social, articulado com os profissionais de saúde, sistema formal de atenção, constituem um recurso ímpar para a qualidade da atenção ao idoso (NERI 2001). Conhecer esse elenco de relações, identificá-lo, valorizá-lo e mobilizá-lo é, portanto, de suma importância. Para tanto, faz-se mister a aplicação de **instrumentos** capazes de avaliá-la, dando-lhe visibilidade e identificando seu potencial assistivo.

Dois instrumentos foram traduzidos, adaptados e validados em nosso meio buscando atender a essa demanda:

- Family APGAR traduzido para APGAR de Família
- Mapa Mínimo de Relações

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL

APGAR DE FAMÍLIA

Com o objetivo de dimensionar a funcionalidade das famílias alguns profissionais vêm desenvolvendo escalas com a proposta de avaliar a dinâmica de funcionamento de uma família para, a partir deste dado, intervir de maneira a auxiliar o restabelecimento do equilíbrio desta unidade de relações, quando uma disfunção for detectada (SAWIN e HARRIGAN, 1995; SMILKSTEIN, 1978; SMILKSTEIN et al, 1982).

Em 1978, Smilkstein desenvolveu um teste de “*screening*” sobre o funcionamento familiar no cuidado de pacientes e familiares a partir da avaliação, desse contexto utilizando cinco questões simples abordando a satisfação dos membros da família em cinco dimensões essenciais da funcionalidade familiar. Essa escala de avaliação da dinâmica de funcionamento familiar foi denominada “**Family APGAR**” e, segundo o autor, permite, mensurar a satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família. Estes componentes, relacionados à função da família enquanto unidade de relações, são: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva.

O “**Family APGAR**” de Smilkstein (1978, 1992) baseia-se em um modelo de sistemas que relaciona estresse e adaptações, em um ou mais membros da família nele definida como um grupo psicossocial constituído pelo paciente¹ e uma ou mais pessoas, crianças ou adultos, entre os quais existe um comprometimento mútuo de retroalimentação e sustentação das relações. A função familiar refere-se à maneira pela qual essa família é vista por seus membros no atendimento deste compromisso.

O instrumento segundo seu autor (SMILKSTEIN, 1992) permite identificar a a família como um recurso psicossocial (escore elevado) ou um suporte social deficitário e possível fator estressor (escore baixo). A percepção do indivíduo da eficácia e da qualidade deste recurso influenciará significativamente seu estado de saúde.

As cinco dimensões avaliadas pelo instrumento representam os temas mais comuns encontrados na literatura das ciências sociais direcionadas às questões de família (SMILKSTEIN, 1992). Sua denominação representa um acrônimo derivado de:

A = *Adaptation* (Adaptação): Representa a satisfação do elemento da família avaliado em relação à assistência recebida quando recursos familiares são necessários. Define-se como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família quando da ocorrência de uma situação de estresse familiar;

P = *Partnership* (Companheirismo): Compreendido como a satisfação do elemento da família avaliado com a reciprocidade nas comunicações familiares e com a solução de problemas apresentado. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e unidos.

G = *Growth* (desenvolvimento): Representa a satisfação do elemento da família avaliado com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis, demonstra maturidade e desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar obtidos por meio do desenvolvimento, apoio, auxílio e orientações mútuas.

A = *Affection* (Afetividade): Indica a satisfação do elemento da família avaliado com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar.

¹ O termo “paciente” é utilizado pelo autor em seu artigo original. Neste momento, em virtude de estarmos descrevendo o instrumento ora em estudo, buscamos ser fiéis à descrição original.

Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva existente entre os membros da família.

R = *Resolve* (Capacidade resolutiva): Representa a satisfação do elemento da família avaliado com o tempo compartilhado entre eles. Por definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de se dedicarem uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo. Geralmente envolve o tempo e espaço compartilhados, divisão de bens materiais e prosperidade conjunta. Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.

Estas cinco dimensões foram selecionadas por representarem os parâmetros pelos quais a saúde funcional de uma família pode ser mensurada. Esta decisão empírica permitiu o desenvolvimento de um paradigma da função familiar que pode ser comparado ao funcionamento do corpo humano onde cada componente tem uma função que está interrelacionada com o todo. A família saudável é a que demonstra a integridade destes componentes por representar sua unidade de sustentação e alimentação.

O termo **APGAR** é universalmente conhecido no cuidado à saúde por sua utilização na determinação do *status* de saúde de recém-nascidos sendo seu resultado expresso por um valor numérico. Analogamente, o “Family APGAR” de Smilkstein, permite a avaliação dos domínios citados por meio de cinco questões simples às quais são atribuídos escores que, ao final, são somados resultando num escore total cuja representação numérica relaciona-se diretamente a uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta disfuncionalidade).

O “Family APGAR” de Smilkstein, foi publicado pela primeira vez em 1978 no “Journal Family Practice”(1978). Desde então, foi utilizado em diferentes contextos. Foi realizado um levantamento no Medline desde o ano da primeira publicação do instrumento até o desenvolvimento desse estudo, sendo encontrados 76 artigos referentes à utilização do instrumento em diferentes contextos.

Smilkstein, Ashworth e Montano (1982) publicaram os dados relacionados às propriedades psicométricas do “Family APGAR” como um teste para avaliar a função familiar. A fidedignidade ou confiabilidade do instrumento foi verificada inicialmente pela análise de sua estabilidade. A repetibilidade, obteve o resulta-

do de $r=0,83$ demonstrando estabilidade do instrumento. Para o autor, o “Family APGAR” operacionaliza cinco diferentes constructos com itens individuais de medida. Assim sendo, poder-se-ia esperar que o referido instrumento não apresentasse consistência interna uma vez que os membros familiares poderiam demonstrar satisfação com um aspecto e não com outro. No entanto, obteve-se um alfa de Cronbach da ordem de 0,80, ou seja, o instrumento apresentava uma adequada consistência interna, concluindo-se ser este um instrumento confiável na mensuração do fenômeno proposto.

Os resultados obtidos permitiram ainda concluir que o instrumento é, na realidade, uma medida unidimensional de satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar. No processo de desenvolvimento do instrumento utilizaram-se duas versões, a primeira com três opções de resposta e a segunda com cinco opções. O aumento do número de opções de resposta elevou a média do escore padronizado, os coeficientes de confiabilidade e a correlação item-total. A partir destes resultados, o autor recomenda a utilização do instrumento, no formato três opções, para uso clínico e, para pesquisa, no formato cinco opções².

Para a validação do instrumento, o autor utilizou neste estudo a validade de critério, com base na validade concorrente. Esta foi verificada correlacionando-o com outros instrumentos de medida de funcionamento da dinâmica familiar. Os resultados obtidos demonstraram que ele possui uma correlação elevada com o Pless-Satterwhites Family Functioning Index ($r=0,80$); com estimativas apresentadas por terapeutas familiares ($r=0,64$) e na correlação entre casais ($r=0,67$). O instrumento foi também correlacionado com o Feetham Family Functioning Scale (FACES) e com o Hudson’s Family Relations Scale apresentando resultados cuja correlação variou de moderada a elevada (0,48 a 0,70). A validade discriminante foi obtida no estudo original do “Family APGAR” que comparava estudantes bem e mal ajustados. Os resultados obtidos foram estatisticamente significantes em todas as cinco opções de resposta bem como no escore total (SMILKSTEIN et al, 1982).

Smilkstein et.al. em 1984, publicaram estudo analisando a validade preditiva do instrumento realizado com gestantes de alto risco. Os resultados obtidos mostraram que baixos escores do APGAR eram capazes de predizer complicações pós-parto.

Ramsey, Abell e Baker (1986) desenvolveram um estudo prospectivo para avaliar a relação do funcionamento familiar, da estrutura familiar e os eventos de vida e sua resposta na gestação analisando o tempo médio da mesma e o

peso do bebê ao nascer. Variações percentuais significativas foram encontradas com a aplicação dos diferentes instrumentos utilizados. Posteriormente, os autores concluíram que o funcionamento familiar anormal (medido com o “Family APGAR”) provou ser um contribuinte poderoso e significante para explicar as variações encontradas.

Hilliard, Gjerde e Parker(1986) utilizaram conjuntamente o “Family APGAR” e o “Personal Inventory” para identificar pacientes com distresse psicológico. Os resultados obtidos mostraram que a utilização conjunta dos instrumentos é mais efetiva na identificação da presença do fenômeno em estudo quando comparada com a identificação do mesmo a partir unicamente da utilização da prática clínica.

Cardenas et.al.(1987) desenvolveram um estudo randomizado com 385 pacientes diabéticos considerando que a função familiar era diferente entre os pacientes de acordo com seu nível de controle da doença. Os resultados obtidos mostraram que escores elevados (boa funcionalidade familiar) foram obtidos em 92% daqueles que apresentavam um bom controle da doença, 66% daqueles com controle favorável e em somente 50% daqueles com controle ruim. Estes resultados relacionaram o nível de funcionamento familiar e o controle do diabetes. Estudos posteriores (KONEN et al, 1993; YANG, 1994) confirmaram estes resultados.

Shapiro, Neinstein e Rabinovitz (1987) correlacionaram o APGAR de Família com comportamento suicida e presença de problemas familiares em 85 adolescentes atendidos em um Centro de Saúde do Adolescente. Verificaram que o instrumento apresentava escores muito baixos entre os jovens que apresentavam problemas físicos, mentais e familiares e entre aqueles que residiam nos denominados “lares assistidos”. O instrumento foi validado como um adequado teste de “*screening*” para esta faixa etária da população.

Foulke et.al.(1988) correlacionaram percepção materna da funcionalidade familiar com a necessidade de atendimento médico nos primeiros quinze meses de vida da criança. Verificaram que escores baixos do APGAR de Família estavam significativamente associados com o aumento do número de visitas médicas em especial para o atendimento de doenças respiratórias e otite média.

Considerando que o instrumento original tem seu uso recomendado para indivíduos a partir de 10 anos de idade, em 1989 foram desenvolvidos estudos para adapta-lo às crianças de menor idade ou por aquelas que apresentavam dificuldades de aprendizado. A estrutura original foi mantida, mas os itens foram simplificados. Os resultados obtidos na comparação entre o instrumento original

e o adaptado, no primeiro estudo, mostraram uma consistência interna da ordem de 0,71 e 0,68 e no segundo 0,70. Os autores concluíram que o instrumento adaptado permite uma melhor avaliação do funcionamento familiar por crianças menores de 10 anos (AUSTIN e HUBRTY, 1989).

Clover et.al.(1989) desenvolveram um estudo prospectivo relacionando funcionalidade familiar e infecção (influenza B) e concluíram que a disfunção familiar pode induzir a alterações na resposta imune podendo aumentar a suscetibilidade à ocorrência de infecção.

Gilliss et.al(1990) correlacionaram, através de um ensaio clínico randomizado, a funcionalidade familiar e as intervenções de enfermagem considerando ser essa um recurso familiar adicional em 67 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e seus cônjuges. Aplicado em dois momentos (aos três e aos seis meses de acompanhamento, pós-alta hospitalar) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, no entanto, todos os escores elevaram-se aos seis meses. Outros estudos desenvolvidos junto à pacientes cardíacos e suas esposas demonstraram que a avaliação da função familiar e do status emocional de ambos são fundamentais. Baixos níveis de satisfação com a função familiar indicam alto risco de distresse emocional (HILBERT 1993, 1994).

Leavitt (1990) desenvolveu um estudo com 21 pacientes com problemas vasculares importantes e seus respectivos cônjuges, buscando correlacionar funcionalidade familiar e o “coping” relacionado à cirurgia vascular ao seu período pós-operatório. Os participantes do estudo foram entrevistados antes da alta hospitalar, 72 horas após e posteriormente na segunda, quarta e décima segunda semana. Os resultados obtidos demonstraram escores mais baixos entre os companheiros dos pacientes na primeira e segunda aplicação. Neste estudo também foram feitas questões abertas buscando verificar os dados qualitativos relacionados à questão. Os resultados indicaram maior sofrimento do cuidador na acomodação às necessidades dos pacientes.

Chung (1990) desenvolveu um estudo junto a 451 jovens adultos da República da Coreia onde buscava analisar os fatores que afetam a função familiar. As variáveis significantes entre as características gerais que influenciaram a função familiar foram idade, sexo, estado civil, nível educacional e atividade laborativa e entre as características familiares, o ciclo de vida familiar, a utilização dos recursos familiares e a qualidade das relações familiares.

Em 1991, o “Family APGAR” foi levado à Tailândia por Chau et.al., adaptado e validado demonstrando ser um instrumento simples e útil para “screening” de disfunção familiar na prática clínica.

Smith et.al.(1991) estudaram a adaptação dos cuidadores para cuidar de adultos em ventilação assistida em domicílio. Não foram observadas diferenças entre os escores de pacientes e cuidadores, no entanto, a satisfação familiar registrada pelo segundo diminuiu com o tempo. Dados qualitativos demonstraram que os cuidadores se sentiam oprimidos com a responsabilidade de cuidar dos pacientes.

Tishelman, Taube e Sacks (1991) correlacionaram sintomas de distresse, senso de congruência e funcionalidade familiar em pacientes com câncer em Estocolmo. Os resultados obtidos demonstraram que a funcionalidade familiar, quando relacionada a outras variáveis psicológicas, explica o significativo aumento na variância dos sintomas.

Sprusinska e Makowska(1992) e Sprusinska(1994) desenvolveram estudos na Polônia onde buscavam relacionar o suporte social com o estresse e o status de saúde por meio da percepção de mulheres polonesas, utilizando o “Family APGAR”. Os resultados mostraram que os quadros apresentados pelas mulheres eram significativamente diferentes em relação aos grupos ocupacionais aos quais estavam relacionadas bem como, o nível de suporte social com o estresse global - altos níveis de suporte com baixos níveis de estresse - e que estes constituíam uma barreira para a ocorrência de distúrbios relacionados à saúde mental.

Chang, Wang e Liu (1993) pesquisaram a presença de distúrbios psicológicos e disfuncionalidade familiar em trabalhadores com horários de atividades laborativas distintas (trabalhadores diurnos e trabalhadores com rodízio de horário). Os resultados mostraram que trabalhadores diurnos tinham um sono qualitativa e quantitativamente menor que os que trabalhavam por rodízio e estes apresentavam mais distúrbios psicológicos e disfunções familiares quando comparados aos anteriores.

Lee et.al.(1993) estudaram a correlação entre a função familiar e a resposta ao tratamento de tuberculose entre 397 pacientes com doença ativa em Hong Kong, Tailândia. Os resultados obtidos foram estatisticamente significativos e demonstraram que altos escores no “Family APGAR” estavam correlacionados com a possibilidade de terminar o tratamento enquanto escores baixos relacionavam-se com provável abandono do mesmo.

Woods, Haberman e Packard (1995) desenvolveram um estudo correlacionando o “Family APGAR” com outros instrumentos como o FACES e o DOILL (Demands of Illness) junto a 125 mulheres participantes de um estudo sobre o impacto da doença na família. Os resultados demonstraram uma associação entre os dois primeiros e o terceiro ($r=-0,32$ e $-0,39$). O APGAR

apresentou uma baixa, mas significativa correlação com demandas pessoais (auto-imagem $r = -0,16$ e auto estima $r = -0,29$). As mulheres com mais demandas relacionadas diretamente às doenças apresentavam maiores índices de depressão. As mulheres com sintomas persistentes apresentavam maior risco de respostas negativas.

De La Revilla et.al.(1994) estudaram a percepção de saúde, apoio social e função familiar em 58 portadores assintomáticos do vírus HIV em dois serviços de saúde de Granada, Espanha. Verificaram que os pacientes apresentam uma percepção de saúde pobre que eles atribuíram à natureza da doença. Foi detectado um baixo nível de suporte social associado com estresse que, segundo os autores, estava correlacionado com a origem da disfunção familiar detectada em 46% da amostra. A partir destes resultados, os autores recomendaram ações de nível individual, familiar e comunitário com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, sua estrutura de suporte social e restauração do equilíbrio da função familiar.

O “Family APGAR” também tem sido utilizado tanto nos Estados Unidos (RECORDS, 1994) quanto no Chile (BURROWS, 1995) em estudos desenvolvidos junto a adolescentes grávidas. Os resultados demonstram que baixos índices de funcionalidade familiar estão associados ao maior risco de gravidez na adolescência bem como com o desequilíbrio familiar até pelo menos dois anos após o nascimento da criança.

Friedermann (1996) investigou a percepção do funcionamento familiar por alcoólatras em um programa de reabilitação e seus familiares em três momentos do tratamento (começo, meio e fim) e verificou que os familiares modificaram suas percepções mais acentuadamente (e de forma mais positiva) que os pacientes e estas foram mais pronunciadas na segunda e na terceira aplicação respectivamente o que reforçou a importância do ALANON³ no fortalecimento familiar.

O APGAR de Família foi submetido à tradução, validação e análise de confiabilidade na Espanha (BELLON SAAMENO, 1996). Os resultados obtidos demonstraram que o instrumento é estável e confiável (Correlação item-escala = 0,61 e 0,71, alfa de Cronbach = 0,84 sendo que nenhum dos itens precisou ser retirado). Posteriormente o instrumento foi utilizado em outros dois estudos no mesmo país (RODRIGUEZ et al, 1996; 1997), em um como padrão ouro (BELLON SAAMENO, 1996b) e em outro verificando a relação entre ansiedade e dinâmica familiar (MONTALBAN SANCHEZ, 1998).

³ O ALANON é uma associação internacional ligada ao AA (Alcoólatras Anônimos) que busca dar apoio aos familiares de pacientes alcoólatras.

O “Family APGAR” foi utilizado na avaliação de disfunção familiar de pacientes com problemas respiratórios. Miles et.al. (1997) verificaram que o nível de suporte familiar tende a ser menor em pacientes com asma instável. Sato et.al. (1997) examinando pacientes em oxigenioterapia domiciliar e seus cuidadores verificaram que os escores do APGAR são significativamente mais baixos nos cuidadores e que a presença destes é muito importante para a diminuição da depressão dos pacientes.

O único trabalho encontrado, antes da validação em nosso meio, que utilizou o instrumento em estudo (“Family APGAR”) junto à população de idosos, foi desenvolvido por Garcia Lozano et.al.(2000) e buscava verificar a correlação entre depressão e dinâmica familiar. Os resultados demonstraram uma correlação altamente significativa as duas variáveis. Dados os resultados, os autores consideraram de vital importância a avaliação do contexto familiar do idoso que apresentar sintomas depressivos quando de sua avaliação em serviços de atenção primária.

O “Family APGAR”, como pode ser verificado, vem sendo utilizado por profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, em diferentes países auxiliando-os na verificação da percepção dos clientes sobre suas famílias como um recurso ou como um fator estressor (SMILKSTEIN, 1992; SAWIN e HARRIGAN, 1995). A habilidade das famílias em se adaptarem ou enfrentarem uma crise depende muito de seus recursos. O profissional de saúde que desejar dar suporte terapêutico ou fazer uma referência apropriada à disfunção da família necessitará ajudar os membros da família a identificarem e acessarem seus recursos. Os maiores recursos familiares são o social, cultural, religioso, econômico, educacional e médico. O acrônimo SCREEM serve para lembrar tais recursos. Estes são considerados efetivos na família quando as seguintes condições são encontradas:

- a) Interação Social é evidente entre membros familiares. Membros familiares tem um equilíbrio de comunicação com áreas de interação social extra-familiar tais como amigos, grupos esportivos, clubes e outras organizações comunitárias;
- b) Valorização ou satisfação Cultural podem ser identificados especialmente em grupos étnicos distintos;
- c) Religião oferece experiências de satisfação espiritual bem como contatos com grupo de suporte extra-familiar

- d) Estabilidade Econômica é suficiente para prover ambos, razoável satisfação com o status financeiro e a habilidade de encontrar recursos econômicos para atender a eventos normais de vida;
- e) Educação dos membros da família é adequada para permitir aos membros solucionar ou compreender a maioria dos problemas que surgem com a formação do estilo de vida estabelecido pela família;
- f) Cuidados Médicos estão disponíveis através de canais que são facilmente estabelecidos e tenham sido satisfatoriamente experienciados.

Considera-se a inadequação dos vários recursos familiares quando as seguintes condições estiverem presentes:

- a) Social: a família é socialmente isolada de grupos extra-familiares. Se a ajuda extra-familiar é requerida esta é incapaz de identificar quem desenvolverá esta assistência. O outro lado do espectro da atividade social é o excesso de atividades sociais. Sobre estas circunstâncias os membros familiares são tão envolvidos com atividades fora de casa que estão dissociados de si mesmos como família e podem não estar disponíveis como recursos em momentos em que a família necessita.
- b) Cultural: a família tem sentimentos de inferioridade cultural étnica ou vergonha, frequentemente como consequência de terem sido submetidos a anos de guetização bem como discriminação vocacional e educacional.
- c) Religião: Dogmas e rituais são às vezes, tão rígidos que limitam a capacidade da família na solução de problemas. O profissional de saúde precisa considerar as questões éticas quando uma crise envolve crenças religiosas. Por outro lado, pessoas com muitas atividades religiosas podem ter recursos limitados para atender seus familiares.
- d) Economia: Problemas financeiros podem fazer com que a família encontre dificuldades para atender as demandas monetárias na crise. O profissional de saúde precisa estar atento à habilidade ou inabilidade da família em encontrar os recursos econômicos para atender qualquer planejamento traçado. Se o plano terapêutico, embora ideal para o problema for economicamente inapropriado, será um fracasso.

- e) Educacional: Desvantagens instrucionais limitam a habilidade dos membros da família em compreender o problema ou recomendar soluções. O profissional de saúde pode explicar à família a natureza do problema e sua solução. Os membros da família podem não se considerar recursos na solução do problema.
- f) Cuidado Médico: a família pode não ter estabelecidas linhas de cuidado médico ou, é incapaz de usar as vantagens do cuidado à saúde a que tem direito para resolver alguns de seus problemas tais como má vontade para cuidar de doenças, recursos financeiros inadequados, barreiras de linguagem, ausência de transporte, recusa de cuidado pelo cuidador local, doenças recorrentes ou crônicas que esgotam as reservas familiares.

Estas informações vêm auxiliando na compreensão das respostas apresentadas pelas pessoas aos seus problemas de saúde e têm colaborado com profissionais e com membros familiares na identificação de problemas relacionados à dinâmica de funcionamento familiar tornando-os administráveis sem maiores danos, quer ao cliente, quer à própria estrutura familiar.

O “Family APGAR” representa o primeiro de uma série desenvolvida pelo autor. Seguiu-se a ele o APGAR de amigos, o APGAR no trabalho e por último, uma adaptação do original para crianças menores de 10 anos, uma vez que a utilização do instrumento em sua forma primeira é recomendada para pessoas a partir desta idade.

Três situações específicas, onde informações sobre o estado funcional da família são essenciais, foram assim descritas pelo autor (SMILKSTEIN 1978, 1982, 1984):

- 1) A informação sobre a dinâmica de funcionamento familiar é necessária quando a família for envolvida no cuidado do cliente. Todas as doenças ou injúrias desenvolvem de alguma forma estresse familiar. A compreensão da dinâmica de funcionamento familiar é necessária quando os profissionais de saúde desejam envolver a família no cuidado de seu cliente. Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudança de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e assim pode requerer intervenções apropriadas e urgentes;

- 2) Dados da dinâmica de funcionamento familiar são necessários quando da avaliação de novos pacientes permitindo assim, a ampliação do espectro de visão da problemática ora apresentada. Permite a compreensão dos mesmos como elementos de uma unidade de relações organizada estruturalmente de determinada forma. Isto permite também ampliar a dimensão do cuidado à saúde do cliente e direcionar as condutas de formas diversas;
- 3) As informações sobre a dinâmica de funcionamento familiar são necessárias quando os profissionais de saúde estão envolvidos na administração das dificuldades familiares em lidar com os problemas apresentados pelo paciente. Quando o paciente relata uma crise familiar, isto frequentemente indica que os recursos familiares disponíveis estão inadequados para responder às necessidades apresentadas. Nestas situações, o “Family APGAR” pode auxiliar na identificação das áreas fragilizadas ou vulneráveis do contexto familiar que podem estar interferindo com a habilidade dos membros desta família em identificar ou utilizar seus recursos.

Estas situações são frequentemente observadas no atendimento de idosos fragilizados e/ou dependentes e este instrumento pareceu-nos útil no reconhecimento da dinâmica de funcionamento familiar deles permitindo a detecção de disfunções e possibilitando a intervenção precoce na busca do reequilíbrio desta estrutura de relações e conseqüentemente na melhoria da qualidade assistencial prestada ao idoso.

Este dado associado a já descrita ausência de instrumentos em âmbito nacional que busquem identificar disfunções familiares considerando ser o conhecimento destas, de fundamental importância para a adequação assistencial da pessoa idosa, foram os principais fatores que me motivaram ao desenvolvimento de sua tradução, adaptação e validação em nosso meio.

MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES

Para avaliar o suporte social recebido pelo indivíduo, além dos questionários e escalas, dispõe-se de um instrumento gráfico denominado de Mapa Mínimo de Relações, que identifica os relacionamentos significativos para o indivíduo, delimitando sua rede de suporte social (Sluzki 1997). Tal instrumento foi concebido por Carlos Sluzki, médico psiquiatra, argentino, radicado nos Estados Unidos. Sua grande vantagem em relação aos outros tipos de instrumento de avaliação social deve-se ao fato de ser um instrumento gráfico. Tal atributo lhe permite a

fácil identificação e visualização dos vínculos significativos mencionados. Outra vantagem em relação aos demais é poder ser aplicado por qualquer profissional de equipe multidisciplinar, desde que capacitado para tanto, sendo a sua utilização, por esses motivos, extremamente pertinente para Saúde Pública.

Para o ajustamento do instrumento à população idosa, ele foi adaptado por (Domingues 2000), tendo para tanto a autorização do autor (Anexo 1).

O princípio fundamental de um mapa mínimo é a sociometria, área de pesquisa da psicologia social desenvolvida por Jacob Levi Moreno. Esse pesquisador cunhou o conceito de psicologia geográfica com o propósito de esboçar um mapa de relações – do tipo “quem conhece quem” – para ser aplicado a grupos e comunidades. A expressão dos dados coletados é apresentada por meio de um mapa de relações, ou seja, de um sociograma. Nele os relacionamentos significativos são dispostos em vários círculos que simbolizam os diversos graus de proximidade de relacionamento (Moreno 1967; Sluzki 1997; Gil 1995).

Para que se configure um mapa de relações, dois conceitos são fundamentais: a proximidade do relacionamento, segundo a percepção do pesquisado, e a frequência com que o contato ocorre.

O conceito de proximidade de relacionamento tem uma característica eminentemente qualitativa, preponderando os aspectos afetivos que envolvem seu estabelecimento (Kahn e Antonucci 1980, citados por Néri 2002, p. 111).

Segundo Dobrof (1997), pesquisadora americana, tal proximidade promove a intimidade à distância entre o conjunto da rede de relações. Quanto a esse aspecto, a autora faz a seguinte colocação:

“...mesmo quando os pais idosos e seus filhos estão geograficamente distantes, o contato é mantido através de telefonemas regulares e frequentemente, cartas, presentes e visitas periódicas; e, além disso, embora a distância física realmente impeça a disponibilidade destes filhos e de suas famílias no dia-a-dia das pessoas idosas, ainda se pode contar com eles para certos tipos de assistência” (Dobrof 1997, p.55).

Já a frequência de contatos permite identificar o aspecto instrumental do vínculo estabelecido. A efetivação do apoio recebido. Essa avaliação é sobremaneira importante na análise da rede de relações dos idosos, principalmente daqueles cuja capacidade funcional encontra-se diminuída, requerendo auxílio para atividades cotidianas (Roles, Curiel, Garcia, Coles, Medrano e Gonzalez 2000). Segundo Bowling, a percepção do apoio social, mensurada pela frequência de contatos, está diretamente relacionada ao grau com que as relações

interpessoais correspondem a certas funções, ou seja, diz respeito aos recursos disponibilizados em situação de necessidade (Bowling 1997; Due e cols. 1999; Griep, Cohr, Faerstein e Lopes 2003).

MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES DO IDOSO: INSTRUMENTO ADAPTADO

Realizou-se na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2000) uma pesquisa visando adaptar o Mapa Mínimo de Relações, para identificar a Rede de Suporte Social do Idoso (RSSI). Tal instrumento, denominado de Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) tem por objetivo identificar a composição, a proximidade das relações e as funções desempenhadas pelos componentes dessa rede (Domingues 2000).

No instrumento original, Sluzki propõe perguntas para avaliar aspectos afetivos das relações, sendo o registro das respostas efetuado pela marcação de um ponto, no quadrante da relação mencionada, associado ao círculo que denota maior ou menor proximidade do indivíduo.

Na adaptação do instrumento várias modificações foram realizadas, principalmente quanto às perguntas formuladas e forma de registrar as respostas no mapa mínimo de relações.

Quanto às perguntas, os ajustes efetuados exigiram a formulação de questões objetivas relativas às atividades cotidianas executadas pelo idoso, que são registradas no MMRI, no quadrante que identifica um dos quatro tipos de relacionamento pesquisados: amigos, família, relações com a comunidade e relações com o sistema de saúde, e no círculo que denota a proximidade de relacionamento.

Já, para o registro das respostas no MMRI, a adaptação se deu pela elaboração de abreviações para identificar as relações desenvolvidas nos quadrantes de relações familiares e comunitárias. Tais adaptações foram realizadas para que fosse possível distinguir os graus de parentesco referente às relações familiares e os recursos comunitários mais usuais, percebidos como significativos. Segundo Domingues (2000), as adaptações foram necessárias, pela diversidade desses relacionamentos, sendo de extrema importância para o planejamento da intervenção assistencial ao idoso, principalmente àquele mais fragilizado.

Nos demais quadrantes a forma de registro de resposta não sofreu alteração, seguindo o efetuado no instrumento original.

Quanto ao instrumento gráfico, mapa mínimo de relações, a única alteração realizada foi a inserção de um quadrante para identificar as relações significativas

desenvolvidas com os profissionais de saúde, substituindo o quadrante formulado por Sluzki para registrar as relações desenvolvidas em ambiente de trabalho. No MMRI, essas relações são entendidas e registradas, no quadrante de amigos.

No quadro abaixo apresentamos a comparação do Mapa Mínimo de Relações original formulado por Sluzki ao adaptado por Domingues (2000), descrevendo os aspectos relevantes das alterações formuladas, bem como as justificativas para tais mudanças. Posteriormente, apresentamos também, os instrumentos gráficos, original (fig. A) e adaptado (fig. B).

<p align="center">Mapa Mínimo Original (Sluzki 1997)</p>	<p align="center">Mapa Mínimo Adaptado (Domingues 2000)</p>
<p>Características estruturais:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tamanho – composição – densidade – proximidade de relacionamento – homogeneidade ou heterogeneidade <p>Características funcionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> – companhia social – apoio emocional – guia cognitivo e de conselhos – regulação social – ajuda material e de serviços 	<p>Características estruturais:</p> <ul style="list-style-type: none"> – mantida – mantida – não pesquisada – mantida – não pesquisada <p>Características funcionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> – mantida – não pesquisada – não pesquisada – não pesquisada – mantida, detalhada em três funções: <ul style="list-style-type: none"> - auxílio para serviços domésticos - auxílio para cuidados pessoais - auxílio financeiro

Perguntas para configurar a Rede de suporte social:	Perguntas para configurar a Rede de suporte social:
<p>1) Quem são as pessoas importantes da sua vida?</p> <p>2) Com quem você encontrou ou conversou nesta última semana?</p> <p>3) Quando você está com vontade de visitar alguém para quem você liga?</p> <p>4) Quem é ou poderia ser um ombro amigo para você chorar?</p> <p>5) Com quem você se encontra regularmente?</p>	<p>1) Quem o(a) visita ou lhe faz companhia?</p> <p>2) Se o(a) senhor(a) precisar de auxílio para serviços domésticos, quem o(a) auxiliaria?</p> <p>3) Se o(a) senhor(a) precisar de auxílio para cuidados pessoais, quem o(a) auxiliaria?</p> <p>4) Se o(a) senhor(a) precisar de auxílio financeiro, a quem o(a) senhor(a) recorreria?</p>
Maneira de identificar a proximidade:	Maneira de identificar a proximidade:
<p>1º círculo: relação próxima</p> <p>2º círculo: relação intermediária</p> <p>3º círculo: relação distante</p>	<p>1º círculo: relação próxima</p> <p>2º círculo: relação intermediária</p> <p>3º círculo: relação distante</p>
Maneira de proceder ao registro das respostas no mapa mínimo de relações:	Maneira de proceder ao registro das respostas no mapa mínimo de relações:
<p>Proceder às perguntas e colocar um ponto no círculo ao qual pertence a relação citada como significativa para a idosa.</p>	<p>O registro das respostas é efetuado colocando-se no Mapa Mínimo, o número da pergunta formulada e a abreviação correspondente, aos quadrantes de relações familiares e comunidade. Os relacionamentos relativos a amigos ou profissionais do sistema de saúde, deverão ser registrados apenas por meio de um ponto. Proceder-se então as perguntas, informando ao entrevistado que cada uma delas tem três possibilidades de resposta representando cada uma delas, uma proximidade de relacionamento. informa-se ainda que as perguntas que tiverem mais de um integrante com a mesma proximidade devem ser mencionados com a conjunção “e”. A pausa entre uma resposta e outra, significa a inclusão da última pessoa mencionada, num círculo mais distante.</p>
Tamanho da Rede de suporte social:	Tamanho da Rede de suporte social:
<ul style="list-style-type: none"> – Pequena – Média – Grande 	<ul style="list-style-type: none"> – Pequena – Média – Grande

Figura A: mapa mínimo original, segundo sluzki (1997)

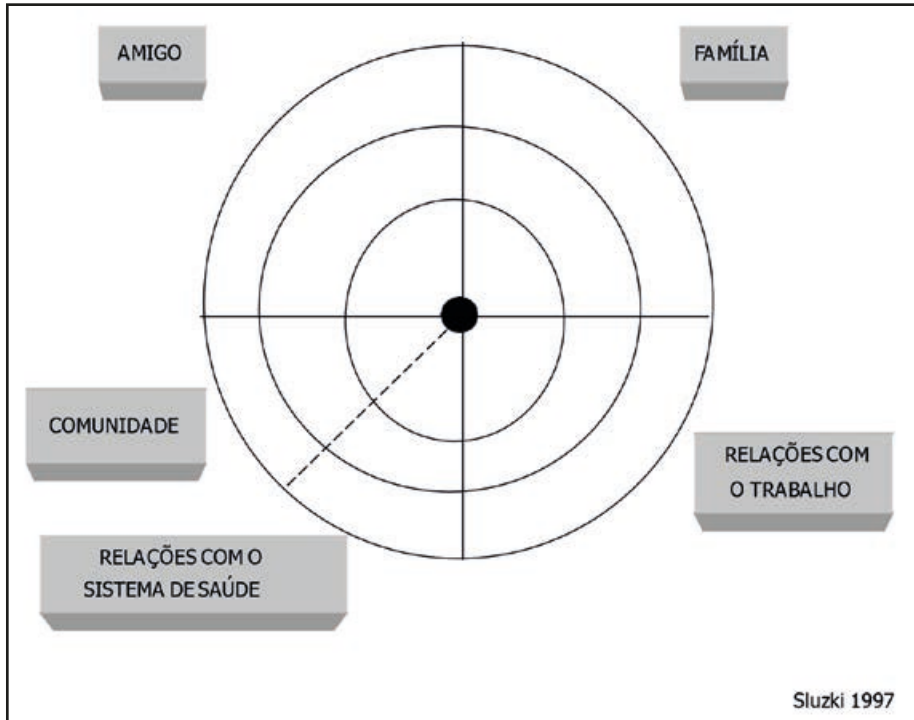
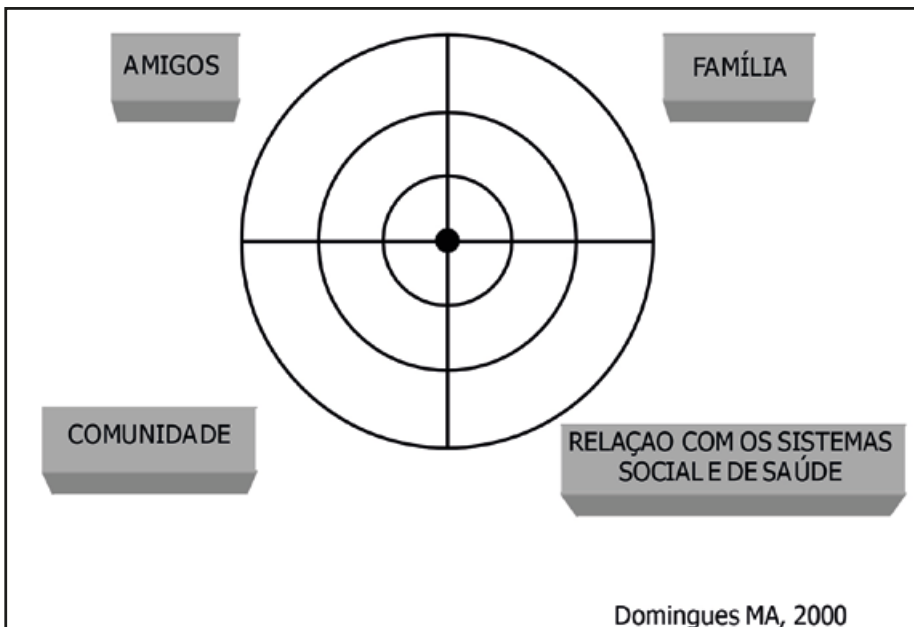


Figura B: mapa mínimo adaptado e modificado por domingos(2000)



TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

TRADUÇÃO DE INSTRUMENTOS E SUA UTILIZAÇÃO EM OUTRAS CULTURAS

Devido à tendência crescente do desenvolvimento de pesquisas multicêntricas estabeleceu-se a necessidade de serem elaboradas medidas específicas para a utilização dos referidos instrumentos em outros idiomas que não o de sua origem tanto para utilização dos mesmos em outros países, quanto para utilização com populações de imigrantes, uma vez que em ambas as situações diferenças culturais importantes podem estar presentes (GUILLEMIN, 1993, 1995a, 1995b).

Segundo Ciconelli (1997) há duas maneiras de se fazer isto:

- a) a primeira refere-se ao desenvolvimento de uma nova medida, ou seja, criando-se um novo instrumento onde conceitos deverão ser adequados, itens selecionados e confiabilidade, validade e sensibilidades devidamente testadas;
- b) a segunda diz respeito a adaptação de um instrumento previamente validado em outro idioma com base num processo de adaptação cultural onde o mesmo não será simplesmente traduzido para o idioma no qual se preten-

de utilizá-lo mas sim, submetido a uma rigorosa avaliação de sua tradução e adaptação transcultural bem como a avaliação de suas propriedades de medida após a tradução.

Guillemin et.al (1993) propuseram um conjunto de instruções padronizadas para adaptação transcultural de instrumentos de qualidade de vida após uma revisão sistemática da literatura sobre o assunto no período compreendido entre 1966 a 1992. Embora dirigida a um assunto específico, tais proposições vêm sendo utilizadas para adaptações transculturais de diferentes instrumentos por englobarem os diversos aspectos relacionados a estas questões. Os autores diferenciam adaptação de comparação transcultural. A adaptação destina-se a medir um fenômeno similar em diferentes culturas e é essencialmente a produção de um instrumento equivalente e adaptado para outra cultura. A comparação transcultural refere-se ao estudo comparativo de um fenômeno por meio de culturas a fim de identificar diferenças atribuídas às culturas. Isto só é possível após a adaptação adequada do instrumento bem como a análise de sua equivalência em ambas as culturas. Assim, concluem os autores, a adaptação transcultural é um pré-requisito para pesquisas de diferenças transculturais.

Os pontos fundamentais a serem observados relacionados a este processo visando a preservação da sensibilidade do instrumento relacionado à cultura a que se destina, podem ser resumidas nas etapas descritas a seguir.

Tradução e adaptação transcultural

Tradução

Compreende a fase de versão de uma língua para outra. Esta terá melhor qualidade se for desenvolvida por dois tradutores independentemente e qualificados. Isto permite a detecção de erros decorrentes de interpretações divergentes de termos ambíguos no idioma original. A qualidade aumentará à medida que alguns aspectos forem acrescentados à tradução tais como:

- a) a tradução ser realizada por uma equipe e não por indivíduos (evitando peculiaridades pessoais);
- b) os tradutores serem originários do país onde o instrumento foi desenvolvido e portanto, dominarem o idioma do ponto de vista semântico, idiomático, cultural e conceitual;

- c) os tradutores serem preferencialmente cômicos dos objetivos básicos do material a ser traduzido e dos conceitos envolvidos de forma a desenvolverem uma versão mais apropriada do instrumento original.

Retrotradução (back-translation)

Esta etapa corresponde à versão do instrumento traduzido para o idioma de origem com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade da versão final. Cada tradução deve ser reversamente traduzida de forma independente para permitir a detecção de equívocos na tradução. Para assegurar a qualidade da tradução reversa, os tradutores selecionados devem ter fluência em ambos os idiomas e em suas formas coloquiais e, ao contrário dos tradutores responsáveis pela primeira tradução, não devem ter conhecimento prévio das intenções do instrumento original impedindo assim a ocorrência de vieses desnecessários.

Revisão por um comitê de juizes

A constituição de um comitê para revisar as traduções (original e reversa) do instrumento em questão tem por objetivo a produção de uma versão final, modificada e adaptada de forma a garantir sua replicabilidade no idioma em que se pretende utilizá-lo. Os integrantes do comitê devem:

- ser preferencialmente bilíngües;
- ser especialistas na área a que se refere o instrumento em questão;
- representar diferentes áreas de conhecimento (multidisciplinar);
- ter conhecimento do que o instrumento se propõe a mensurar bem como dos conceitos envolvidos.

Ao comitê é permitido sugerir a replicação de instruções de preenchimento do instrumento de forma a minimizar erros de compreensão mesmo que estas sejam redundantes. Da mesma forma, podem sugerir a modificação ou eliminação de itens considerados irrelevantes, inadequados e/ou ambíguos e sugerir outros mais adequados culturalmente e assim compreensíveis para a maioria da população. O comitê pode ainda solicitar quantas versões considerar necessárias para adequação da versão final.

As traduções que intencionam representar **equivalência conceitual** devem ainda considerar os seguintes aspectos:

- a) **equivalência semântica:** representa a equivalência no significado das palavras envolvendo vocabulário e gramática. Muitas palavras não possuem tradução adequada em outros idiomas ou sua tradução pode ter diferentes significados conforme o contexto no qual está sendo empregada;
- b) **equivalência idiomática:** refere-se à equivalência de expressões idiomáticas e coloquiais pois em muitas circunstâncias a simples tradução da expressão original pode ocasionar uma total perda de significado da mesma no outro idioma; nestes casos, expressões equivalentes devem ser encontradas para substituir as originais de forma a preservar o significado previsto no idioma original;
- c) **equivalência experimental ou cultural:** refere-se à equivalência transcultural das experiências vivenciadas pela população alvo ou seja, alguns itens do instrumento original poderão ser modificados ou descartados com a intenção de manter a coerência das situações evocadas ou retratadas no contexto ao qual se destina;
- d) **equivalência conceitual:** refere-se a manutenção do conceito proposto no instrumento original ou seja, muitas palavras ou expressões podem ter equivalência semântica em outros idiomas, no entanto podem não preservar a mesma equivalência conceitual.

Pré-Teste

É a etapa do processo de tradução que busca avaliar a equivalência das versões original e final. Há duas técnicas comumente utilizadas:

- a) **técnica de prova** busca verificar a compreensão do instrumento pela população alvo. Isto pode ser feito perguntando-se aos clientes, após cada questão ou item, o que ele compreendeu do mesmo e encorajando-o a verbalizar suas dúvidas chegando ao final a significados equivalentes aos propostos;
- b) **avaliação das versões original e final por leigos bilíngües** onde eles responderiam às duas versões e posteriormente são verificadas as possíveis discrepâncias. Pode também auxiliar na detecção de alguma inadequação da versão final com o contexto cultural a que se destina.

Ambas as formas permitem avaliar a denominada **validade aparente** ou de **face** do instrumento em questão.

AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DE UM INSTRUMENTO APÓS SUA TRADUÇÃO

Segundo Guillemín (1993), embora existam controvérsias, as propriedades de medida de um instrumento adaptado devem ser verificadas. Esta controvérsia, continua o autor, decorre de duas correntes de pensamento: de um lado acredita-se que uma equivalência transcultural adequada e completamente realizada traz consigo as propriedades de medida do instrumento original porém, de outro lado defende-se a ideia que decorrente do processo de adaptação, um instrumento modificado possui propriedades de medida desconhecidas na cultura para a qual foi adaptado. Por partilharmos desta segunda afirmação, buscamos verificar os procedimentos a serem realizados para determinar a acurácia¹ da medida do instrumento após o processo de tradução.

Fidedignidade de um instrumento de medida

Fidedignidade de um instrumento, segundo Pasquali (1997) relaciona-se à capacidade do mesmo em “medir sem erros” ou seja, é a capacidade que um teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzam resultados idênticos o que, em termos numéricos, significa que a correlação entre as duas medidas deve ser igual a 1. Considerando que o erro está sempre presente em qualquer medida, quanto mais afastado de 1 for o resultado obtido, maior o erro cometido na utilização do teste. O resultado, portanto, será sempre um coeficiente.

À fidedignidade também são dados alguns sinônimos como precisão e confiabilidade. Associam-se a este parâmetro também, denominações relacionadas ao tipo de técnica utilizada na coleta empírica da informação ou da técnica estatística utilizada para análise dos dados tais como estabilidade, constância, equivalência e consistência interna (PASQUALI, 1997).

Já, segundo McDowell e Newel (1996) fidedignidade (confiabilidade, consistência ou repetibilidade) refere-se a quão consistente, exato e estável, é um instrumento ao longo do tempo, dos pacientes ou observadores. Tradicionalmente a teoria da confiabilidade determina que qualquer medida é obtida pela

¹ Acurácia refere-se à exatidão de uma medida obtida através de um instrumento.

combinação de dois componentes: um *escore básico* que representa aquilo que está se tentando estabelecer e algum nível de erro que está relacionado à imprecisão da medida. Assim, fidedignidade pode ser definida como a extensão para a qual um escore está livre de erros fortuitos desde que mantidas as condições do observado ou mais apropriadamente, como a proporção de variação observada num escore (entre pacientes ou entre medidas repetidas) representa a variação atual daquilo que está sendo mensurado.

A fidedignidade pode ser verificada de quatro maneiras:

Teste – Reteste

É a medida da estabilidade ou repetibilidade de um instrumento ao longo do tempo e da ausência de modificações nos procedimentos de avaliação, na conduta ou status psicológico dos indivíduos avaliados. Pode ser avaliada em termos de concordância entre uma medida aplicada a uma amostra de pessoas e repetida posteriormente (geralmente uma ou duas semanas depois). Assumindo que a condição que está sendo mensurada não sofreu modificações, qualquer alteração verificada nos escores pode ser atribuída a uma diferença equivocada. Conseqüentemente o nível de concordância é utilizado como o indicador de fidedignidade ou confiabilidade.

Esta é a forma mais utilizada para se verificar a estabilidade ou constância de um instrumento. Este coeficiente é obtido aplicando-se o instrumento em análise duas ou três vezes, no mesmo grupo de indivíduos, com um intervalo de tempo pré-determinado. Os resultados obtidos são correlacionados e, se forem observadas modificações nos escores, desde que pequenas, o instrumento é considerado estável.

Há três tipos de dificuldades relacionadas ao teste-reteste (PASQUALI, 1997):

- 1) os indivíduos submetidos ao instrumento lembram-se das respostas dadas anteriormente e as repetem (relacionam-se a intervalos curtos entre os testes);
- 2) os indivíduos em questão podem não estar dispostos a repetir o teste (instrumentos muito longos);
- 3) durante o intervalo entre o teste e o reteste, podem ocorrer intercorrências pessoais ou ambientais que, afetando os indivíduos em questão, poderão interferir na resposta da segunda aplicação (geralmente associado a intervalos longos).

Formas alternativas

Este tipo de verificação da fidedignidade de um instrumento é demonstrado pela obtenção de resultados idênticos ou muito similares obtidos por meio da utilização de formas paralelas de um instrumento ou seja, por sua equivalência. Se a correlação entre eles demonstrar pouca ou nenhuma concordância, a confiabilidade do instrumento é limitada.

Em termos estatísticos o coeficiente de correlação nesta forma de avaliação devem aproximar-se de 1 para se afirmar que o teste é preciso (não basta que seja estatisticamente significante) pois, no conceito de testes paralelos, por definição, as médias e variâncias devem ser iguais ou seja, descontados os erros de medida, os resultados dos dois testes devem ser idênticos (correlação próxima de 1).

A vantagem é que se utiliza uma amostra aleatória de indivíduos, duas formas paralelas de instrumentos numa única ocasião. A desvantagem reside na dificuldade em se conseguir instrumentos perfeitamente paralelos que sejam capazes de medir a mesma coisa utilizando itens diferentes¹²¹.

Consistência Interna

Segundo McDowell e Newel(1996) a noção de repetibilidade é uma questão central na verificação da fidedignidade de um instrumento, porém, repetidas avaliações correm o risco de se depararem com a ocorrência de impressões falsamente negativas decorrentes de (corretas) identificações de alterações entre as administrações do mesmo tornando-o menos confiável. Para reduzir este risco, deve-se diminuir o intervalo de tempo entre as aplicações do instrumento em questão. No entanto, a medida pode ficar seriamente comprometida em decorrência da memória dos indivíduos que, ao se recordarem de suas respostas quando da primeira aplicação, poderiam repeti-las e desta forma comprometer a independência das mensurações. Isto poderia ser minimizado com a utilização simultânea de instrumentos paralelos, já descritos, porém muito difíceis de serem construídos mantendo a homogeneidade necessária e os resultados devidos. Frente a estas questões busca-se um instrumento capaz de reproduzir a resposta que se procura sendo, no entanto, aplicado uma única vez a uma amostra significativa de indivíduos. Esta descrição nos aproxima da compreensão de consistência interna que nada mais é do que verificar a correlação dos itens de um instrumento entre si e com o total esperando-se que eles apresentem congruência uns com os outros uma vez que medem o mesmo fenômeno. Estatisticamente, isto pode ser verificado pela utilização, dentre outros, do coeficiente alfa de Cronbach capaz de refletir o grau de co-

variância dos itens entre si e assim servindo como indicador de consistência interna do teste em estudo. Quanto maior o índice de alfa, maior a variância do conjunto de itens e menor a variância específica de cada item, o que determina a congruência entre os itens de um mesmo teste (consistência interna). Assim, segundo Pasquali (1997), a fórmula de Cronbach demonstra que, se todos os itens variarem da mesma forma, ou seja, se não houver variância entre os itens individualmente, alfa será igual a 1 o que significa que todos os itens do instrumento em questão são totalmente homogêneos, produzindo exatamente a mesma variância. Como isto é pouco provável; alfa demonstrará a congruência ou covariação dos itens no instrumento que está sendo analisado. Este coeficiente varia de 0 a 1 onde 0 é a ausência total de congruência ou consistência interna e 1 a presença de 100% de consistência.

Confiabilidade Inter Juízes

O quarto e último modo de verificação da confiabilidade de um instrumento de avaliação diz respeito a utilização de padrões ou juízes. Um instrumento é confiável se dois ou mais juízes utilizando o instrumento de forma independente concordam sobre seus achados. Discrepâncias entre as médias obtidas comprometem a confiabilidade do instrumento (PASQUALI, 1997).

Validade de um instrumento

A validade de um instrumento traduzido e adaptado é a segunda característica relacionada às propriedades de medida, a ser analisada. De um modo geral pode ser definida como a capacidade de um instrumento medir aquilo a que se propôs. Para ser válido, um instrumento necessita ser razoavelmente acurado (exato) sendo assim, há uma relação entre confiabilidade e validade. A confiabilidade é necessária para a validade, mas não é, por si só, suficiente para estabelecer a validade. Este é, segundo Pasquali (1997), um parâmetro da medida discutido basicamente no contexto das ciências sociais e do comportamento e refere-se ao aspecto da medida ser congruente com a propriedade medida e não com a exatidão com que a mensuração, que descreve esta propriedade, é feita. Assim, a validade diz respeito à demonstração da adequação (legitimidade) do instrumento com o que ele diz medir.

Assim como a fidedignidade, há várias maneiras de se verificar a validade de um instrumento. Algumas delas estão descritas a seguir:

Validade de Face

É uma avaliação subjetiva que verifica a evidência superficial da integridade da medida que o instrumento se propõe a mensurar. É uma avaliação informativa da validade aparente por aqueles que utilizarão o instrumento em questão. Não deve ser utilizada como um critério isolado para julgar a validade de um instrumento pois a ela não são conferidas propriedades psicométricas.

Validade de Conteúdo

A partir deste procedimento é possível assegurar que os itens de um instrumento representam e cobrem adequadamente aquilo que se pretende mensurar permitindo ainda que algum escore possa representar tal medida.

Segundo Pasquali (1997) um instrumento possui validade de conteúdo se ele constituir uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos (domínio), ou seja, é a determinação da capacidade dos itens de representar adequadamente as dimensões do conteúdo a que se destina. Para Kimura (1999), a determinação da validade de conteúdo pode ser obtida submetendo o instrumento à avaliação de juízes que verificarão a relevância de cada item para o domínio e julgarão se eles representam o conteúdo do domínio em questão.

Validade de Critério

Consiste na descrição da relação empírica entre uma medida e algum tipo de critério confiável denominado “padrão ouro” (*gold standart*) ou qualquer tipo de indicador que determine uma situação como verdadeira. É, portanto, o grau de eficácia de um teste em predizer um desempenho específico de um sujeito (PASQUALI, 1997). Pode ser utilizada para verificar o instrumento como um todo ou cada item separadamente. Vários testes estatísticos podem ser utilizados para analisar a validade de critério. A forma mais simples consiste em verificar a correlação, baseada num indicador de concordância, entre o novo instrumento e o já estabelecido como “padrão”. McDowell e Newel (1996) subdividem a validade de critério em concorrente e preditiva dependendo se o fenômeno em questão diz respeito ao presente ou ao futuro. A **validade concorrente** relaciona-se com a aplicação de dois instrumentos equivalentes, ao mesmo tempo, na mesma amostra de indivíduos e posterior análise dos escores obtidos ou da comparação do escore obtido pelo instrumento com a avaliação de especialistas na área².

² A realização deste tipo de validação só faz sentido se e existirem testes comprovadamente válidos que possam servir de critério para comparação com o que se pretende validar e se o atual, trazer algum tipo de vantagem sobre o antigo (p.ex. economia de tempo) (PASQUALI, 1997).

A **validade preditiva** refere-se à acurácia de um instrumento em prever um evento futuro, geralmente é utilizada em estudos prospectivos onde o instrumento em questão, aplicado no início do estudo, tem seus resultados posteriormente comparados com as respostas dos indivíduos da amostra³.

Validade Discriminante

Segundo McDowell e Newel (1996) , é a extensão na qual os escores obtidos pela aplicação do instrumento distinguem indivíduos ou grupos onde seria esperada a diferença (p.ex. pessoas saudáveis e doentes). Este tipo de validação é importante, pois na aplicação de instrumentos dois tipos de erros são frequentes:

- 1) o teste pode resultar em um “falso positivo”, ou seja, identificar o fenômeno em questão em indivíduos que não o possuem;
- 2) o teste pode resultar em um “falso negativo”, ou seja, é incapaz de identificar o fenômeno em quem de fato o apresenta.

Aqui estão associados dois outros conceitos, **sensibilidade** e **especificidade** do instrumento. Por sensibilidade entende-se a capacidade do instrumento em identificar o fenômeno estudado em indivíduos que corretamente o apresentam, enquanto a especificidade diz respeito à capacidade do instrumento em determinar os indivíduos que não apresentam o fenômeno em questão especificamente. A especificidade é, portanto, diretamente relacionada à capacidade do instrumento em salientar o fenômeno em estudo, dentro de uma população e assim fazer a distinção entre os indivíduos que o apresentam ou não. A análise destes fatores relaciona-se diretamente ao ponto de corte dos escores que diferenciam entre a presença ou não do fenômeno.

Validade de Constructo

É a maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação dos traços latentes, porém, de realização ainda muito polêmica. É também denominada **validade de conceito**, estabelecida por meio de estudo hipotético-dedutivo do instrumento. Reflete a tentativa de integrar o desempenho de um

³ São raramente utilizados, pois demandam grande investimento e apresentam algumas dificuldades metodológicas tais como a “contaminação” da amostra por interferência no resultado final (por “tratamento” do indivíduo) a partir da detecção, quando da aplicação do instrumento, de indivíduos de “alto risco”.

instrumento com uma estrutura teórica composta de outros constructos psicológicos (McDOWELL e NEWEL,1996; PASQUALI, 1997).

A validade de constructo inicia com uma definição conceitual do tópico ou constructo a ser mensurado, indicando a estrutura interna de seus componentes e o relacionamento teórico dos escores da escala por critério externo. Estatisticamente a validade de constructo de um instrumento pode ser verificada através da evidência correlacional ou da análise fatorial.

Segundo McDowell e Newel (1996) a validade de constructo não pode ser definitivamente comprovada mas ela é um contínuo processo de compreensão do constructo apresentado onde, por meio de diferentes testes, novas predições poderão ser feitas e deverão ser testadas.

TÉCNICA DELFOS

A técnica Delfos, do latim *Delphi*, tem sua denominação oriunda da mitologia grega, relacionando-se ao nome do templo de Apolo, personagem que tinha o poder de transferir desejos dos deuses e visões do futuro aos mortais. É, dessa maneira, uma técnica preditiva.

Como técnica, foi criada por Olav Helmer e Dalkey, o primeiro matemático e o segundo filósofo, ambos ingleses, baseando-se na intuição de grupos para ampliar projeções individuais. Posteriormente foi utilizada para prever acontecimentos de uma vasta gama de setores, implementando alternativas de ação pela obtenção de consenso (Spínola 1984; Faro 1997).

Atualmente possui uso generalizado no campo das Ciências Sociais, sendo largamente utilizada para se alcançarem decisões grupais.

O conceito de Delfos pode ainda ser entendido como um método de coleta de dados quantitativos, realizado por meio de uma sucessão de questionários. Sua utilização é indicada quando há falta de acordo ou conhecimento incipiente de uma situação (Williams e Webb 1994; Spínola 1984; Faro 1997).

Quanto à terminologia, “método” ou “técnica”, diz Spínola:

“as regras seguidas nas investigações científicas habitualmente denominam-se método, sendo os instrumentos utilizados para a sua operacionalização a técnica empregada. Desta forma, método é o seguimento de um caminho, conforme um plano prefixado. Já a técnica diz respeito aos diversos procedimentos ou a utilização de recursos, dentro das diversas etapas do método. Seria, por conseguinte, a instrumentação da ação dentro de um contexto geral” (Spínola 1984, p.68).

Por comungarmos dessa opinião, utilizamos nesta pesquisa o conceito de técnica e a forma portuguesa do nome originário em latim, ou seja, “técnica Delfos”.

Tal técnica consiste na cooperação de um grupo de especialistas que respondem a uma série de questionários, enviados pelo correio ou por meio eletrônico, até que se obtenha um consenso. Quando do envio do primeiro instrumento, remete-se também aos juízes selecionados uma carta explicitando a técnica, o instrumento que será julgado e a lista de participantes (Spínola 1984; Faro 1997; Polit 1987).

Para a análise dos resultados, um método bastante utilizado é a escala do tipo Likert³. O consenso é obtido pelo valor médio dos itens do instrumento, sendo apontado pela literatura o índice de 70% de opiniões convergentes como o aceitável para se ter um instrumento validado por esta técnica (Williams e Webb 1994; Morgani 2003; Faro 1995; Ávila e Santos 1988).

Além da obtenção do consenso, como acima descrito, é importante que o pesquisador esteja atento aos fatores que podem influenciar sua validade tanto interna quanto externa.

Quanto à validade interna, faz-se necessária a observância do rigor na seleção dos especialistas, para que se evite um viés pertinente a esse tipo de validação. Quanto a esse aspecto, Spínola afirma que:

“a técnica Delfos para a obtenção de consenso tem se mostrado bastante adequada e aceita como estratégia de validação de instrumentos, em função do grau dos especialistas selecionados, sendo dessa maneira um recurso útil para saúde pública” (Spínola 2002, p. 2).

Recomenda-se ainda, quanto à validade interna, a observância de fatores não controlados que podem interferir nos resultados, como, por exemplo, as reações poderem predispor os informantes a se desinteressarem pela pesquisa, fazendo com que se conte apenas com os mais interessados. Spínola (2002) e Polit (1987) recomendam entre duas a quatro aplicações para que o processo não se torne desgastante predispondo a esse tipo de viés.

No que diz respeito à validade externa, deve-se ter o cuidado de observar se o dado encontrado pode ser generalizado ou, se é válido apenas para os participantes do estudo (Polit 1987; Spínola 1984).

APLICAÇÕES DA TÉCNICA DELFOS

No campo das ciências sociais, da saúde pública e também na área da educação, a técnica Delfos tem sido utilizada tanto para que se verifique a opinião consensual de um dado grupo, como para que, a partir desses achados, valide-se um instrumento.

Para avaliar questões relativas a aspectos educacionais, Spivey (1971), Matthews e cols. (1975), Lawrence e cols. (1983) e Beech (1991) empregaram a técnica Delfos prevendo a validação de conteúdos e planos curriculares para área da enfermagem.

No âmbito das ciências sociais, Ávila e Santos (1988) a utilizaram para avaliar as políticas para o setor público. Segundo os autores, a técnica Delfos, por combinar métodos quantitativos e qualitativos, pode ser um recurso bastante útil nesse tipo de pesquisas.

Quanto ao emprego da técnica Delfos na área da saúde, Faro (1995) a utilizou para validar as intervenções de enfermagem destinadas aos pacientes com lesão medular em reabilitação. Essa pesquisa ocorreu em uma instituição governamental na cidade de São Paulo, que desenvolvia programas de reabilitação para portadores de deficiência física sensorial incapacitante. Foram aplicados três questionários a um grupo de juízes, todos da área da enfermagem, tendo sido obtida opinião claramente convergente na segunda fase de coleta de informações (Faro 1995).

Morgani (2003) validou, por meio da técnica Delfos, um instrumento denominado CICAs – Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado, com o objetivo de avaliar a capacidade do idoso para realizar tais atividades. O estudo contou com um grupo de juízes da área da terapia ocupacional que, ao final da terceira aplicação, expressou uma opinião convergente quanto ao instrumento. Além de realizar a validação consensual, Morgani efetuou também o estudo da confiabilidade do CICAs (Morgani 2003).

TÉCNICA DELFOS: VANTAGENS E DESVANTAGENS

Como toda técnica, esta também possui vantagens e desvantagens. Como vantagens podemos destacar:

- o fato de essa técnica dispensar entrevistador para a coleta de dados, favorecendo a expressão de opinião, uma vez que muitas pessoas preferem manter o anonimato, ao emitir opiniões;
- a escolha do momento mais adequado ao respondente para a expressão de opinião, em função da sua disponibilidade de tempo, podendo propiciar uma opinião mais elaborada;
- o nível de recusa em participar do estudo não ser elevado, mostrando o interesse dos juízes.

- Já quanto às desvantagens, estas podem ser assim descritas:
- a possibilidade de extravio ou recebimento incompleto do material, pela utilização do correio postal ou e-mail para o envio dos questionários;
- o desinteresse dos juízes na continuidade da pesquisa, caso ocorram muitas reaplicações.

Para se evitar essas desvantagens, a motivação do informante é muito importante. Procura-se obtê-la com o envio de carta convite, explicando o motivo e a importância da participação do escolhido na pesquisa, e também remetendo envelope já selado para as respostas, facilitando o envio por parte do juiz (Spínola 2002, 1984; Faro 1997; Polit 1987).

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO “FAMILY APGAR”

TRADUÇÃO DE INSTRUMENTOS E SUA UTILIZAÇÃO EM OUTRAS CULTURAS

Tradução do “Family APGAR” (Quadro 4)

O estudo foi desenvolvido em três momentos. No primeiro (Quadro 4) foi realizada a versão do “Family APGAR” de Smilkstein para o nosso idioma e a análise de sua equivalência semântica e idiomática, cultural e conceitual por meio de um corpo de juízes.

A tradução inicial do instrumento foi realizada por dois tradutores independentes com familiaridade neste tipo de atividade. Um dos tradutores é “juramentado” e seu trabalho de tradução de documentos oficiais é reconhecido pelos órgãos públicos. Muitos de seus trabalhos são desenvolvidos para a área de saúde. Este tradutor trabalha com uma equipe e os trabalhos aí desenvolvidos costumam ser revisados pela mesma, de forma a evitar idiosincrasias pessoais. O segundo tradutor é professor de inglês há cerca de 30 anos tendo residido nos Estados Unidos por vários anos estando, portanto, muito familiarizado com os aspectos conceituais e culturais deste país.

Ambos os tradutores estavam cômicos dos objetivos do estudo em desenvolvimento, dos aspectos básicos relacionados ao instrumento a ser traduzido bem como dos conceitos envolvidos de forma a produzirem uma versão mais apropriada do material em questão.

As versões obtidas individualmente foram muito similares e foram compiladas pela pesquisadora e reapresentada aos tradutores obtendo-se assim a tradução inicial do instrumento (Anexo II).

Retrotradução (Back translation) (Quadro 4)

A retrotradução da tradução inicial do “Family APGAR” para a língua inglesa foi realizada por outros dois tradutores, ambos professores de inglês, sendo um de origem norte-americana e o outro, indicado como tradutor por uma escola de ensino de língua inglesa reconhecida por sua competência neste tipo de atividade.

Ambos os tradutores receberam apenas a primeira versão traduzida não tendo contato prévio com o instrumento original.

Os resultados obtidos foram compilados pela pesquisadora e apresentados aos tradutores gerando assim a versão retrotraduzida do português para o inglês (Anexo III). Não foram obtidas divergências ou discrepâncias no significado e no conteúdo entre as versões original e retrotraduzida do instrumento.

O resultado deste processo foi a obtenção da **primeira versão traduzida** do “Family APGAR” de Smilkstein (Anexo IV).

Revisão por um comitê de juizes (Quadro 4)

O comitê, neste estudo, foi constituído por oito juizes sendo dois médicos e seis enfermeiros. Os médicos eram geriatras e também atuavam na área de medicina de família. As seis enfermeiras eram docentes de diferentes instituições públicas do país e de diferentes regiões. Cinco eram de São Paulo, sendo duas da Capital e três do Interior e uma era de Santa Catarina. Três delas desenvolviam trabalhos na área de saúde da família; uma delas atuava ainda na área de gerontologia. As outras três atuavam especificamente na área de gerontologia. Todos os juizes possuíam, no mínimo, o título de doutor.

A todos os juizes foram fornecidos:

- a) Instrumento original
- b) Primeira versão traduzida

- c) Versão retrotraduzida
- d) Instrumento para avaliação semântica e idiomática (Anexo V)
- e) Instrumento para avaliação conceitual e cultural (Anexo VI)
- f) Artigos de referência (elaborados pelo autor do instrumento)

Os itens “d” e “e” basearam-se nos instrumentos utilizados por Kimura⁷⁹.

Foram aceitos como equivalentes os itens com pelo menos 80% de concordância entre os avaliadores. Os que apresentaram índices menores foram alterados conforme as sugestões dos juízes.

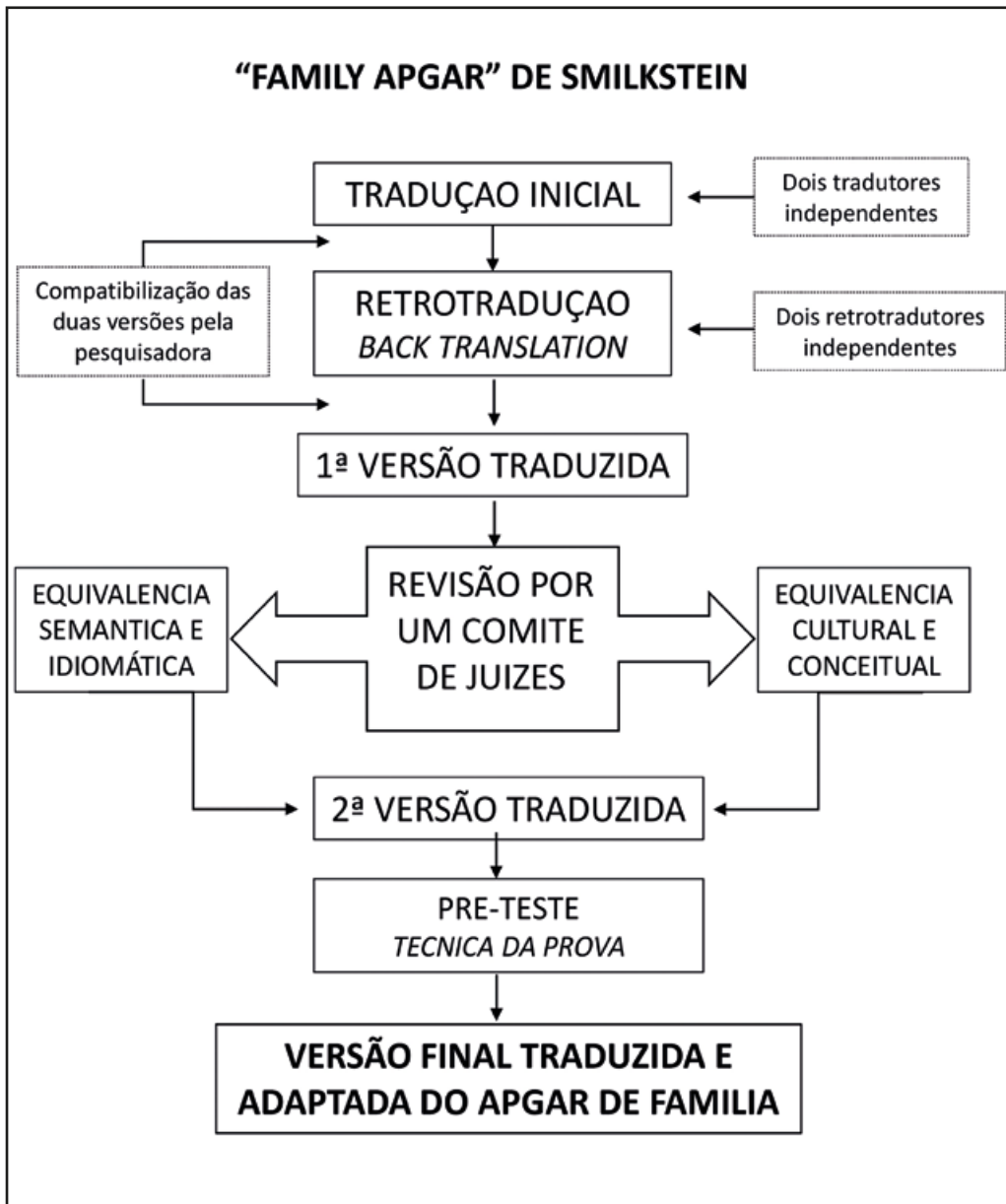
Após a realização das alterações sugeridas obteve-se a **segunda versão traduzida** e adaptada do “Family APGAR” agora denominado APGAR de Família (Anexo VII).

Pré teste (Quadro 4)

Uma vez obtida a **segunda versão traduzida** do instrumento, o mesmo foi submetido a um pré teste que buscava analisar a compreensão dos itens pelos respondentes utilizando-se a denominada técnica de prova sugerida por Guillemín, Bombardier e Beaton⁶⁰. Participaram deste pré teste os 27 idosos independentes integrantes de um Grupo de Terceira Idade do GAMIA do HCFMUSP.

Os resultados do pré-teste mostraram que os participantes não tiveram dúvidas quanto aos itens apresentados. A partir destes resultados obteve-se a **Versão Final do APGAR de Família** (Anexo VII). O Quadro 4 ilustra esquematicamente a operacionalização do estudo descrita até o momento:

Quadro 4: Tradução e adaptação do “Family APGAR” para o português. São Paulo, 2001.



AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DA VERSÃO FINAL DO APGAR DE FAMÍLIA

Repetibilidade (Quadro 5)

A primeira propriedade de medida verificada foi a capacidade de repetibilidade do instrumento, ou seja, quão exato e estável é o mesmo ao longo do tempo, dos pacientes e dos observadores. Para tanto utilizou-se uma amostra de conveniência composta por 27 idosos independentes pertencentes ao Grupo de Atendimento Multidisciplinar de Idosos Ambulatoriais (GAMIA) do Hospital das Clínicas da FMUSP.

O instrumento foi aplicado a este grupo em três momentos distintos (mesmo dia em dois períodos, manhã e tarde, com diferentes aplicadores) e uma semana depois no período da manhã. O número de idosos variou conforme o momento de aplicação de 27 para 25 e 23 respectivamente. Tal variação ocorreu em virtude de os idosos desenvolverem diferentes tipos de atividades simultaneamente.

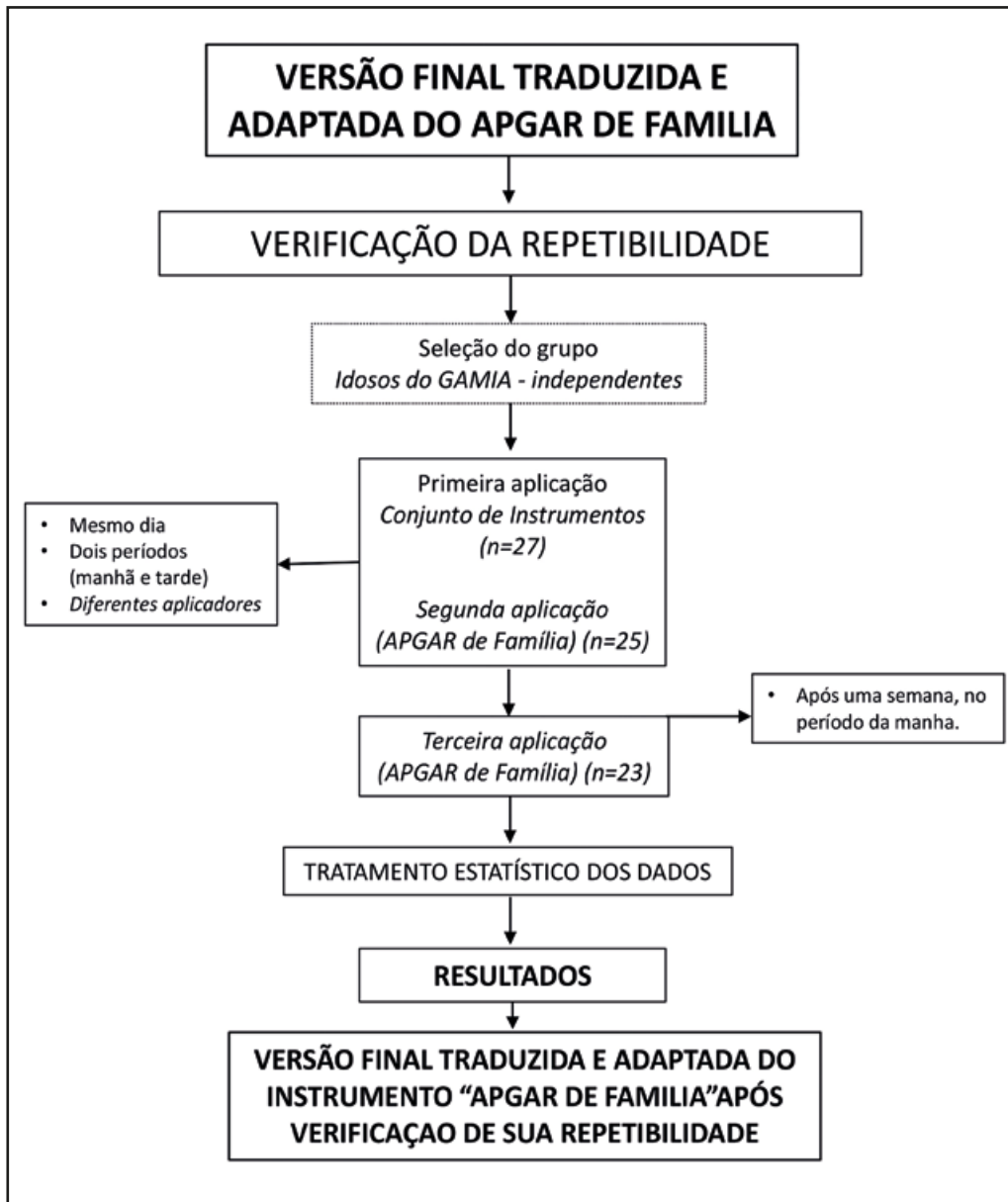
Antes de cada aplicação os idosos foram orientados quanto ao objetivo geral do estudo bem como ao específico desta fase do mesmo sendo sua participação voluntária. Os três momentos de aplicação do instrumento (citados anteriormente) seguiram a sequência descrita a seguir:

- a) esclarecimento, em grupo, do objetivo desta fase do estudo
- b) distribuição do conjunto de instrumentos (caracterização, escala de AVDs e APGAR de Família)
- c) Leitura conjunta do instrumento (APGAR de Família) - aplicador/idoso¹

O Quadro 5 demonstra esquematicamente esta fase do estudo:

¹ As afirmações relacionadas ao APGAR de Família foram apenas lidas conjunta e pausadamente permitindo que os idosos fossem respondendo a cada item antes de passar a outro. Nenhuma explicação adicional foi fornecida.

Quadro 5: Esquemática da verificação da “repetibilidade” do APGAR de Família de Smilkstein. São Paulo, 2001.

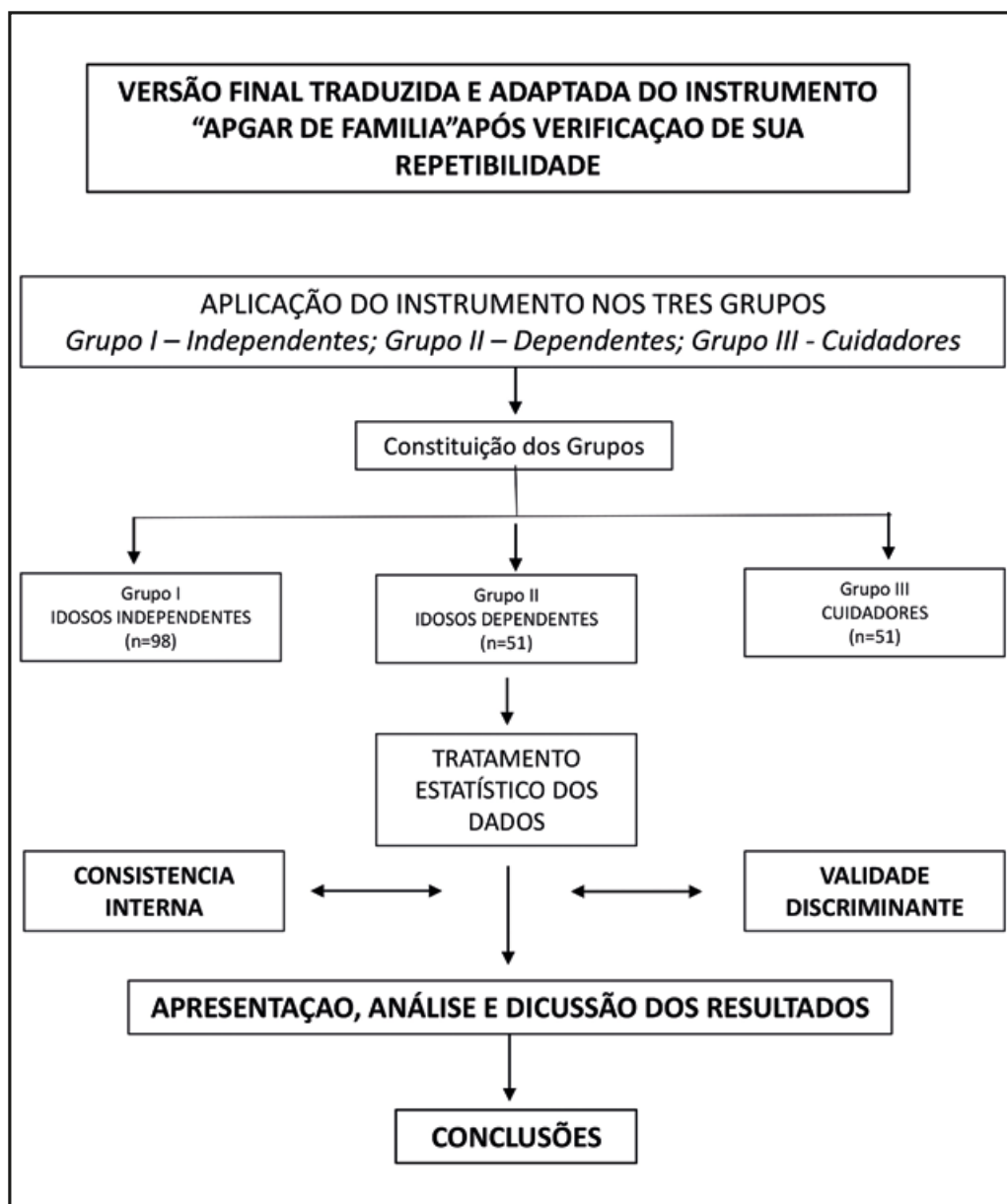


Consistência interna e Validade Discriminante (Quadro 6)

Para verificação da consistência interna do APGAR de Família e de sua validade discriminante, foi utilizada uma segunda amostra de conveniência, composta por 149 idosos, sendo 98 independentes (Grupo I) pertencentes à grupos

de terceira idade (ACM) e 51 idosos dependentes (Grupo II), matriculados no Núcleo de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar(NADI) do Hospital das Clínicas da FMUSP e seus respectivos cuidadores (Grupo III, n=51). O Quadro 6 esquematiza a operacionalização desta fase do estudo:

Quadro 6: Esquematização da verificação da consistência interna e validade discriminante do APGAR de Família. São Paulo, 2001.



Esta amostra, além das propriedades de medida permitiu verificar além da análise da funcionalidade familiar dos respondentes, segundo seu ponto de vista, sua relação com outras variáveis como idade, sexo, estado civil, renda, saúde percebida bem como a análise de cada domínio entre os diferentes grupos (idosos independentes, idosos dependentes e cuidadores).

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados teve início, como já explicitado, após a aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e pela Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo considerando ser o NADI um serviço desta Instituição.

Para a coleta de dados do Grupo I (idosos independentes) foi utilizada a técnica denominada “aplicação assistida”⁶⁴ que consistiu em utilizar o momento de reunião dos idosos (com consentimento destes e da organização dos grupos) para a obtenção dos dados. Este procedimento seguiu os seguintes passos:

- a) distribuição do instrumento a todos os idosos que concordaram em participar do estudo;
- b) leitura pausada e conjunta do mesmo, permitindo que os mesmos fossem respondendo a cada item antes de proceder à nova leitura.

A pesquisadora procedeu à leitura de todas as questões e os idosos foram escolhendo suas respostas e assinalando-as após a leitura de cada item do instrumento.

Os dados dos Grupos II (idosos dependentes) e III (cuidadores) foram obtidos individualmente por meio de visitas domiciliares. Estas visitas foram previamente agendadas por telefone (para aqueles que o possuíam). Os que não possuíam telefone foram visitados, convidados a participar do estudo e em caso de concordância ou a entrevista ocorreu no mesmo dia ou em dia posterior agendado nesta primeira visita. O procedimento de preenchimento do instrumento seguiu a mesma técnica utilizada no Grupo I no entanto, nestes casos foi realizado individualmente.

A coleta de dados do Grupo I (idosos independentes) foi realizada exclusivamente pela pesquisadora e dos Grupos II e III pela mesma e por mais três aplicadores previamente treinados.

Nos três casos, a coleta de dados só se iniciou após explicar ao respondente os objetivos do estudo e o mesmo ter concordado em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo XI).

Tratamento estatístico dos dados

Os dados obtidos foram dispostos em três planilhas eletrônicas (análise transcultural, repetibilidade e consistência interna) elaboradas no programa Access 2000 para Microsoft Windows e analisadas pelo programa SPSS versão 8.0.

Para a avaliação transcultural da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual do APGAR de Família de Smilkstein, foi utilizado o Coeficiente de Concordância de Kendall.

A análise da repetibilidade (Quadro 5) utilizou o Coeficiente de Correlação de Spearman e o teste estatístico de Kappa.

A análise da consistência interna (Quadro 6) do referido instrumento, foi obtida pelo Coeficiente Alfa de Cronbach.

A validade discriminante (Quadro 6) foi obtida pela utilização de testes não paramétricos uma vez que as variáveis não apresentavam distribuição normal e suas variâncias não puderam ser consideradas iguais. Utilizou-se então os testes Kruskal-Wallis, Qui-quadrado e Monte Carlo¹²¹, 124, 150.

Os resultados obtidos foram agrupados e serão apresentados a seguir.

RESULTADOS

Análise da equivalência entre o instrumento original e o instrumento traduzido

Como já foi descrito anteriormente, esta análise far-se-á por meio das análises das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual.

Equivalência semântica e idiomática

A avaliação semântica e idiomática foi verificada pelo comitê de juízes anteriormente descrito. Para a realização desta avaliação o instrumento foi subdividido em 33 itens e os índices percentuais de concordância entre os juízes estão apresentados na Tabela 1:

Tabela 1: Índices percentuais de concordância entre os juízes segundo a avaliação semântica e idiomática nas versões original e traduzida o “Family APGAR”. São Paulo, 2001.

Item	Equivalência semântica e idiomática
1. APGAR de Família	0,75
2. As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a melhor compreender você e sua família	0,75
3. Sinta-se à vontade para fazer perguntas sobre qualquer item do questionário	1,00
4. Os espaços para comentários devem ser usados caso você deseje fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à sua família	0,87
5. Favor tentar responder a todas as perguntas	0,50
6. Família é(são) o(s) indivíduo(s) com o (s) qual(ais) você vive normalmente	0,50
7. Caso você viva sozinho(a), considere família como aqueles com quem você tem atualmente os laços emocionais mais fortes	0,75
8. Para cada pergunta assinale apenas um quadradinho	1,00
9. Sempre	1,00
10. Quase sempre	1,00
11. Algumas vezes	1,00
12. Raramente	0,87
13. Nunca	1,00
14. Fico satisfeito(a) de poder recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me preocupando	0,50
15. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família discute questões e compartilha seus problemas comigo	0,37
16. Estou satisfeito(a) que minha família aceite e apóie meus desejos de empreender novas atividades e caminhos	0,37
17. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e responde às minhas emoções tais como raiva, tristeza e amor	0,87
18. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos tempo juntos	0,75
19. Comentários	1,00
20. Quem vive em sua casa?	1,00
21. Faça uma lista por relacionamento (p.ex: cônjuge, outra pessoa significativa, filho(a) ou amigo (a))	0,87
22. Caso você tenha constituído sua própria família, considere casa como o lugar onde você vive com seu cônjuge, filhos ou outra pessoa significativa; caso contrário, considere casa como seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o educaram vivem	0,50
23. Por “outra pessoa significativa” compreende-se o parceiro(a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto de vista físico e emocional mas com o qual não está casado	0,37
24. Relacionamento	1,00
25. Idade	1,00
26. Sexo	1,00
27. Favor assinalar abaixo a coluna que melhor descreve como atualmente você se dá com cada membro de sua família constante na lista	0,75
28. Bem	1,00
29. Mais ou menos	0,87
30. Mal	1,00
31. Caso você não more com a sua própria família, favor relacionar abaixo as pessoas a quem você recorre mais freqüentemente quando necessita de ajuda	0,50
32. Faça a lista por relacionamento (p.ex: membro da família, amigo, colega de trabalho ou vizinho)	1,00
33. Favor assinalar abaixo a coluna que melhor descreve como atualmente você se dá com cada pessoa constante na lista	0,87

Fonte: Dados da Pesquisa

Para a avaliação da equivalência semântica e idiomática obteve-se uma média geral de concordância de 80,7%. Foi utilizado também o Coeficiente de Concordância de Kendall que é uma medida que varia de 0 (nenhuma concordância) a 1 (concordância total). O teste de significância verifica se o valor observado não poderia ser menor¹⁵⁰. Para a avaliação semântica e idiomática obteve-se $K=0,30$, estatisticamente significativa.

Observa-se que dos 33 itens, 20 (60%) foram considerados equivalentes (concordância maior que 80%) e portanto, foram mantidos. Foram eles os itens 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32 e 33.

Os itens que apresentaram concordância inferior a 80% foram modificados conforme orientação dos juízes. Tais modificações estão expostas a seguir:

O item 1 referente à denominação do instrumento obteve 75% de concordância. Dos 25% restantes (2 juízes) apenas 1 sugeriu modificação no nome. O outro posicionou-se como indeciso deixando a critério da pesquisadora a manutenção ou não do nome sugerido. Optou-se pela manutenção da denominação “APGAR de Família” por ser o termo APGAR universalmente conhecido no cuidado à saúde por sua utilização na determinação do status de saúde de recém-nascidos expresso em escores definidos, o que muito se assemelha ao instrumento em questão.

O item 2, também com concordância de 75% teve apenas a sugestão de um dos juízes que não o considerou equivalente. Tal sugestão (supressão do termo “melhor”) foi adotada pela pesquisadora.

No item 5 houve 50% de concordância no entanto, os juízes que não julgaram a expressão equivalente foram unânimes em suas sugestões. Desta forma a frase “Favor tentar responder a todas as perguntas” foi substituída por “Por favor, tente responder a todas as perguntas”.

No item 6, também com 50% de concordância o termo “normalmente” foi substituído por “habitualmente” conforme sugerido. De acordo com os comentários dos juízes, “viver de forma normal” pode ter diferentes significados inclusive sugerindo uma forma “anormal” de vivência. Isto, de fato, poderia causar ambigüidade na compreensão da expressão que de “Família é(são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(ais) você vive normalmente” passou a ser **“Família é(são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(ais) você habitualmente vive”**.

O item 7 com 75% de concordância sofreu a seguinte alteração: de “Caso você viva sozinho(a), considere família como aqueles com quem você tem atualmente os laços emocionais mais fortes” passou para **“Caso você more sozinho(a),**

considere família como aquelas pessoas com as quais você tem atualmente os laços emocionais mais fortes”.

O item 14 correspondente ao domínio “adaptação” obteve concordância de 50% dos juízes. As sugestões de alterações relacionavam-se à uniformização com as outras afirmações. Desta forma a afirmação originalmente traduzida por “Fico satisfeito(a) de poder recorrer à minha família quando alguma coisa está me preocupando” foi alterada para **“Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando”.**

O item 15, correspondente ao domínio “companheirismo” obteve uma concordância de apenas 37,5%. Todos os juízes fizeram sugestões que buscavam aproximar a afirmação de seu domínio compreendido como “compartilhamento”. Assim, a afirmação inicialmente traduzida por “Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família discute questões e compartilha seus problemas comigo” foi substituída por **“Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas”.**

O item 16 correspondente ao domínio “desenvolvimento” também obteve uma concordância baixa (37,5%). As sugestões dos juízes, acatadas pela pesquisadora, foram no sentido de esclarecer ao leitor o significado da afirmação. Assim, a frase inicialmente traduzida por “Estou satisfeito(a) que minha família aceita e apóia meus desejos de empreender novas atividades e caminhos” foi alterada para **“Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções”.**

O item 18 corresponde ao domínio “capacidade resolutiva” obteve 75% de concordância. Acatou-se a sugestão de acrescentar o pronome “o” entre “compartilhamos” e “tempo” de forma a tornar a frase mais compreensível Assim a afirmação “Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos tempo juntos” foi alterada para **“Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos”.**

O item 22 obteve 50% de concordância. Dos quatro juízes discordantes dois sugeriram a substituição de “educaram” por “criaram” por ser este último, mais fidedigno ao termo original. Um dos juízes solicitou o acréscimo do pronome “o” entre “como” e “seu” de forma a tornar a frase mais compreensível e o último juiz solicitou manter o “tom” do diálogo original. Assim o parágrafo “Caso você tenha constituído sua própria família, considere casa o lugar onde você vive com seu cônjuge, filhos ou outra pessoa significativa, caso contrário, considere casa

como seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o educaram vivem” foi alterado para **“Se você constituiu sua própria família, considere casa como o lugar onde você vive com seu cônjuge, filhos ou outra pessoa significativa, caso contrário, considere casa como o seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o criaram vivem”**.

O item 23, com apenas 37,5% de concordância, foi alterado de “por outra pessoa significativa” compreende-se o (a) parceiro(a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto de vista físico e emocional, mas com o (a) qual não está casado” para **“Pessoa significativa é o(a) parceiro(a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto de vista físico e emocional mas com o(a) qual você não está casado”**.

No item 27, que obteve 75% de concordância, as alterações sugeridas e acatadas visavam facilitar a compreensão da frase. Assim a frase “Favor assinalar abaixo a coluna que melhor descreve como atualmente você se dá com cada membro de sua família constante na lista” foi alterada para **“Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve como atualmente você se dá com cada membro de sua família constante da lista”**.

Finalmente, o item 31, com 50% de concordância obteve unanimidade nas sugestões de alterações. Desta forma a versão inicial “Caso você não more com a sua própria família, favor relacionar abaixo as pessoas a quem você recorre mais freqüentemente quando necessita de ajuda” foi alterado para **“Se você mora sozinho(a), por favor relacione abaixo as pessoas a quem você procura, mais freqüentemente, quando precisa de ajuda”**.

Em alguns dos outros itens, embora com concordância igual ou superior a 80%, algumas sugestões, que buscavam facilitar a compreensão do leitor, foram acatadas pela pesquisadora. Estas alterações estão colocadas a seguir:

No item 4, com 87,5% de concordância, a frase “Os espaços para comentários devem ser usados caso você deseje fornecer informações...” foi alterado para **“Os espaços para comentários devem ser usados quando você deseja fornecer informações...”**.

O item 12 foi alterado de “difícilmente” para **“raramente”**.

O item 17 passou de “Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e responde às minhas emoções, tais como raiva, tristeza ou amor” para **“Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor”**.

O item 21, de “Faça uma lista por relacionamento (p.ex: cônjuge, outra pessoa significativa, filho(a) ou amigo(a))” passou para **“Faça uma lista por relacionamento/parentesco (por exemplo: cônjuge, pessoa significativa, filho(a) ou amigo(a))”**.

O item 29 passou de “razoável” para **“mais ou menos”**.

Finalmente, o item 33 foi alterado de “Favor assinalar abaixo a coluna que melhor descreve como atualmente você se dá com cada pessoa constante na lista” para **“Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve como atualmente você se dá com cada pessoa constante na lista”**.

Equivalência conceitual e cultural

A equivalência conceitual representa a coerência do item com relação àquilo que ele se propõe a mensurar e a equivalência cultural diz respeito às situações evocadas ou retratadas nos itens que devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural.

Os índices percentuais de concordância das avaliações conceitual e cultural estão demonstrados na tabela 3 e 4:

Tabela 3: Índices percentuais de concordância entre os juízes segundo a avaliação conceitual nas versões original e traduzida do “Family APGAR”. São Paulo, 2001.

Item	Equivalência conceitual
Fico satisfeito(a) de poder recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me preocupando	1,00
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família discute questões e compartilha seus problemas comigo	0,87
Estou satisfeito(a) que minha família aceite e apóie meus desejos de empreender novas atividades e caminhos	0,62
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e responde às minhas emoções tais como raiva, tristeza e amor	1,00
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos tempo juntos	0,87
MÉDIA GERAL	0,87

Fonte: Dados da Pesquisa

A avaliação de equivalência conceitual obteve uma média de concordância entre os juízes de 87,5% . A concordância observada foi estatisticamente modesta ($K=0,185$).

Tabela 4: Índices percentuais de concordância entre os juízes segundo a avaliação cultural nas versões original e traduzida do “Family APGAR”. São Paulo, 2001.

Item	Equivalência cultural
Fico satisfeito(a) de poder recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me preocupando	1,00
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família discute questões e compartilha seus problemas comigo	0,62
Estou satisfeito(a) que minha família aceite e apóie meus desejos de empreender novas atividades e caminhos	0,75
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e responde às minhas emoções tais como raiva, tristeza e amor	0,87
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos tempo juntos	0,87
MÉDIA GERAL	0,82

Fonte: Dados da Pesquisa

A avaliação de equivalência cultural obteve uma média de concordância entre os juízes de 82,5% . A concordância observada foi também estatisticamente modesta ($K= 0,131$).

Verificamos que todas as alterações propostas pelos juízes quanto à adequação das afirmações para nossos padrões culturais e conceituais restringiam-se às já propostas e acatadas nas alterações semânticas e idiomáticas e desta forma, não sentimos a necessidade de reapresentá-las aos mesmos. Uma vez reformulado o instrumento, obteve-se a segunda versão traduzida e agora, adaptada ao nosso meio. Passamos então, à fase seguinte do desenvolvimento deste estudo.

Pré – Teste

Após o término da primeira fase relacionada à equivalência semântica, cultural e idiomática, cultural e conceitual, realizou-se um pré-teste junto a um grupo de 27 idosos participantes de um Grupo de Terceira Idade cujas características estão apresentadas a seguir:

Tabela 5: Perfil dos idosos que participaram do pré-teste do APGAR de Família segundo sexo e estado civil. São Paulo, 2001.

Estado Civil \ Sexo	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Solteiros	-	-	4	14,8
Viúvos	2	7,4	10	37,0
Separados/Desquitados/Divorciados	1	3,8	1	3,8
Casados/Amasiados	3	11,2	6	22,0
TOTAL	6	22,4	21	77,6

Fonte: Dados da Pesquisa

Verifica-se que a maioria dos idosos pertence ao sexo feminino (77,6%) e são viúvas (37,0%).

Tabela 6: Perfil dos idosos que participaram do pré-teste do APGAR de Família segundo local de nascimento. São Paulo, 2001.

LOCAL DE NASCIMENTO	n	%
Região Nordeste	4	14,8
Região Sudeste	22	81,4
Outros países	1	3,8
TOTAL	27	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

A maioria dos idosos participantes do pré-teste eram naturais da região sudeste conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 7: Perfil dos idosos que participaram do pré-teste do APGAR de Família segundo faixa etária. São Paulo, 2001.

FAIXA ETÁRIA	n	%
60 a 64 anos	5	18,5
65 a 69 anos	5	18,5
70 a 74 anos	10	37,0
75 a 79 anos	1	3,8
80 a 84 anos	4	14,8
85 a 89 anos	2	7,4
TOTAL	27	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

A Tabela 7 nos mostra que 37% dos idosos que participaram do pré-teste estavam na faixa dos 70 a 74 anos.

Tabela 8: Perfil dos idosos que participaram do pré-teste do APGAR de Família segundo escolaridade. São Paulo, 2001.

ESCOLARIDADE	n	%
Primeiro grau incompleto	10	37,0
Primeiro grau completo	8	29,6
Segundo grau incompleto	4	14,8
Segundo grau completo	3	11,2
Terceiro grau completo	2	7,4
TOTAL	27	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que os idosos pertencentes a este grupo, em sua maioria (37,0%), tinham cursado apenas parte do primeiro grau seguidos por 29,6% que cursaram o primeiro grau completo.

Tabela 9: Perfil dos idosos que participaram do pré-teste do APGAR de Família segundo co-habitação. São Paulo, 2001.

CO-HABITAÇÃO	n	%
Residem sozinhos	14	51,8
Residem com cônjuges, pais e/ou filhos	13	48,2
TOTAL	27	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Dos 27 idosos participantes do pré-teste verificou-se que a maioria (51,8%) morava sozinho, dados estes correspondentes aos viúvos e solteiros e 48,15% residiam com seus cônjuges, filhos e/ou pais.

A situação financeira dos idosos participantes do pré-teste do APGAR de Família podem ser verificada na Tabela 10:

Tabela 10: Perfil dos idosos que participaram do pré-teste do APGAR de Família segundo situação financeira. São Paulo, 2001.

SITUAÇÃO FINANCEIRA DOS IDOSOS PARTICIPANTES DO PRÉ -TESTE DO APGAR DE FAMÍLIA	
RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS	%
Até 1 SM	3,8
De 1 a 3 SM	55,5
De 4 a 6 SM	18,5
De 7 a 9 SM	11,1
10 ou + SM	11,1
RENDA PRÓPRIA DO IDOSO	
Sim	77,7
Não	22,3
TIPO DE RENDA DO IDOSO	
Aposentadoria	66,7
Pensão	23,8
Aposentadoria e pensão	9,5
Menos de 1 SM	59,3
De 1 a 3 SM	40,7
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

A maioria dos idosos possuía renda própria na faixa de um a três salários mínimos. Do total, 77,7% possuíam renda própria e destes, 66,7% eram provenientes de aposentadoria.

Observa-se ainda que 59,3% dos idosos referiram gastos inferiores a um salário mínimo com saúde enquanto 40,7% referiram gastos da ordem de um a três salários mínimos.

Quanto à moradia dos idosos, verifica-se o demonstrado na Tabela 11:

Tabela 11: Perfil dos idosos que participaram do pré-teste do APGAR de Família segundo propriedade da moradia. São Paulo, 2001.

MORADIA	%
Própria	66,6
Cedida	29,6
Alugada	3,8
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Embora a maioria dos idosos apresentem renda inferior a 3sm, observa-se que a maioria residia em moradia própria (66,6%). Os que referiram residir em moradia cedida (29,6%), referiram ser a mesma pertencente a algum membro familiar, geralmente os filhos.

A condição de saúde percebida e o tipo de acompanhamento médico realizado pelos idosos participantes do pré-teste podem ser verificados na Tabela 12:

Tabela 12: Perfil dos idosos que participaram do pré-teste do APGAR de Família segundo número de doenças reconhecidas e presença e tipo de acompanhamento médico. São Paulo, 2001.

CONDIÇÃO DE SAÚDE IDENTIFICADA ENTRE OS IDOSOS PARTICIPANTES DO PRÉ –TESTE DO APGAR DE FAMÍLIA	
PRESENÇA DE DOENÇA(S) RECONHECIDA(S)	%
Sim	88,9
Não	11,1
NÚMERO DE DOENÇAS REFERIDAS	
Nenhuma	11,1
De 1 a 3 doenças concomitantes	85,1
De 4 a 6 doenças concomitantes	3,8
ACOMPANHAMENTO MÉDICO PERIÓDICO	
Sim	100,0
Não	-
TIPO DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO	
Exclusivamente público	85,1
Exclusivamente privado	-
Público e privado	14,9
TOTAL	
	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Verifica-se que a maioria dos idosos reconhece a presença de múltiplas patologias (88,9%). Todos eles referiram acompanhamento médico periódico sendo em sua expressiva maioria dependente do sistema público (85,1%).

Estes foram os idosos que participaram desta fase do estudo (pré-teste). Nenhum deles referiu dúvidas ou elaborou questões quanto aos itens do APGAR de Família. Também não foram verificadas outras dificuldades para o preenchimento do mesmo.

A partir deste resultado consideramos o instrumento validado quanto ao aspecto denominado “**validade de face**” que é uma avaliação subjetiva que verifica a evidência superficial da integridade da medida que o instrumento se

propõe a mensurar. Esta é uma avaliação informativa da validade aparente do instrumento realizada por aqueles que o utilizam.

Com a obtenção da versão final do instrumento (Anexo VII) passou-se então para a fase seguinte do estudo relacionada à verificação das propriedades psicométricas do mesmo.

AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO APGAR DE FAMÍLIA

Repetibilidade (Quadro 5)

Para se estabelecer a fidedignidade ou confiabilidade do instrumento considerando sua estabilidade ou constância utilizou-se a medida de sua repetibilidade. Assim, como já explicitado, o APGAR foi aplicado em três momentos distintos à mesma população numa amostra de conveniência de vinte e sete idosos regularmente inscritos e participantes de um Grupo de Terceira Idade.

O número total de idosos que participaram desta fase do estudo sofreu algumas flutuações conforme o período de aplicação. Estas variações ocorreram devido a questões pessoais dos idosos sem qualquer relação com a participação no estudo. Assim, da primeira aplicação participaram vinte e sete idosos, da segunda vinte e cinco e da terceira vinte e três. A título de recordação, as duas primeiras ocorreram no mesmo dia em períodos distintos (manhã e tarde) por aplicadores diferentes, com a finalidade de verificar se a alteração no aplicador interferiria na resposta, e a segunda uma semana depois no período da manhã.

Para analisar a repetibilidade das medidas do APGAR as variáveis na sua forma original (variáveis contínuas ou discretas) foram examinadas pelo coeficiente de correlação de Spearman (ρ) de forma que as relações de equivalência entre a primeira, segunda e terceira medidas pudessem ser examinadas.

O coeficiente de correlação expressa o nível de relação ou a correspondência que existe entre dois eventos. Assim, se os resultados obtidos nas diferentes aplicações forem semelhantes isto indica uma correspondência entre elas e quanto mais o coeficiente obtido se aproximar de 1 (positivo) mais próximo de 100% será a correspondência.

Os resultados obtidos estão expressos na tabela a seguir:

Tabela 13: Coeficiente de Correlação de Spearman para cada questão do APGAR de Família. São Paulo, 2001.

Correlação de Spearman (rho)				
		APGAR-Questão 1 ADAPTAÇÃO Primeira aplicação	APGAR-Questão 1 ADAPTAÇÃO Segunda aplicação	APGAR-Questão 1 ADAPTAÇÃO Terceira aplicação
APGAR-Questão 1 ADAPTAÇÃO Primeira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	1,000 , 27	,965** ,000 25	,969** ,000 23
APGAR-Questão 1 ADAPTAÇÃO Segunda aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,965** ,000 25	1,000 , 25	,943** ,000 21
APGAR-Questão 1 ADAPTAÇÃO Terceira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,969** ,000 23	,943** ,000 21	1,000 , 23
		APGAR-Questão 2 COMPANHEIRISMO Primeira aplicação	APGAR-Questão 2 COMPANHEIRISMO Segunda aplicação	APGAR-Questão 2 COMPANHEIRISMO Terceira aplicação
APGAR-Questão 2 COMPANHEIRISMO Primeira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	1,000 , 27	,964** ,000 25	,990** ,000 23
APGAR-Questão 2 COMPANHEIRISMO Segunda aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,964** ,000 25	1,000 , 25	,958** ,000 21
APGAR-Questão 2 COMPANHEIRISMO Terceira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,990** ,000 23	,958** ,000 21	1,000 , 23
		APGAR-Questão 3 DESENVOLVIMENTO Primeira aplicação	APGAR-Questão 3 DESENVOLVIMENTO Segunda aplicação	APGAR-Questão 3 DESENVOLVIMENTO Terceira aplicação
APGAR-Questão 3 DESENVOLVIMENTO Primeira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	1,000 , 27	,882** ,000 25	,887** ,000 23
APGAR-Questão 3 DESENVOLVIMENTO Segunda aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,882** ,000 25	1,000 , 25	,949** ,000 21
APGAR-Questão 3 DESENVOLVIMENTO Terceira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,887** ,000 23	,949** ,000 21	1,000 , 23

		APGAR-Questão 4 AFETIVIDADE Primeira aplicação	APGAR-Questão 4 AFETIVIDADE Segunda aplicação	APGAR-Questão 4 AFETIVIDADE Terceira aplicação
APGAR-Questão 4 AFETIVIDADE Primeira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	1,000 , 27	,771** , 25	,762** , 23
APGAR-Questão 4 AFETIVIDADE Segunda aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,771** , 25	1,000 , 25	,635** , 21
APGAR-Questão 4 AFETIVIDADE Terceira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,762** , 23	,635** , 21	1,000 , 23
		APGAR-Questão 5 CAPACIDADE RESOLUTIVA Primeira aplicação	APGAR-Questão 5 CAPACIDADE RESOLUTIVA Segunda aplicação	APGAR-Questão 5 CAPACIDADE RESOLUTIVA Terceira aplicação
APGAR-Questão 5 CAPACIDADE RESOLUTIVA Primeira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	1,000 , 27	,969** , 25	,912** , 23
APGAR-Questão 5 CAPACIDADE RESOLUTIVA Segunda aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,969** , 25	1,000 , 25	,936** , 21
APGAR-Questão 5 CAPACIDADE RESOLUTIVA Terceira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,912** , 23	,936** , 21	1,000 , 23

** Correlação é significativa ao nível ,01 (2-tailed)

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 14: Coeficiente de Correlação de Spearman para os escores totais do APGAR de Família. São Paulo, 2001.

Correlação de Spearman (rho)				
		ESCORES TOTAIS DO APGAR DE FAMÍLIA Primeira aplicação	ESCORES TOTAIS DO APGAR DE FAMÍLIA Segunda aplicação	ESCORES TOTAIS DO APGAR DE FAMÍLIA Terceira aplicação
ESCORES TOTAIS DO APGAR DE FAMÍLIA Primeira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	1,000 , 27	,990** , 25	,979** , 23
ESCORES TOTAIS DO APGAR DE FAMÍLIA Segunda aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,990** , 25	1,000 , 25	,981** , 21
ESCORES TOTAIS DO APGAR DE FAMÍLIA Terceira aplicação	Coef. de correlação Sig.(2-tailed) n	,979** , 23	,981** , 21	1,000 , 23

** Correlação é significativa ao nível ,01 (2-tailed)

Fonte: Dados da Pesquisa

Os coeficientes de correlação obtidos foram muito elevados (muito próximos de 1)² e, em todas as aplicações foram encontrados resultados estatisticamente significantes ou seja, há uma correlação de fato entre as diferentes aplicações não sendo estas devidas unicamente ao acaso.

Para se afirmar que o teste tem, de fato, uma adequada repetibilidade, não é suficiente apenas conhecer o nível de correlação entre as diferentes aplicações. Faz-se necessário verificar qual a concordância entre estas medidas. Para tanto foi utilizado o teste de Kappa entre a primeira aplicação e a segunda e entre a primeira e a terceira.

O teste de Kappa assume valores de -1 a +1 onde, os valores negativos indicam concordância inferior ao esperado pelo acaso e valores positivos concordância superior ao esperado pelo acaso em diferentes níveis sendo 1, a concordância perfeita.

A interpretação pode ser feita por categorias de valores como demonstradas no quadro a seguir:

Quadro 7: Significados dos valores assumidos pelo teste de Kappa

Valor de Kappa	Interpretação
$K < \text{ou} = 0,4$	CONCORDÂNCIA POBRE
$0,41 < K < 0,59$	CONCORDÂNCIA REGULAR
$0,60 < K < 0,74$	CONCORDÂNCIA BOA
$K > \text{ou} = 0,75$	CONCORDÂNCIA EXCELENTE

Agrupando-se as aplicações do teste 2 a 2 obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 15: Número de casos coincidentes entre a primeira e a segunda aplicação do APGAR de Família segundo categorias de respostas. São Paulo, 2001.

APGAR TOTAL – 2a. Aplicação					
		Alta disfuncionalidade familiar	Moderada disfuncionalidade familiar	Boa funcionalidade familiar	TOTAL
APGAR TOTAL 1ª. aplicação	Alta disfuncionalidade familiar	2	-	-	2
	Moderada disfuncionalidade familiar	1	3	-	4
	Boa funcionalidade familiar	-	2	17	19
TOTAL		3	5	17	25

Fonte: Dados da Pesquisa

² A título de esclarecimento, ao se obter um coeficiente de correlação de p.ex. 0,965 entre duas aplicações, significa dizer que 96,5% das respostas obtidas da 2a. aplicação foram idênticas à primeira e assim sucessivamente.

Tabela 16: Número de casos coincidentes entre a primeira e a terceira aplicação do APGAR de Família segundo categorias de respostas. São Paulo, 2001.

APGAR TOTAL – 3a. aplicação					
		Alta disfuncionalidade familiar	Moderada disfuncionalidade familiar	Boa funcionalidade familiar	TOTAL
APGAR TOTAL 1ª. aplicação	Alta disfuncionalidade familiar	2	-	-	2
	Moderada disfuncionalidade familiar	-	3	-	3
	Boa funcionalidade familiar	-	1	17	18
TOTAL		2	4	17	23

Fonte: Dados da Pesquisa

Aplicando-se o teste de Kappa obteve-se entre a primeira e segunda aplicações $K=0,728$ e $p=0,000$ e, entre a primeira e terceira aplicações, $K=0,889$ e $p=0,000$.

O valor de p que aparece nos resultados indica o resultado de um teste para a hipótese nula de $K=0$, não há concordância. Pode-se observar que os resultados obtidos enquadram-se no primeiro cruzamento na faixa de “concordância boa” e no segundo, na de concordância excelente. Os 2K obtidos são estatisticamente significantes ($p=0,000$).

Assim, conclui-se que o APGAR de Família é um **teste estável** a partir dos resultados obtidos.

Consistência Interna (Quadro 6)

Para se verificar esta propriedade foram considerados os três grupos (Quadro 1):

- idosos independentes - Grupo I),
- idosos dependentes - Grupo II
- cuidadores - Grupo III

A amostra de conveniência foi constituída por 200 respondentes sendo 149 idosos (74,5%) e 51 (25,5%) cuidadores sendo que destes 28 (54,9%) também eram idosos (≥ 60 anos).

Antes de procedermos a esta verificação, caracterizaremos os três grupos citados (Grupos I, II e III) que fizeram parte da amostra desta fase do estudo.

Caracterização dos Grupos (Quadro 1)

Inicialmente serão apresentados os dados dos idosos referentes aos Grupos I e II e posteriormente os relacionados aos cuidadores, Grupo III. Os resultados obtidos nos dois primeiros grupos foram agrupados segundo as variáveis faixa etária, sexo, local de nascimento, tempo em São Paulo, escolaridade, estado civil, renda familiar, renda do idoso, número e tipo de residentes em domicílio, gastos com saúde do idoso, presença e número de doenças reconhecidas e acompanhamento médico período segundo frequência e tipo.

IDOSOS INDEPENDENTES - GRUPO I

O Grupo I, neste estudo denominado “idosos independentes”, relacionou-se à pessoas com 60 e mais anos, pertencentes à grupos de Terceira Idade e que, para participarem destas atividades não necessitavam de maiores auxílios sendo portanto, funcionalmente independentes. Tal afirmação será posteriormente verificada quando da análise dos resultados da aplicação da escala de avaliação das atividades de vida diária.

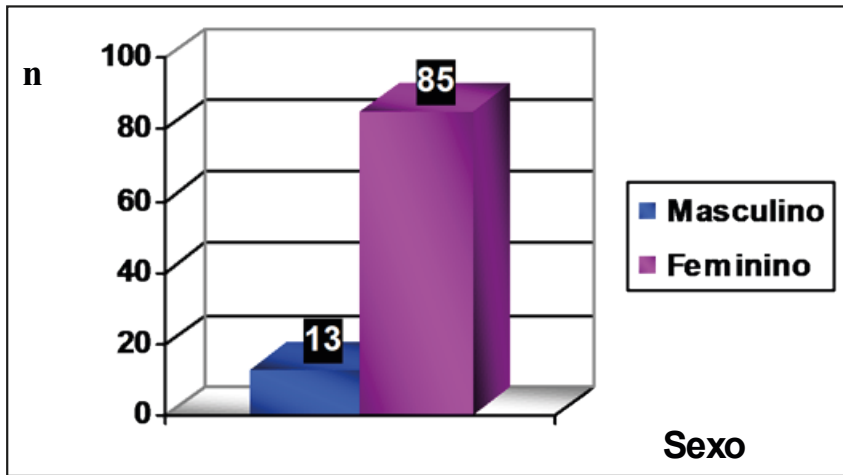
Tabela 17: Perfil dos idosos do Grupo I segundo faixa etária. São Paulo, 2001.

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA	%
60 a 64 anos	24	24,5
65 a 69 anos	23	23,4
70 a 74 anos	25	25,5
75 a 79 anos	15	15,3
80 a 84 anos	8	8,2
85 a 89 anos	3	3,1
TOTAL	98	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

A idade dos idosos deste grupo variou de 60 a 89 anos sendo a média 70,55 anos. O perfil deste grupo, segundo sua distribuição por sexo pode ser observada no gráfico 1:

Gráfico 1: Perfil dos idosos do Grupo I segundo sexo. São Paulo, 2001.



Observa-se que a maioria dos idosos, 86,7%(n=85) era do sexo feminino e apenas 13,3%(n=13) eram do sexo masculino.

Tabela 18: Perfil dos idosos do Grupo I segundo naturalidade e tempo de residência em São Paulo. São Paulo, 2001.

NATURALIDADE	%
Região Nordeste	12,2
Região Sudeste	82,7
Outros Países	5,1
TEMPO DE RESIDÊNCIA EM SÃO PAULO	%
De 11 a 20 anos	3,1
Mais de 20 anos	96,9
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Verifica-se que 82,7% dos idosos do Grupo I eram naturais da região sudeste, 12,2% da região nordeste e e 5,1% de outros países. Os demais eram imigrantes (5,1%), porém a maioria (96,9%) residia em São Paulo há mais de 20 anos e nenhum deles há menos de 10 anos.

O nível de escolaridade dos idosos deste grupo pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 1921: Perfil dos idosos do Grupo I segundo escolaridade. São Paulo, 2001.

ESCOLARIDADE	%
Primeiro Grau incompleto	41,8
Primeiro Grau completo	28,6
Segundo Grau incompleto	10,2
Segundo Grau completo	10,2
Terceiro Grau incompleto	1,0
Terceiro Grau completo	8,2
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que a maioria dos idosos possui apenas o primeiro grau incompleto. Este dado corrobora o encontrado na contagem populacional de 1996 onde 63% da população idosa encontrava-se nas mesmas condições.

A distribuição dos idosos do Grupo I segundo seu estado civil é apresentada na Tabela 20:

Tabela 20: Perfil dos idosos do Grupo I segundo estado civil. São Paulo, 2001.

ESTADO CIVIL	%
Solteiro	13,3
Casado / Amasiado	27,5
Viúvo	55,1
Separado/Desquitado/Divorciado	4,1
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se o expressivo número de viúvos no grupo que associado ao percentual significativo de mulheres corrobora com inúmeros estudos que descrevem a maior longevidade feminina. Segundo afirma Chaimowicz (1997), a presença do cônjuge é muito importante para a segurança e a estabilidade financeira e afetiva dos idosos. Em estudo desenvolvido em 1993, continua o autor, verificou-se que 66% das mulheres idosas eram viúvas, solteiras ou separadas situação essa que contrastava com a dos homens idosos onde 76,3% eram casados. Tal fato se explica não somente pela menor longevidade masculina, mas pela tendência dos homens idosos a se casarem novamente após a viuvez bem como pela maior frequência de novos casamentos com mulheres mais jovens.

Buscou-se verificar então, com quem os idosos deste grupo residiam, tendo-se obtido os resultados apresentados nas Tabelas 21 e 22:

Tabela 21: Perfil dos idosos do Grupo I segundo existência e número de co-habitantes residenciais. São Paulo, 2001.

COM QUEM RESIDE O IDOSO	%
Sozinho	31,7
Cônjuge/Filhos/Pais/Netos	67,3
Outras pessoas	1,0
NÚMERO DE CO-HABITANTES RESIDENCIAIS	
Nenhum	31,6
1	30,6
2	18,4
3	9,2
4	6,1
5	4,1
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 22: Perfil dos idosos do Grupo I segundo o grau de parentesco e a faixa etária dos co-habitantes residenciais. São Paulo, 2001.

GRAU DE PARENTESCO COM O IDOSO	%
Marido / esposa	19,6
Filho / filha	47,8
Mãe / Pai	2,2
Irmão / Irmã	8,7
Genro / Nora	7,2
Neto / Neta	14,5
FAIXA ETÁRIA DOS CO-HABITANTES RESIDENCIAIS	
0 a 9 anos	2,2
10 a 19 anos	11,7
20 a 29 anos	7,2
30 a 39 anos	18,1
40 a 49 anos	23,9
50 a 59 anos	8,7
60 a 69 anos	15,9
70 a 79 anos	8,0
80 a 89 anos	3,6
90 a 99 anos	0,7
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

É interessante verificar que, neste grupo, 66 idosos (67,3%) residiam com esposa(o) e/ou filhos e destes 30 (30,6%) residiam apenas com um familiar, geralmente os cônjuges, também idosos. Do total, 31(31,7%) residiam sozinhos e apenas 1% residia com outros parentes.

Esta observação, ao nosso ver, merece um olhar diferenciado. Estudos epidemiológicos demonstram que isto é decorrente das alterações estruturais das famílias que, de um lado, vem reduzindo seu tamanho devido à queda de fecundidade e de outro, vem sofrendo alterações em sua dinâmica e em seus papéis e funções em virtude da maior inserção da mulher no mercado de trabalho, maior número de separações conjugais, casais que optam por não ter filhos e o número de mães que criaram seus filhos sozinhas. Todas estas situações descritas, sugerem que, ao atingir a terceira idade, estes idosos tenham um número limitado ou inexistente de recursos familiares disponíveis para auxiliá-los, caso necessitem fato este muito preocupante uma vez que o sistema formal de suporte até então desenvolvido, não é e talvez nunca seja capaz de substituir o papel da família na assistência a seus idosos.

É interessante observar as principais concentrações etárias, a primeira na faixa compreendida entre 30 e 49 anos (42%) provavelmente correspondente aos filhos seguida pela faixa compreendida entre 60 e 69 anos (15,9%) neste caso, relacionada aos cônjuges e posteriormente pela faixa de 10 a 19 anos (11,7%) provavelmente relacionada aos netos compondo-se assim a convivência intergeracional.

Observa-se também, que o número de respostas (138) é maior que o número de respondentes (98). Isto ocorre em virtude de muitos idosos residirem com mais de uma pessoa conforme demonstrado.

Verifica-se também que a família de procriação (descrita anteriormente) é ainda a que fornece maior suporte para os idosos. Isto nos faz refletir sobre os possíveis problemas/demandas que poderão ocorrer daqui a poucos anos com o aumento cada vez mais expressivo de idosos e com as alterações familiares estruturais já descritas.

Tais dados despertam nossa atenção para a necessidade cada vez mais premente do desenvolvimento de programas voltados à promoção de saúde e prevenção de doenças nesta faixa etária, buscando preservar ao máximo e pelo maior tempo possível a independência destes indivíduos.

A situação financeira destes idosos pode ser observada na Tabela 23:

Tabela 23: Perfil dos idosos do Grupo I (idosos independentes) segundo situação financeira. São Paulo, 2001.

RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS	%
Até 1 SM	3,1
De 1 a 3 SM	38,7
De 4 a 6 SM	33,7
De 7 a 9 SM	10,2
10 ou + SM	14,3
RENDA PRÓPRIA DO IDOSO	
Sim	87,7
Não	12,3
TIPO DE RENDA DO IDOSO	
Aposentadoria	45,3
Pensão	43,1
Aposentadoria e pensão	8,1
Outros tipos de rendimento	3,5
GASTOS COM A SAÚDE DO IDOSO	
Menos de 1 SM	65,3
De 1 a 3 SM	32,7
De 4 a 6 SM	2,0
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Os resultados apresentados mostram que a maioria dos idosos tem renda própria (87,7%) e destes, 74 idosos (75,5%) recebem provimentos inferiores a seis salários mínimos por mês. Observa-se que uma das principais características da população idosa no Brasil são seus limitados recursos financeiros geralmente provenientes de aposentadorias e pensões. Estudo desenvolvido em 1988 demonstrou que 90% dos idosos aposentados no Brasil recebiam proventos de até 2,5 salários mínimos²⁶.

Observa-se também que a maioria dos idosos refere gastos com saúde da ordem de um a três salários mínimos o que, quando comparado à sua renda, leva-nos a concluir ser este um gasto importante uma vez que o mesmo constitui um dos principais itens relacionados aos gastos cotidianos nesta faixa etária.

Com relação à propriedade da moradia onde reside o idoso verifica-se o descrito na tabela a seguir:

Tabela 24: Perfil dos idosos do Grupo I (idosos independentes) segundo propriedade da moradia na qual residem. São Paulo, 2001.

PROPRIEDADE DA MORADIA ONDE RESIDE O IDOSO	%
Própria	66,3
Alugada	6,1
Cedida	27,6
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que 66,3% residem em moradia própria, 27,6% em moradia cedida, em sua maior parte pelos filhos e, 6,1% moravam em casas alugadas. Isto é compatível com uma época de melhores condições econômicas onde a maioria das pessoas, mesmo com recursos não abundantes, era capaz de adquirir seu próprio imóvel. Como já foi anteriormente explicitado, esta condição tem levado muitos filhos, que não encontram condições econômicas de adquirir um imóvel próprio ou de se manter em um alugado, retornarem a residir na casa de seus pais, muitas vezes com suas respectivas famílias.

Com relação a percepção da própria condição de saúde e atenção dada à mesma pelo grupo em questão pode-se verificar o apresentado na Tabela 25:

Tabela 25: Perfil dos idosos do Grupo I (idosos independentes) segundo número de doenças reconhecidas referidas e existência e tipo de acompanhamento médico. São Paulo, 2001.

PRESENÇA DE DOENÇA(S) RECONHECIDA(S)	%
Sim	74,5
Não	25,5
NÚMERO DE DOENÇAS REFERIDAS	
Nenhuma	25,5
De 1 a 3	67,4
De 4 a 6	7,1
ACOMPANHAMENTO MÉDICO PERIÓDICO	
Sim	91,8
Não	8,2
TIPO DE RENDA ACOMPANHAMENTO MÉDICO	
Exclusivamente público	55,1
Exclusivamente privado	32,7
Público e privado	5,1
Branco	7,1
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Verifica-se que a maioria dos idosos reconhece a presença de patologias citando mais expressivamente a faixa compreendida entre uma e três patologias presentes simultaneamente. Os idosos podem ser portadores de múltiplos problemas coexistentes. Horan (1993) desenvolveu estudo onde observou que o número de condições crônicas entre os idosos aumentava de 4,6 para 5,8 entre os 65 e os 75 anos. Outro estudo desenvolvido em Belo Horizonte com uma amostra aleatória de 625 indivíduos a partir dos 60 anos demonstrou a grande frequência de queixas relacionadas às doenças crônico-degenerativas e também uma importante presença de queixas relacionadas a transtornos afetivos (depressão, estresse, angústia, insônia). Em 47,2% destes mesmos idosos quando indagados sobre seu estado de saúde, verificou-se a afirmação de não se sentirem bem.

Frente a este dado, já consagrado na literatura, consideramos importante para este estudo avaliarmos a condição de independência dos idosos por ser esta, quando afetada, a que mais costuma trazer ônus à família e comprometer a qualidade de vida dos idosos. Desta forma, os idosos do Grupo I também foram categorizados segundo sua capacidade funcional utilizando-se para isto a escala de OARS – “Older American Resources and Services” (Anexo IX) traduzida com adaptações para o nosso meio por Cardoso e Gonçalves (1995). Os resultados obtidos estão demonstrados nos Gráficos 2 e 3:

Gráfico 2: Perfil dos idosos do Grupo I segundo sua capacidade funcional para Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDIs). São Paulo, 2001.

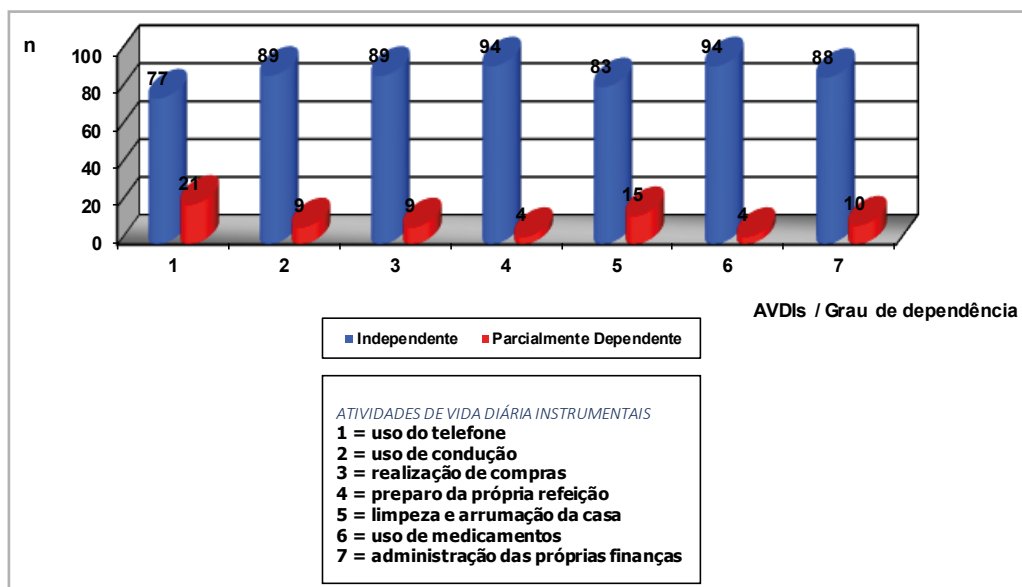
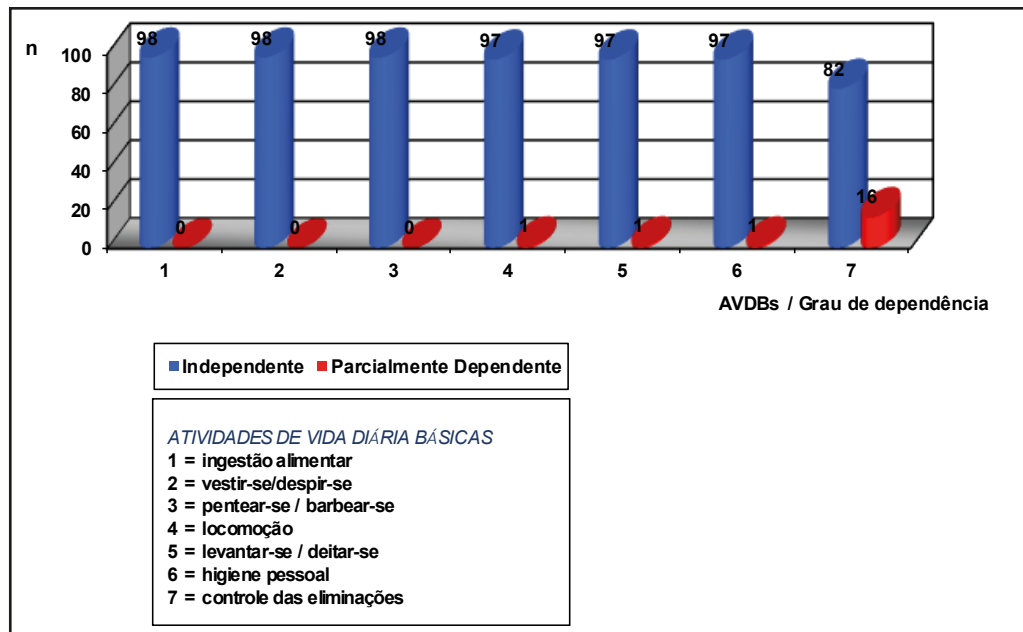


Gráfico 3: Perfil dos idosos do Grupo I segundo sua capacidade funcional para Atividades de Vida Diária Básicas (AVDBs). São Paulo, 2001.



Os gráficos 2 e 3 demonstram a capacidade funcional dos idosos do Grupo I para as AVDBs e AVDBs individualmente. No entanto, no conjunto, apesar da existência de algumas limitações individuais, a maioria dos idosos era independente, quando observado o escore total do OARS que os classifica, após análise do conjunto das AVDBs, em independentes (10 a 14 pontos), parcialmente dependentes (5 a 9 pontos) e totalmente dependentes (0 a 4 pontos). Considerando esta classificação, para os idosos deste grupo, obtivemos o demonstrado na Tabela 26:

Tabela 26: Perfil dos idosos do Grupo I segundo escore total do OARS determinando sua capacidade funcional para AVDBs e AVDBs. São Paulo, 2001.

CLASSIFICAÇÃO	AVDBs ^a		AVDBs ^b	
	FREQUÊNCIA	%	FREQUÊNCIA	%
Independente	97	99,0	98	100,0
Parcialmente dependente	1	1,0	-	-
Totalmente dependente	-	-	-	-
TOTAL	98	100,0	98	100,0

a: Atividades de Vida Diária Instrumentais

b: Atividades de Vida Diária Básicas

Fonte: Dados da Pesquisa

Verificou-se que 100% dos idosos deste grupo eram independentes para a realização das AVDBs e 99,0% para as AVDIIs sendo que apenas um idoso apresentou dependência parcial nesta avaliação relacionada a atividades como uso de telefone, manipulação das próprias finanças, limpeza e arrumação da casa e ainda atividades externas como o uso de condução e a realização de compras. Estes resultados corroboram com estudos clássicos que demonstram que a perda de capacidade funcional normalmente se dá das atividades mais complexas para as mais simples e tendem a ficarem mais comprometidos com o avançar da idade.

Inquérito domiciliar realizado em São Paulo demonstrou que 54% dos idosos entrevistados não necessitavam de auxílio nas AVDs porém esta proporção diminuía com o avançar da idade chegando a 15% entre os idosos de 80 anos¹³².

Embora no escore total todos os idosos deste grupo estejam classificados como independentes o que, de fato são, ao se analisar as AVDs individualmente pode-se observar a presença de algumas limitações (gráficos 2 e 3) às quais, no entanto, ainda não comprometem a sua independência.

Verificaremos a seguir, a caracterização do Grupo II, neste estudo denominado de “Idosos Dependentes” em virtude dos mesmos pertencerem ao Programa de Atendimento Domiciliário do HCFMUSP (NADI) que tem como uma de suas condições de admissão, a necessária existência de um cuidador domiciliário que sugere a presença de algum grau de dependência. Embora esta denominação possa não ser a mais adequada, sua utilização foi necessária para auxiliar na discriminação dos dois grupos.

IDOSOS DEPENDENTES - GRUPO II

O Grupo II foi constituído por 51 idosos acompanhados pelo Núcleo de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo(HCFMUSP) . Sua caracterização será discriminada a seguir:

Tabela 27: Perfil dos idosos do Grupo II (idosos dependentes n=51) segundo faixa etária. São Paulo, 2001.

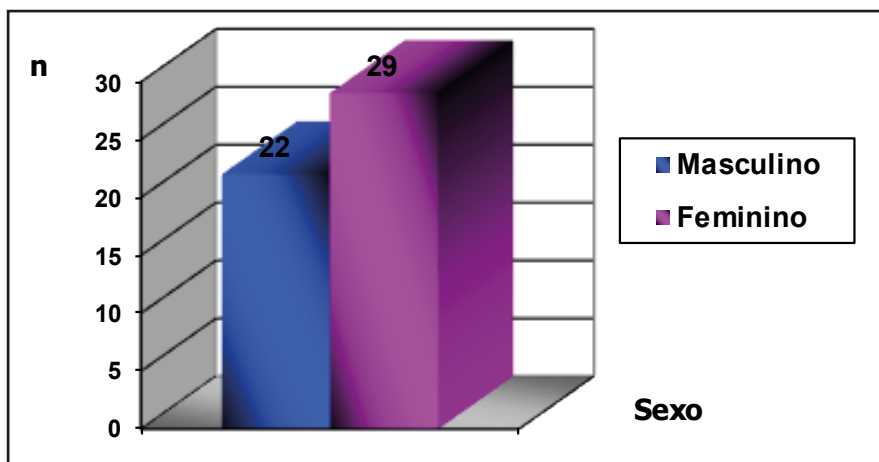
FAIXA ETÁRIA	%
60 a 64 anos	7,8
65 a 69 anos	21,7
70 a 74 anos	15,7
75 a 79 anos	23,5
80 a 84 anos	19,6
85 a 89 anos	3,9
90 a 94 anos	7,8
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

A idade dos idosos do Grupo II variou de 62 a 94 anos com média igual a 75,79 anos, superior portanto à faixa etária apresentada pelo Grupo I.

A distribuição por sexo observada pode ser observada no Gráfico 10:

Gráfico 4: Perfil dos idosos do Grupo II segundo sexo. São Paulo, 2001.



Verifica-se que 22 idosos (56,9%) do Grupo II eram do sexo feminino e 29(43,1%) do sexo masculino. Observa-se aqui uma distribuição mais equitativa do que no grupo anterior. É interessante notar o aumento na proporção de idosos do sexo masculino. Algumas observações podem ser feitas quanto a esta diferença. Em primeiro lugar alguns estudos demonstram que as mulheres tendem a procurar os serviços de saúde mais precocemente e desta forma obtêm intervenções mais precoces no sentido de promoção de saúde e prevenção de

doenças ou de suas consequências (WHALL, 1986). Por outro lado, lembramos que este grupo se constituía da junção dos pacientes do programa de atendimento domiciliário e do programa de oxigenioterapia, ambos gerenciados pelo NADI. Alguns estudos demonstram uma maior predominância do sexo masculino entre os portadores crônica de pulmão (SATO, 1997; THI et al, 1997).

A naturalidade e o tempo de residência em São Paulo dos idosos do Grupo II pode ser verificada na Tabela 28:

Tabela 28: Perfil dos idosos do Grupo II segundo naturalidade e tempo de residência em São Paulo. São Paulo, 2001.

NATURALIDADE	%
Região Nordeste	11,7
Região Sul	2,0
Região Sudeste	70,6
Região Centro-Oeste	2,0
Outros Países	13,7
TEMPO DE RESIDÊNCIA EM SÃO PAULO	%
Menos de 1 ano	2,0
De 1 a 10 anos	-
De 11 a 20 anos	2,0
Mais de 20 anos	96,0
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Como no Grupo I, a maioria dos idosos (70,6%) era natural da região sudeste, seguido pela região nordeste (11,7%). As regiões sul e centro-oeste mostraram a mesma proporção de idosos (2,0% cada). O percentual de imigrantes neste grupo mostrou-se mais elevado chegando a 13,7%.

Do total de idosos, a expressiva maioria, 96,0%, residia em São Paulo há mais de 20 anos sendo que apenas um o fazia há pouco menos de um ano

O nível de escolaridade do Grupo II pode ser observado na Tabela 31:

Tabela 29: Perfil dos idosos do Grupo II (idosos dependentes) segundo escolaridade. São Paulo, 2001.

ESCOLARIDADE	%
Primeiro Grau incompleto	72,6
Primeiro Grau completo	13,7
Segundo Grau incompleto	2,0
Segundo Grau completo	7,8
Terceiro Grau completo	3,9
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que a maioria dos idosos, 72,6%, possuía o nível de instrução mais básico ou seja, o primeiro grau incompleto. Segundo Lessa⁸⁸, em estudo realizado junto à população idosa da região metropolitana de São Paulo, observa-se a presença de 35% de analfabetos e 16% com curso pós elementar ou seja, um ou dois anos do primeiro grau.

A distribuição dos idosos segundo seu estado civil é apresentado na Tabela 30:

Tabela 30: Perfil dos idosos do Grupo II (idosos dependentes) segundo estado civil. São Paulo, 2001.

ESTADO CIVIL	%
Solteiro	9,8
Casado / Amasiado	45,1
Viúvo	43,1
Separado/Desquitado/Divorciado	1,0
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

A maioria dos idosos deste grupo(45,1%) era casada, índice maior que o observado no grupo anterior e 43,1% eram viúvos. Conforme já explicitado, é preocupante a situação de idosos com qualquer nível de dependência frente às alterações estruturais que vem ocorrendo junto às famílias. Enquanto casados, supõe-se a existência de um cuidador, o cônjuge, com todas as suas prováveis limitações,a começar pela própria faixa etária, pois, na maioria das vezes, estes também serão idosos. Quanto aos viúvos, o comprometimento familiar pode ser mais significativo pois, nestes casos, é necessário verificar a existência ou não de uma família de procriação que possa ser responsável pela assistência dos mesmos caso isto seja requerido. Para tanto, verificamos a seguir o perfil do grupo quanto a seus co-habitantes residenciais:

Tabela 31: Perfil dos idosos do Grupo II (idosos dependentes) segundo co-habitantes residenciais. São Paulo, 2001.

COM QUEM RESIDE O IDOSO	%
Sozinho	3,9
Cônjuge/Filhos/Pais/Netos	86,3
Outras pessoas	9,8
NÚMERO DE CO-HABITANTES RESIDENCIAIS	
Nenhum	3,9
1	33,3
2	21,6
3 ou +	41,2
GRAU DE PARENTESCO COM O IDOSO	
Marido / esposa	17,2
Filho / filha	31,9
Mãe / Pai	2,6
Irmão / Irmã	6,9
Genro / Nora	12,9
Neto / Neta	18,1
Cunhado/Cunhada	0,9
Sobrinho/Sobrinha	2,6
Neto/Neta	1,7
Outros	5,2
FAIXA ETÁRIA DOS CO-HABITANTES RESIDENCIAIS	
0 a 9 anos	5,2
10 a 19 anos	10,3
20 a 59 anos	47,4
60 a 69 anos	21,5
70 a 79 anos	7,8
80 a 89 anos	7,8
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

É interessante notar que, mesmo sendo um critério para a admissão no programa de atendimento domiciliário a existência de um cuidador e, considerando-se ainda que, para este estudo, só foram considerados os cuidadores familiares, dois dos idosos entrevistados referiram residir sozinhos. A maioria deles (33,3%) residia com apenas uma pessoa, em geral o cônjuge. Repete-se aqui o encontrado no Grupo I, onde a família de procriação tende a ser a principal envolvida nas

ações de cuidado requeridas por seus membros idosos pois, além do cônjuge, os familiares mais presentes normalmente são os filhos e suas respectivas famílias.

Dos 49 idosos (96,0%) que referiram residir com outras pessoas observa-se, como no Grupo I, um excedente de respostas, aqui também correspondente ao fato do idoso residir com mais de uma pessoa, geralmente familiares. Verifica-se ainda que, a presença de três gerações numa mesma casa que abriga um idoso com algum grau de dependência, parece ser um fato comum e que isto pode trazer, ao nosso ver, repercussões na dinâmica de funcionamento familiar.

A distribuição etária dos co-habitantes residenciais do Grupo II demonstra duas principais faixas de concentração, a primeira compreendida entre 20 e 29 anos (12,9%), inferior à observada no Grupo I e onde geralmente incluem-se os parentes de 3ª geração, os netos; e a segunda compreendida entre 40 e 69 anos (48,2%) onde geralmente encontram-se filhos e alguns cônjuges.

Com relação à propriedade da moradia onde reside o idoso verifica-se o descrito na Tabela 32:

Tabela 32: Perfil dos idosos do Grupo II (idosos dependentes) segundo propriedade da moradia na qual residem. São Paulo, 2001.

PROPRIEDADE DA MORADIA ONDE RESIDE O IDOSO	%
Própria	54,9
Alugada	3,9
Cedida	41,2
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto à propriedade onde reside o idoso verifica-se que, na maioria das vezes (54,9%), a residência pertence ao próprio idoso. Observa-se no entanto que, neste grupo, em 41,2% das situações, esta moradia é cedida, geralmente por algum familiar, na maioria das vezes os filhos. Este dado, ao nosso ver, é decorrente das atuais demandas assistenciais apresentadas pelos pais, que, necessitando de maiores cuidados, passam a coabitar a mesma moradia de sua família de procriação o que pode ser reforçado pelo observado na Tabela 31 no que diz respeito à faixa etária de co-habitantes o que sugere convivência intergeracional. Observa-se ainda que 3,9% dos idosos deste grupo residem em imóvel alugado.

A situação financeira dos idosos do Grupo II pode ser observada a seguir:

Tabela 33: Distribuição dos idosos do Grupo II segundo situação financeira. São Paulo, 2001.

RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS	%
Até 1 SM	-
De 1 a 3 SM	33,3
De 4 a 6 SM	39,2
De 7 a 9 SM	5,9
10 ou + SM	21,6
RENDA PRÓPRIA DO IDOSO	
Sim	88,2
Não	11,8
TIPO DE RENDA DO IDOSO	
Aposentadoria	62,2
Pensão	35,6
Outros tipos de rendimento	2,2
GASTOS COM A SAÚDE DO IDOSO	
Menos de 1 SM	54,9
De 1 a 3 SM	39,2
De 4 a 6 SM	5,9
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Na Tabela 35 verifica-se que a maioria dos idosos (72,5%) concentra seu rendimento familiar na faixa compreendida entre 1 e 6 salários mínimos, dado similar ao obtido no Grupo I. Observa-se ainda uma outra concentração na faixa de renda de 10 salários mínimos ou mais. Isto é decorrente do fato de muitos destes idosos coabitarem com vários familiares, em idade adulta e produtiva, o que contribui com o aumento da renda familiar.

Observa-se também um aumento no percentual de gastos com a saúde do idoso. Tal fato pode ser explicado, ao nosso ver, pelo aumento das demandas assistenciais destes idosos (medicamentos, materiais de consumo específicos, etc) mesmo considerando-se que estes são acompanhados por uma instituição pública. Em nossa realidade atual, observamos muitas carências nos setores públicos de assistência à saúde fazendo com que nem sempre os mesmos sejam capazes de suprir as demandas de seus próprios pacientes no que tange à medicamentos, dietas, materiais de curativos, fraldas, etc; que acabam sendo adquiridos pela própria família para melhor atender aos seus parentes.

Esta observação vem de encontro ao que muito se tem discutido na área de atendimento domiciliário relacionado aos gastos familiares. Estes gastos

não são computados quando do cálculo do custo real deste tipo de assistência, sem dúvida muito menor que a hospitalar. Apesar de não serem computados, estes gastos existem e oneram e muito, o sistema familiar trazendo um impacto importante no equilíbrio financeiro do orçamento familiar. Isto porém, requer um estudo mais detalhado e específico e que, neste momento, não é nosso alvo de atenção.

Quanto à percepção da própria condição de saúde e atenção dada à mesma pelos idosos do Grupo II, observou-se o demonstrado na Tabela 34:

Tabela 34: Perfil dos idosos do Grupo II segundo número de doenças reconhecidas e referidas e existência e tipo de acompanhamento médico. São Paulo, 2001.

PRESEÇA DE DOENÇA(S) RECONHECIDA(S)	%
Sim	100,0
Não	-
NÚMERO DE DOENÇAS REFERIDAS	
De 1 a 3	78,4
De 4 a 6	17,7
De 7 a 10	3,9
ACOMPANHAMENTO MÉDICO PERIÓDICO	
Sim	100,0
Não	-
TIPO DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO	
Exclusivamente público	98,0
Público e privado	2,0
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que 100% dos idosos identificam sua condição de saúde. De forma semelhante ao Grupo I, observamos maior concentração no reconhecimento de uma a três patologias (78,4%) concomitantes mas observamos também que em 21,6% dos casos, há o reconhecimento de 4 a 10 patologias concomitantes. Isto corresponde ao resultado de alguns estudos relacionados a incidência de polipatologias concomitantes nesta faixa etária. Cabe-nos aqui ressaltar que o número de patologias citadas correspondem às reconhecidas como existentes pelos próprios idosos. O número real destas patologias era mais elevado em seus prontuários. Tal condição parece agravar-se com o aumento da faixa etária e, nos casos em que as condições de saúde dos idosos já demandam mais atenções, deve-se ficar atento para o que se denomina de “fragilidade” do idoso, que pode

ser compreendido como o estado de redução de reserva dos diversos sistemas fisiológicos como resultado da combinação de alguns fatores como o envelhecimento biofisiológico, a presença patologias crônicas, sobrecargas ou abusos no transcorrer da vida que possuem efeito acumulativo e o desuso decorrente do sedentarismo. Esta associação aumenta a suscetibilidade dos idosos às doenças e às incapacidades e conseqüentemente ao aumento de demandas assistenciais a serem supridas pelos recursos formais e informais²⁶.

Como no Grupo I os idosos do Grupo II também foram categorizados quanto à sua capacidade funcional pelos escores totais da Escala de Atividades de Vida Diária Básicas e Instrumentais do OARS. Sua distribuição quanto a seu grau de dependência determinado por tais escores, pode ser observada na Tabela 35:

Tabela 35: Perfil dos idosos do Grupo II segundo escore total do OARS determinando sua capacidade funcional para AVDIs e AVDBs. São Paulo, 2001.

	AVDIs ^a	AVDBs ^b
CLASSIFICAÇÃO	%	%
Independente	23,5	64,7
Parcialmente dependente	21,6	19,6
Totalmente dependente	54,9	15,7
TOTAL	100,0	100,0

a: Atividades de Vida Diária Instrumentais

b: Atividades de Vida Diária Básicas

Fonte: Dados da Pesquisa

Essa tabela nos mostra que, apesar de matriculados em um programa de atendimento domiciliário e reconhecendo a presença de patologias com acompanhamento médico constante, 23,5% dos idosos reconheciam-se independentes nas AVDIs, estes, somados a outros 33 idosos também eram independentes nas AVDBs (64,7%). Este dado pode ser observado quando da visita para a entrevista. Nesta ocasião, estes idosos apresentavam melhoria em seu estado de saúde. Os idosos que apresentavam maior grau de independência eram os pertencentes ao programa de oxigenioterapia e, quando avaliados, apresentavam importante melhora do quadro sintomatológico e conseqüentemente menor ou nenhuma dependência do oxigênio. Verifica-se também que, 76,5% dos idosos apresentavam dependência para as AVDIs e 35,5% para as AVDBs. Dentre estes, 54,9% e 15,7% apresentavam dependência total respectivamente para AVDIs e AVDBs. Este quadro nos mostra a necessidade e a importância da presença dos denominados cuidadores familiares pois eram eles, nestes casos, que assumiam a função de assistência aos seus parentes idosos.

Analisando as AVDs individualmente (Gráficos 5 e 6) pode-se observar mais claramente as limitações apresentadas pelos idosos do Grupo II:

Gráfico 5: Perfil dos idosos do Grupo II segundo sua capacidade funcional para Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDIs). São Paulo, 2001.

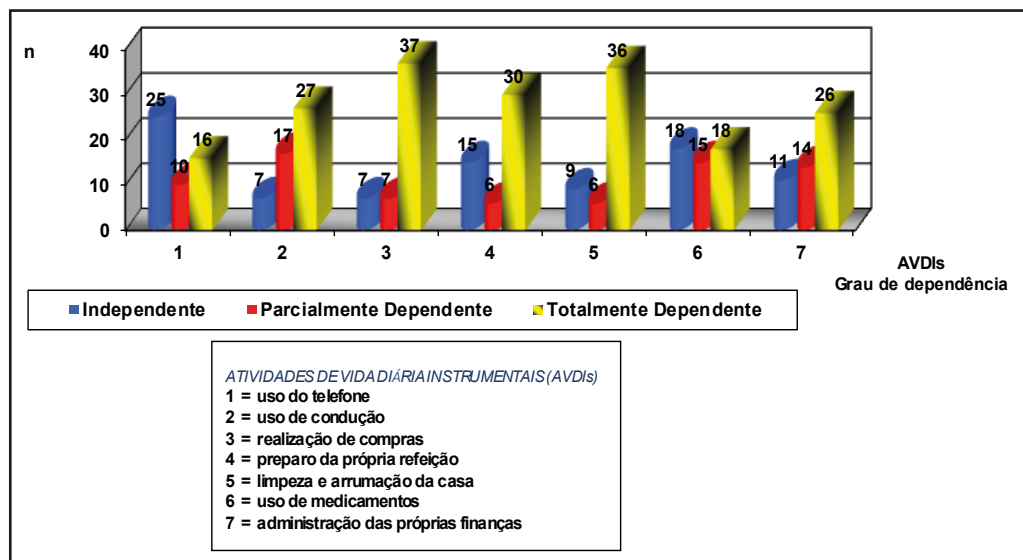
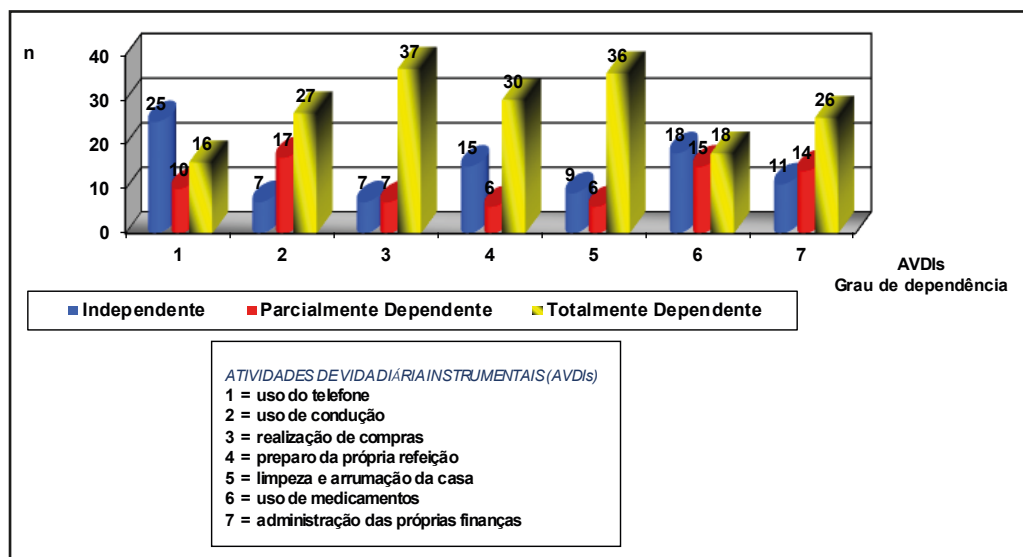


Gráfico 6: Perfil dos idosos do Grupo II segundo sua capacidade funcional para Atividades de Vida Diária Básicas (AVDIs). São Paulo, 2001.



Observa-se que a AVDI mais comprometida é a relacionada à realização de compras (72,5%) que envolve a independência em sair da própria residência. Segue-se a esta a relacionada à limpeza e arrumação da própria casa (70,6%) o que demonstra uma certa limitação física para cuidar de seu entorno além da questão cultural relacionada à gênero, uma vez que o sexo masculino raramente assume tais funções. Em ambos os casos há a necessidade de uma atenção e um compromisso familiar em responder a tais demandas.

Quanto às AVDBs observamos que as atividades relacionadas à capacidade motora, ou seja, locomoção e mobilização foram as que apresentaram maior dependência. Isto decorre em parte da própria fragilidade apresentada pelos idosos e ainda, pelo fato de estarem mais dependentes, por aquilo que em gerontologia é denominado síndrome do desuso onde, a maior imobilidade leva à maior dificuldade em mobilização. Nestas circunstâncias observa-se um importante ônus destinado aos cuidadores familiares que serão os responsáveis por auxiliar estes idosos em quaisquer atividades que envolvam mobilização. O grupo dos cuidadores familiares (Grupo III) será caracterizado em seguida.

CUIDADORES FAMILIARES - GRUPO III

O Grupo III era constituído de 51 cuidadores familiares. Este grupo compôs o estudo por acreditarmos que, na presença de doenças que levam à dependência e conseqüentemente à necessidade da existência de um cuidador, a dinâmica de funcionamento familiar, do ponto de vista de seus membros, pode estar sendo de alguma forma alterada. Por acreditarmos serem os idosos e seus cuidadores os mais diretamente atingidos por tal problemática, pensamos em aplicar o instrumento ora em análise (APGAR de Família) junto aos mesmos justamente para verificar sua validade junto a este tipo de participante.

As características deste grupo estão discriminadas a seguir:

Tabela 36: Perfil dos cuidadores (Grupo III, n=51) segundo faixa etária. São Paulo, 2001.

FAIXA ETÁRIA	%
20 a 29 anos	7,8
30 a 39 anos	3,9
40 a 49 anos	15,7
50 a 59 anos	17,7
60 a 69 anos	35,3
70 a 79 anos	19,6
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

A idade dos cuidadores variou de 21 a 79 anos com uma média de 57,5 anos e uma mediana de 61 anos. É interessante observar, que 54,9% deles também eram idosos, o que vem de encontro ao já demonstrado por alguns estudos e que merece atenção especial das políticas assistenciais voltadas a esta faixa etária.

Quanto à naturalidade e tempo de residência em São Paulo, observamos o que se segue:

Tabela 37: Perfil dos cuidadores (Grupo III) segundo naturalidade e tempo de residência em São Paulo. São Paulo, 2001.

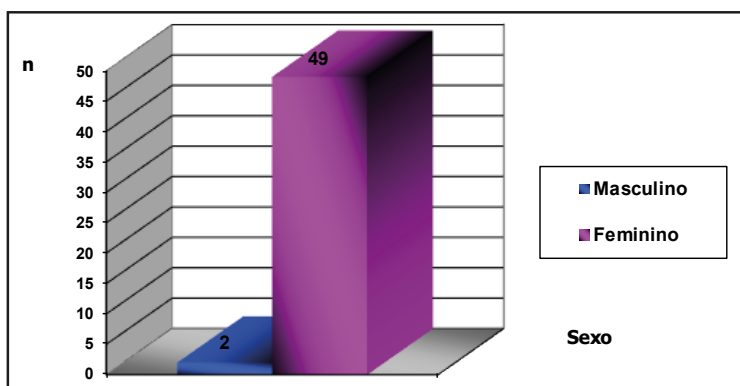
NATURALIDADE	%
Região Nordeste	13,6
Região Sul	2,0
Região Sudeste	82,4
Outros Países	2,0
TEMPO DE RESIDÊNCIA EM SÃO PAULO	%
De 11 a 20 anos	2,0
Mais de 20 anos	98,0
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Verifica-se que os cuidadores eram, na maioria, naturais da região sudeste (82,4%) seguida pela região nordeste (13,6%). O percentual de imigrantes e de naturais da região sul observado foi o mesmo (2,0% cada). A expressiva maioria destes cuidadores, 98%, reside em São Paulo há mais de 20 anos.

Quanto ao sexo, verificamos o que é demonstrado pelo Gráfico 13:

Gráfico 13: Perfil dos cuidadores (Grupo III) segundo sexo. São Paulo, 2001.



O dado aqui encontrado corrobora o que vem sendo registrado há muito tempo, ou seja, a predominância do sexo feminino na função e cuidador familiar (96,1%).

A Tabela 38 nos mostra o nível de escolaridade encontrado neste grupo:

Tabela 38: Distribuição dos cuidadores (Grupo III) segundo escolaridade. São Paulo, 2001.

ESCOLARIDADE	%
Primeiro Grau incompleto	41,2
Primeiro Grau completo	19,6
Segundo Grau incompleto	5,9
Segundo Grau completo	23,5
Terceiro Grau incompleto	5,9
Terceiro Grau completo	3,9
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que a maioria dos cuidadores (41,2%) possui apenas o primeiro grau incompleto o que pode, de alguma forma, comprometer a assistência a ser prestada quando a eles forem delegadas tarefas mais complexas. Este dado, ao nosso ver, deve chamar a atenção dos prestadores de serviço para adequarem as técnicas de transmissão de informações para os cuidadores de forma a facilitar a apreensão e compreensão das mesmas.

A distribuição do Grupo III quanto a sexo, estado civil e grau de parentesco com o idoso pode ser observada na Tabela 39

Tabela 39: Distribuição dos cuidadores do Grupo III segundo estado civil e grau de parentesco com o idoso. São Paulo, 2001.

ESTADO CIVIL	%
Solteiro	15,7
Casado / Amasiado	74,5
Viúvo	3,9
Separado / Desquitado / Divorciado	5,9
GRAU DE PARENTESCO COM O IDOSO	
Marido / Esposa	35,3
Filho / Filha	43,1
Irmão / Irmã	7,8
Genro / Nora	7,8
Neto / Neta	3,9
Sobrinho / \Sobrinha	2,0
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados observados na Tabela 41 associados aos do Gráfico 7, demonstram que a maioria dos cuidadores, do sexo feminino, corresponde às esposas e às filhas o que vem de encontro ao que já é observado em outros estudos.

Quanto à caracterização das atividades desenvolvidas pelos cuidadores verificamos o que é demonstrado na Tabela 40:

Tabela 40: Caracterização das atividades de cuidado, segundo opção do cuidador, exercidas pelos cuidadores (Grupo III). São Paulo, 2001.

TIPO DE ATIVIDADE	%
Por vontade	41,2
Por conjuntura	58,8
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que 58,8% dos mesmos estavam nesta atividade por conjuntura ou seja, por não haver na família outra pessoa que incorporasse tal função enquanto 41,2% referiram desenvolver tal atividade por vontade. Estes na maioria eram esposas e que acreditavam ser esta função inerente ao seu casamento.

Esta “classificação” foi referida por Menezes¹⁰⁰ quando descreveu qual seria a mobilização de alguém para atuar na posição de cuidador. Segundo a autora, o cuidador que assume a função “por vontade” está motivado por uma necessidade de satisfação das próprias emoções através da relação com o outro. É uma relação de troca que normalmente decorre nas relações entre familiares e que permite que o cuidador desenvolva sua ação com responsabilidade e o idoso aceite delegando confiança ao mesmo. São ações não manifestadas com embaçamento teórico, mas sim decorrentes de práticas enraizadas culturalmente, o que pode variar de um indivíduo a outro ou de um grupo cultural a outro. É uma relação onde tempo e intensidade não seriam predeterminados e estão sujeitos ao surgimento do estado de superproteção resultado da perda da noção de limites onde a satisfação básica a ser atendida é a emotividade do cuidador.

Já o cuidador que assume tal função “por conjuntura” é, segundo a autora, o que ocupa este lugar em situações-limite onde há falta de outra opção ou esta situação é decorrente de uma imposição conjuntural. Esta função não é assumida para o atendimento a leis naturais, afetivas ou de demandas que levam em consideração o próprio idoso, mas sim por necessidades criadas em segundo plano tais como questões políticas, econômicas ou ainda a inexistência de outro cuidador mais adequado. Nestas circunstâncias os cuidadores geralmente atuam por obrigação, comodismo, benefício próprio, etc. Representa geralmente

a situação de cuidado de maior desequilíbrio normalmente acompanhado por resultados pouco satisfatórios e cuja duração depende justamente das pressões do meio que a impuseram.

Quando indagados sobre a existência de rodízio na execução de tal função e das atividades a ela inerentes obtivemos o seguinte resultado:

Tabela 41: Perfil dos cuidadores (Grupo III) segundo a presença de rodízio em suas atividades. São Paulo, 2001.

RODÍZIO NA FUNÇÃO DE CUIDADOR	%
Sim	56,9
Não	43,1
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que 56,9% dos cuidadores afirmaram que existe uma organização familiar que se movimenta neste sentido quer dividindo com o cuidador algumas tarefas quer substituindo-o em determinados períodos, o que geralmente ocorre nos finais de semana.

Verificamos ainda se os cuidadores eram responsáveis por outras atividades além do cuidado do idoso e obtivemos o que se segue:

Tabela 42: Atividades desenvolvidas pelos cuidadores (Grupo III) além do cuidado com o idoso. São Paulo, 2001.

O CUIDADOR É RESPONSÁVEL POR OUTRAS ATIVIDADES	%
Sim	27,5
Não	72,5
TIPO DE ATIVIDADE EXTRA EXERCIDA	
Trabalho autônomo	42,8
Trabalho não autônomo	28,6
Atividades domésticas	14,3
Estudo	14,3
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

Trinta e sete cuidadores (72,5%) referiram que o cuidado com o idoso era sua única responsabilidade, os outros 14 (27,5%) referiram ser responsáveis por outras funções além do cuidado com o idoso. Os cuidadores que referiram exercer atividades laborativas não autônomas e, portanto sujeitas a normas, horários,

etc; eram responsáveis pelo cuidado de idosos que apresentavam melhores condições de saúde com algumas de suas capacidades de autocuidado preservadas, permitindo desta forma, que os mesmos pudessem ficar sozinhos em determinados períodos.

Os que referiram desenvolver atividades autônomas, geralmente o faziam na própria residência conciliando estas com o próprio cuidado com o idoso. Tais atividades normalmente contribuíam na complementação do orçamento doméstico.

Quando indagados sobre a ocorrência de modificações em sua dinâmica de vida para assumirem as funções cuidativas que lhes foram atribuídas verificamos o seguinte:

Tabela 43: Modificações na dinâmica de vida dos cuidadores (Grupo III) para exercerem as funções relacionadas ao cuidado do idoso. São Paulo, 2001.

MODIFICAÇÃO NA DINÂMICA DE VIDA	%
Sim	68,6
Não	31,4
TIPO DE MODIFICAÇÃO	
Diminuição de atividades externas e de lazer	37,2
Modificações na rotina de vida pessoal	25,7
Necessidade de abandonar trabalho externo	17,1
Aumento de trabalho e de responsabilidade	11,4
Mudanças de papeia no contexto familiar	8,6
TOTAL	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

As modificações na dinâmica de vida pessoal referidas pelos cuidadores (Grupo III), somadas a outras variáveis, acarretam ao nosso ver, um ônus pessoal na vida dos mesmos. Verificaremos posteriormente se o APGAR de Família, objeto deste estudo, foi capaz de identificar a presença de disfunções familiares do ponto de vista dos cuidadores.

A amostra de conveniência anteriormente caracterizada (n=200) foi determinada para podermos dar continuidade à avaliação das propriedades psicométricas do APGAR de Família, considerando sua consistência interna e sua validação(Quadro 6).

Para se verificar a **consistência interna**, o instrumento ora em análise (APGAR de Família) foi aplicado nos três grupos anteriormente descritos. Utilizou-se para este fim o Coeficiente Alfa de Cronbach que analisa a consistência interna do teste pela análise da consistência interna dos itens verificando

a congruência que cada item tem com o restante dos itens do mesmo teste (PASQUALI, 1997).

Assim, o coeficiente alfa reflete o grau de covariância dos itens entre si. Um valor de alfa elevado denota que a variância específica de cada item é pequena e a variância que eles produzem em conjunto é grande garantindo a congruência (consistência interna) entre os itens do mesmo teste.

Segundo Pereira (1999) um instrumento é considerado bom quando todas as suas medidas (itens) tem uma relação coerente entre si buscando medir o fenômeno considerado. Medidas coerentes de um mesmo fenômeno continua o autor, são aquelas que, embora abordem aspectos específicos do mesmo em cada item/domínio, mantém alguma relação entre si considerando que buscam mensurar o mesmo objeto (fenômeno).

A análise da consistência interna consiste no cálculo da correlação existente entre cada item do APGAR de Família com o restante dos itens ou com o total (score total). O resultado de alfa, numa perspectiva de análise de fidedignidade ou confiabilidade, sugere a medida do impacto real como ele seria medido por um suposto “padrão ouro (gold standart)” que não está disponível. Já numa perspectiva de generalização dos resultados particulares obtidos no estudo, o coeficiente obtido representa o percentual do universo de possíveis indicadores de impacto constituído pelo mesmo número de itens, ou suas medidas com eles concordariam no mesmo percentil de vezes. Assim, seu resultado orienta para o descarte de medidas inconsistentes (itens com baixa correlação com os demais), adequando o instrumento (tornando-o mais preciso) para a aplicação em nosso meio. O descarte de medidas inconsistentes é uma prerrogativa do pesquisador que deve julgar se o nível alcançado é satisfatório ou não (PASQUALI, 1997).

Mathias et.al.(1994) referiram que para o desenvolvimento de instrumentos de mensuração de condições de saúde, estabeleceu-se que a correlação item-total não deveria ser inferior a 0,40 para que o mesmo fosse mantido.

O Coeficiente Alfa de Cronbach foi assim utilizado para examinar a consistência interna do APGAR de Família e os resultados obtidos estão apresentados a seguir:

Quadro 8: Codificação dos itens do APGAR de Família para realização da análise estatística. São Paulo, 2001.

ANÁLISE DE CONFIABILIDADE – ESCALA ALFA		
1.	APG1	APGAR QUESTÃO 1 – ADAPTAÇÃO
2.	APG2	APGAR QUESTÃO 2 – COMPANHEIRISMO
3.	APG3	APGAR QUESTÃO 3 – DESENVOLVIMENTO
4.	APG4	APGAR QUESTÃO 4 – AFETIVIDADE
5.	APG5	APGAR QUESTÃO 5 – RESOLUTIVIDADE

Tabela 44: Médias e Desvios Padrão obtidos item a item na aplicação do APGAR de Família. São Paulo, 2001.

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	n
APG1	2,9050	1,2013	200
APG2	2,9950	1,2009	200
APG3	3,0850	1,2310	200
APG4	3,0400	1,1940	200
APG5	3,0050	1,5740	200

Fonte: Dados da Pesquisa

Para a utilização do Coeficiente alfa, parte-se da premissa que todas as correlações são positivas. Para tanto, é necessário construir uma matriz de correlação demonstrada a seguir:

Tabela 45: Matriz de correlação entre os itens do APGAR de família (n=200). São Paulo, 2001.

	APG1	APG2	APG3	APG4	APG5
APG1	1,0000				
APG2	,6510	1,0000			
APG3	,5730	,6903	1,0000		
APG4	,6543	,7151	,7088	1,0000	
APG5	,4148	,5902	,5392	,4946	1,0000

Fonte: Dados da Pesquisa

Em síntese obteve-se o que se segue:

ESCALA/TOTAL	MÉDIA	VARIÂNCIA	DESVIO PADRÃO	NO. VARIÁVEIS		
	15,0300	27,6775	5,2609	5		
ESCALA/ITEM	MÉDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	RANGE	MAX/MIN	VARIÂNCIA
	3,0060	2,9050	3,0850	,1800	1,0620	,0044
CORRELAÇÃO INTER-ITEM	MÉDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	RANGE	MAX/MIN	VARIÂNCIA
	,6031	,4148	,7151	,3003	1,7238	,0093

Fonte: Dados da Pesquisa

A Tabela 45 apresenta os resultados de alfa para o APGAR de Família de Smilks-tein para a versão traduzida e adaptada e aplicada aos Grupos I, II e III (n=200):

Tabela 46: Índices de Consistência Interna do APGAR de Família de Smilkstein na versão traduzida e adaptada. São Paulo, 2001

ITENS DA ESCALA	MÉDIA DA ESCALA SE O ITEM FOR DELETADO	VARIÂNCIA DA ESCALA SE O ITEM FOR DELETADO	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL CORRIGIDA	SQUARED CORRELAÇÃO MÚLTIPLA	ALFA SE O ITEM FOR DELETADO
APG1	12,1250	19,2155	,6664	,5006	,8573
APG2	12,0350	18,0339	,8041	,6512	,8260
APG3	11,9450	18,2532	,7519	,5901	,8375
APG4	11,9900	18,3818	,7687	,6352	,8344
APG5	12,0250	17,4516	,5892	,3825	,8882

Coefficiente de confiabilidade

Alfa = **0,8750**

Fonte: Dados da Pesquisa

5 itens

Item Alfa *standartizado* = ,8837

O resultado de alfa obtido, conforme demonstrado na tabela acima, foi muito satisfatório: **alfa = 0,875**, o que significa que 87,5% do fenômeno (função familiar) está sendo representado pelo APGAR de Família na composição como foi concebido.

Não foram identificadas correlações negativas e nem modificações possíveis que pudessem melhorar o valor de alfa (exclusão de variáveis). A variável que demonstrou uma contribuição mais modesta foi a questão 5 (capacidade resolutiva) onde a correlação item-total obtida foi de 0,5892. No entanto, o impacto de sua retirada representaria uma elevação de alfa de 0,8750 para 0,8882 o que não justifica a exclusão do item.

Assim sendo, verifica-se que o APGAR de Família de Smilkstein, traduzido e adaptado mostrou-se, portanto, um instrumento confiável no que diz respeito à sua estabilidade e à consistência interna de suas medidas.

Validade discriminante

Uma vez que o instrumento foi traduzido e adaptado e suas propriedades de medidas verificadas demonstrando que o mesmo é um instrumento preciso e estável, optou-se por verificar, a partir de sua aplicação nos três grupos anteriormente descritos, se era possível estabelecer diferenças entre eles estabelecendo assim sua validade discriminante.

Num primeiro momento foi realizada a comparação entre os escores totais do APGAR de Família considerando cada grupo conforme demonstrado na Tabela 47:

Tabela 47: Distribuição dos escores totais do APGAR de Família entre os Grupos I (idosos independentes), II (idosos dependentes) e III (cuidadores dos idosos dependentes). São Paulo, 2001.

		ESCORE TOTAL DO APGAR				
		MÉDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	DESVIO PADRÃO	n
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE	IDOSO INDEPENDENTE	16,12	6,00	20,00	3,99	98
	IDOSO DEPENDENTE	14,16	,00	20,00	5,74	51
	CUIDADOR	13,47	,00	20,00	5,93	51
TOTAL		14,95	,00	20,00	5,12	200

Fonte: Dados da Pesquisa

Como as variáveis não tem distribuição normal e varianças que possam ser consideradas iguais, não foram utilizados ANOVA ou t-test para comparar os respondentes por serem os mesmos testes paramétricos.

Optou-se então, pela utilização de testes não paramétricos ou técnicas de distribuição livre como o Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e Wilcoxon.

A Prova de Kruskal-Wallis corresponde ao teste paramétrico ANOVA. É utilizado para decidir se amostras independentes (no caso os Grupos I, II e III) provêm de populações diferentes. Como os valores obtidos diferem entre si, cabe ao teste verificar se as diferenças entre as amostras significam diferenças efetivas entre as populações ou se representam apenas variações casuais que podem ser esperadas entre amostras aleatórias de uma mesma população (SIEGEL e CATELLAN, 1988).

Para se proceder a esta análise é necessário num primeiro momento estabelecer os “ranks” (Tabela 48), medidas que substituem as médias e, a partir destes estabelecer uma hierarquia entre os grupos.

Tabela 48: “Ranks” obtidos a partir das médias dos escores totais do APGAR de família entre os idosos independentes, dependentes e cuidadores. São Paulo, 2001.

ESCORE TOTAL DO APGAR DE FAMÍLIA	IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE		n	“RANK” MÉDIO	
	IDOSOS INDEPENDENTES		98	111,06	
	IDOSOS DEPENDENTES		51	94,95	
	CUIDADORES		51	85,76	
TOTAL			200		
TESTE ESTATÍSTICO (a, b)					
				ESCORE TOTAL DO APGAR	
QUI-QUADRADO				7,191	
Df				2	
Asymp.Sig.				,027	
<i>Monte Carlo</i> Sig.		Sig.		,027	
		99% intervalo de confiança		Inferior	,022
				Superior	,031

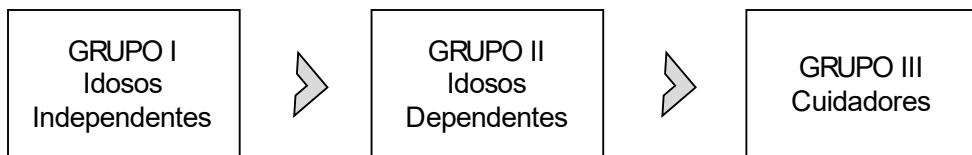
a. Teste de Kruskal Wallis

b. Variável – Tipo de repondente

Fonte: Dados da Pesquisa

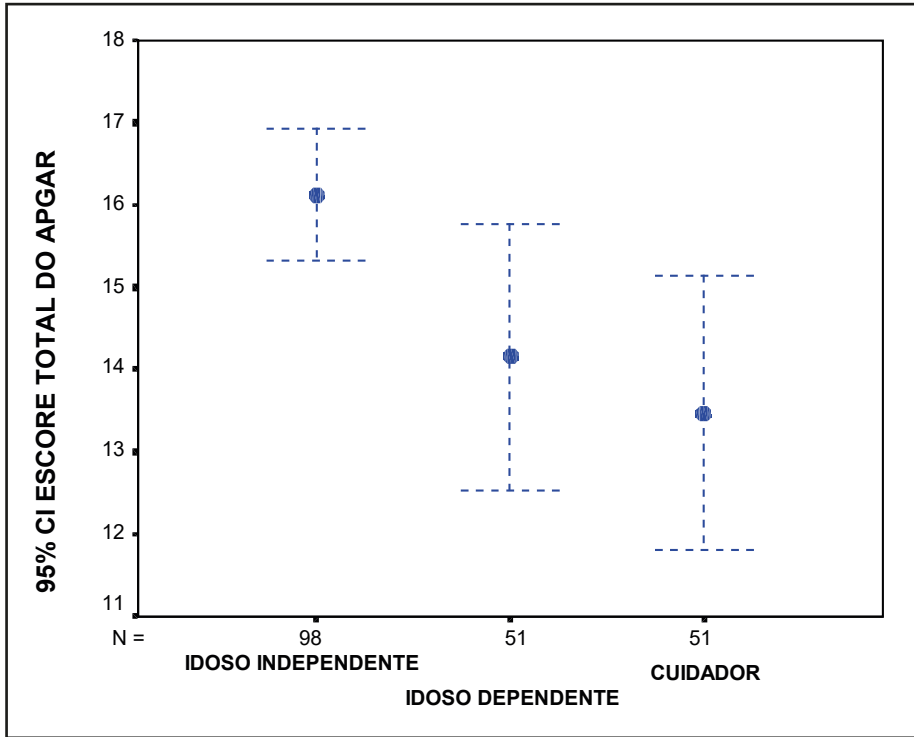
A hipótese de todos os grupos serem iguais é testada no Kruskal-Wallis com Qui-quadrado e com teste exato de Fisher utilizando-se a técnica de Monte Carlo para interações em amostras aleatórias sucessivas.

Os resultados obtidos pela aplicação do teste de Kruskal Wallis, neste caso, demonstram que os Grupos I, II e III têm valores de APGAR de Família total significativamente distintos (**p=0,027**). Os valores mais elevados foram observados no Grupo I, seguido pelo Grupo II e por último o Grupo III, conforme os “ranks” obtidos onde:



O gráfico de médias e intervalo de confiança das médias obtido mostra as diferenças do APGAR de Família entre os grupos:

Gráfico 8: Médias e intervalos de confiança das médias do APGAR de Família Total obtido entre os grupos I, II e II do estudo. São Paulo, 2001.



Neste gráfico pode-se observar que a principal fonte de diferença são os idosos independentes cujos valores de APGAR são superiores e cujo intervalo de confiança sobrepõem-se um pouco ao dos idosos dependentes e não se sobrepõem aos dos cuidadores. No caso dos idosos dependentes e dos cuidadores, observa-se o que parecem ser valores de APGAR de Família semelhantes pois os intervalos de confiança se sobrepõem incluindo cada um a média do outro.

Para examinar as diferenças dois a dois, como não se pode usar o t-test, recorreu-se ao Mann-Whitney, seu equivalente não paramétrico. Esta prova é utilizada para comprovar se dois grupos independentes foram ou não extraídos da mesma população.

Tabela 49: “Ranks” obtidos a partir das médias dos escores totais do APGAR de família entre os idosos independentes e cuidadores (n=149). São Paulo, 2001.

ESCORE TOTAL DO APGAR DE FAMÍLIA	IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE	n	“RANK” MÉDIO	SOMATÓRIA DOS “RANKS”
	IDOSOS INDEPENDENTES	98	81,56	7993,00
	CUIDADOR	51	62,39	3182,00
	TOTAL	149		
TESTE ESTATÍSTICO (a)				
				ESCORE TOTAL DO APGAR
MANN-WHITNEY U				1856,000
WILCOXON W				3182,000
Z				-2,600
Asymp.Sig. (2-tailed)				,009
<i>Monte Carlo</i>		Sig.		,009
Sig.(2-tailed)		99% intervalo de confiança	Inferior	,007
			Superior	,012
<i>Monte Carlo</i>		Sig.		,004
Sig.(1-tailed)		99% intervalo de confiança	Inferior	,003
			Superior	,006

a. Variável – Tipo de repondente – Idoso independente / cuidador Fonte: Dados da Pesquisa

Os idosos independentes têm um APGAR de Família significativamente superior aos cuidadores (**p=0,004**).

Ao se comparar idosos independentes e dependentes, obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 50: “Ranks” obtidos a partir das médias dos escores totais do APGAR de família entre os idosos independentes e idosos dependentes (n=149). São Paulo, 2001.

ESCORE TOTAL DO APGAR DE FAMÍLIA	IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE	n	“RANK” MÉDIO	SOMATÓRIA DOS “RANKS”
	IDOSOS INDEPENDENTES	98	78,99	7741,50
	IDOSOS DEPENDENTES	51	67,32	3433,50
	TOTAL	149		
TESTE ESTATÍSTICO ^a				
				ESCORE TOTAL DO APGAR
MANN-WHITNEY U				2107,500
WILCOXON W				3433,500
Z				-1,588
Asymp.Sig. (2-tailed)				,112
<i>Monte Carlo</i>		Sig.		,119
Sig.(2-tailed)		99% intervalo de confiança	Inferior	,110
			Superior	,127
<i>Monte Carlo</i>		Sig.		,059
Sig.(1-tailed)		99% intervalo de confiança	Inferior	,053
			Superior	,065

a. Variável – Tipo de respondente – Idoso independente / idoso dependente

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que idosos independentes e dependentes não podem ser considerados iguais a um nível de significância de 5% ($p= 0,059$ é maior que 0,05), no entanto, o valor de p é muito próximo do nível crítico de 5%, o que sugere não desconsiderar com muita ênfase a possibilidade de diferença. Se o nível de significância for fixado em 10%, a diferença é significativa.

Quando se compara idosos dependentes e cuidadores observamos o que se segue:

Tabela 51: “Ranks” obtidos a partir das médias dos escores totais do APGAR de Família entre os idosos dependentes e os cuidadores. São Paulo, 2001.

ESCORE TOTAL DO APGAR DE FAMÍLIA	IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE	n	“RANK” MÉDIO	SOMATÓRIA DOS “RANKS”
	IDOSOS DEPENDENTES	51	53,63	2735,00
	CUIDADORES	51	49,37	2518,00
	TOTAL	102		
TESTE ESTATÍSTICO ^a				
				ESCORE TOTAL DO APGAR
MANN-WHITNEY U				1192,000
WILCOXON W				2518,000
Z				-,733
Asymp.Sig. (2-tailed)				,464
<i>Monte Carlo</i>		Sig.		,465
Sig.(2-tailed)		99% intervalo de confiança		Inferior
				Superior
		Sig.		,230
Sig.(1-tailed)		99% intervalo de confiança		Inferior
				Superior

a. Variável – Tipo de respondente – idoso dependente / cuidador

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que não há diferença estatisticamente significativa entre idosos dependentes e cuidadores ($p= 0,230$).

Considerando que o fenômeno “dependência” decorrente de uma ou mais doenças não atinge apenas ao indivíduo acometido, mas também, diretamente quem cuida do mesmo, não surpreende o fato de não ser verificada diferença estatisticamente significativa entre eles.

Pudemos verificar, no entanto,, que estas diferenças são estabelecidas quando comparados os idosos independentes com os outros dois grupos. Assim, podemos dizer que o APGAR é capaz de verificar o impacto da doença (com dependência) entre as populações nas quais esta condição se apresenta direta ou indiretamente.

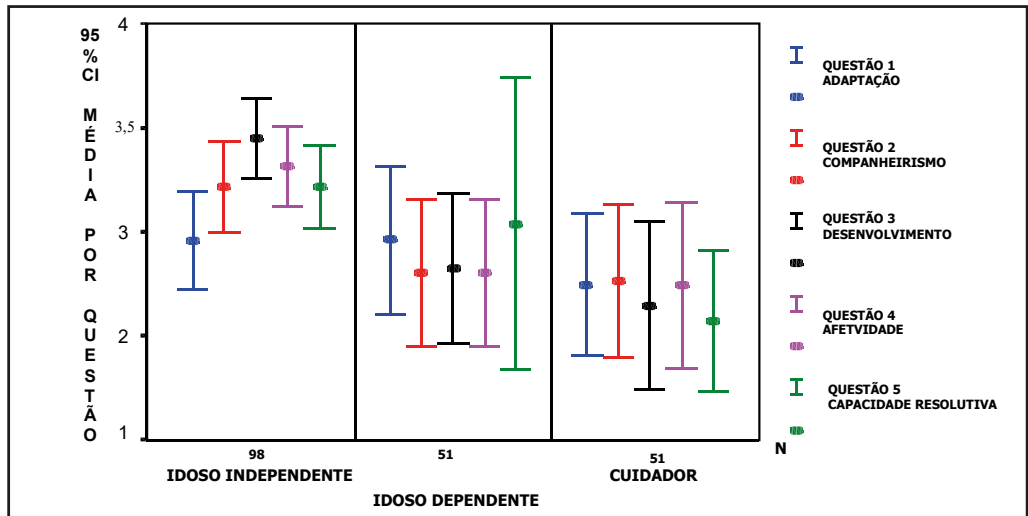
Uma vez considerado adaptado, estável e válido, buscamos analisar os outros resultados obtidos junto às populações estudadas.

A presença de valores de APGAR de Família inferiores nos Grupos II e III demonstra que, sob a ótica dos idosos dependentes e dos cuidadores, a dinâmica

de funcionamento da família no cumprimento de suas funções enquanto unidade familiar está mais comprometida quando comparados com os valores obtidos no Grupo I.

Ao analisarmos as respostas por itens entre os grupos verificamos o que pode ser observado no gráfico a seguir:

Gráfico 9: Médias e intervalos de confiança das médias do APGAR de Família Total obtido entre os grupos I, II e III do estudo. São Paulo, 2001.



Observa-se que, analisando-se os resultados obtidos pelo APGAR de Família em sua aplicação nos três grupos, que, além das médias globais, as médias por itens (em todos os domínios) foram mais elevadas entre os idosos independentes, seguido pelos idosos dependentes e depois pelos cuidadores. Ao verificarmos cada item individualmente, observa-se que a média mais elevada está relacionada ao domínio “desenvolvimento” do Grupo I de onde se pode inferir que a independência numa idade mais avançada e sua participação social mais dinâmica parecem relacionar-se com uma família mais amadurecida enquanto sistema que é capaz de produzir indivíduos com presença social mais efetiva, afetiva, livre e responsável advindos de uma convivência mais harmônica, conseqüência direta da abertura, comunicação, respeito e aceitação de todos e de cada um existentes em sua unidade familiar¹²⁶.

O Grupo II, idosos dependentes, apresenta médias individuais mais baixas, de onde podemos inferir que, a condição de dependência na idade mais avançada tende a modificar a dinâmica de relações entre os membros da família que, embora dentro de um escore relacionado à “boa funcionalidade” merece

atenção. Parece-nos que a “adaptação” a esta condição, por elevar o escore total, mantém a unidade familiar dos idosos, do seu ponto de vista, na condição de boa funcionalidade. Isto, no entanto, não deve ser confundido com uma situação de conformidade como ocorre em muitos casos. Por outro lado, este grupo já vinha sendo, há algum tempo, acompanhado por um Programa de Atendimento Domiciliário que, dentre suas atividades, busca auxiliar na harmonização das condições e recursos familiares frente à situação de doença e dependência destes idosos. Tal resultado sugere uma “acomodação” (no sentido de realocação de recursos internos) do sistema familiar em sua “nova” condição, mas também sugere, que a equipe ou os profissionais que assistem a estes idosos fiquem atentos na detecção precoce de disfuncionalidade familiar.

O item de maior variabilidade no Grupo II foi o relacionado à “capacidade resolutive” que está diretamente relacionado ao tempo compartilhado. Embora com uma média elevada, o intervalo de confiança, superior e inferior, eram muito grandes demonstrando ser esta uma questão de difícil avaliação ou de difícil verbalização por parte dos idosos. A condição de maior limitação ocasiona um dimensionamento temporal diversificado. O idoso mais limitado tem mais tempo para compartilhar, em especial quando sua capacidade cognitiva está preservada (o que era o caso). A família, no entanto, mantém diversas atribuições e pode não atentar para esta demanda, nem sempre verbalizada pelos familiares idosos.

Por último verificamos que no Grupo III, dos cuidadores dos idosos dependentes, obtivemos médias mais baixas o que sugere uma visão menos favorável do sistema familiar. É interessante notar que um dos itens de média mais baixa neste grupo é o de “desenvolvimento” colocando-o em posição exatamente oposta ao observado no Grupo I. O outro item de média mais baixa neste grupo é o relacionado à “capacidade resolutive” que diz respeito ao tempo compartilhado. A associação destes dois fatores sugere um certo sofrimento do cuidador neste sistema familiar frente ao papel que atualmente desempenha, na maioria das vezes, pela ausência de outra pessoa que o fizesse. Embora a média total ainda classifique a dinâmica da família como “boa funcionalidade”, seu resultado está muito próximo do que o APGAR sugere como “disfuncionalidade moderada” demonstrando que, do ponto de vista dos cuidadores, esta dinâmica de funcionamento familiar parece estar mais comprometida onde seus membros priorizam outros interesses dentro do grupo.

A Tabela 54 demonstra o observado no Gráfico 9:

Tabela 52: Análise estatística do APGAR de Família segundo seus domínios. São Paulo, 2001.

	Qui- Quadrado	Asymp. Sig.	MONTE CARLO Sig.		
			Sig.	99% Intervalo de confiança	
				Inferior	Superior
QUESTÃO 1 / ADAPTAÇÃO	1,686	,430	,429	,416	,442
QUESTÃO 2 / COMPANHEIRISMO	7,304	,026	,023	,019	,027
QUESTÃO 3 / DESENVOLVIMENTO	18,403	,000	,000	,000	,000
QUESTÃO 4 / AFETIVIDADE	8,844	,012	,011	,009	,014
QUESTÃO 5 / CAPACIDADE RESOLUTIVA	11,328	,003	,004	,002	,006
ESCORE TOTAL DE APGAR	7,191	,027	,025	,021	,029

Fonte: Dados da Pesquisa

A tabela nos mostra que todos os resultados individualmente são significativos à exceção do item “adaptação” porém no total a diferença mantém-se estatisticamente significativa.

Este resultado merece uma reflexão mais aprofundada, em especial no que tange aos cuidadores.

Em conformidade ao afirmado por Karsch (1998) devemos nos lembrar a priori que a figura do cuidador emerge numa relação intrínseca ou seja, a cuidador só se expressa por meio da figura do paciente formando assim um binômio indissolúvel cuidador-paciente. Em nossos resultados este dado pode ser observado pela semelhança no conjunto de respostas obtidas através do instrumento por estes dois grupos, os que cuidam e os que são cuidados.

Na nossa experiência temos presenciado que estes elementos são, na maioria das vezes, as pessoas que mais sobrecarga laborativa e emocional apresentam nos contextos familiares. Desempenham uma função pouco valorizada e reconhecida pelos outros membros da família e muitas vezes pelo próprio idoso que assistem. Esta função é, em geral não remunerada; tem por base uma relação emocional de muitos anos, boa ou ruim e raramente tem descanso. Não bastasse esta complexa rede de relações que os envolvem dentro de seus contextos familiares, os cuidadores representam a base de concretização dos programas de atendimento domiciliário, em especial os públicos, pois são os responsáveis pela realização das propostas cuidativas a serem implementadas junto aos pacientes idosos. São, no entanto, muitas vezes tratados como meros executores de tais ações e responsáveis por decodificar todas as informações a eles fornecidas pelos

diferentes profissionais de saúde que os visualizam como os grandes depositários das propostas terapêuticas. Não podemos e nem devemos esquecer que esta pessoa, muitas vezes também idosa, é, em geral um leigo, sem formação específica que não tem por obrigação compreender a perspectiva final da ação terapêutica proposta pela equipe que assiste o idoso e muito menos deve ser tratado como mero executor de ordens e ao não fazê-lo, muitas vezes por falta de compreensão de sua importância ou pela ausência de discussão de metas e objetivos das propostas são “punidos” pela retirada da assistência prestada com a alegação de não aderência terapêutica. Esta pessoa é também um membro familiar que merece tanta atenção quanto o próprio paciente e que deve, ao nosso ver, ter sua função constantemente reconhecida e valorizada.

Muitos trabalhos relacionados à sobrecarga e ao estresse do cuidador foram desenvolvidos mas ainda muito pouco foi implementado, ao menos em nosso meio, como mecanismos efetivos de ajuda aos mesmos.

Chou (2000), desenvolveu um estudo para identificar a análise conceitual da sobrecarga do cuidador. Segundo a autora, esta “sobrecarga” foi definida pela primeira vez na literatura em 1966 e relacionava-se a qualquer custo, com conseqüências negativas, para a família da qual o paciente é um membro. Desta forma esta “sobrecarga” representaria o resultado da disputa entre a força da incapacidade do paciente e o impacto que esta necessidade de cuidado tem sobre as vidas tanto dos cuidadores quanto dos familiares.

Vrabec (1993) fez uma revisão bibliográfica de quinze anos (1980-1995) sobre suporte social e sobrecarga dos cuidadores de idosos tendo examinado 50 estudos, em sua maioria de origem multidisciplinar. Ela relacionou os aspectos mais comuns da rede de suporte com a sobrecarga dos cuidadores. Os três aspectos citados pela autora como comuns a todas as definições de rede de suporte são os estruturais, que dizem respeito ao número e composição das ligações interpessoais; ao tipo de assistência funcional disponível ou atualmente recebida onde estão incluídas as de natureza emocional, informativa, de avaliação e suporte instrumental e por último a natureza do suporte, que reflete a satisfação com o suporte recebido e a direção ou nível de reciprocidade entre os membros da rede e ainda se esta rede oferece, de fato, suporte ou é conflitante. Cada uma destas dimensões foi relacionada à sobrecarga do cuidador compreendida como uma carga ou esforço significativo imposto às pessoas que cuidam de seus familiares idosos. É uma resposta multidimensional aos estressores físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros associados à experiência de cuidar de um membro familiar cronicamente doente ou incapacitado e pode ser subdividida

em duas grandes dimensões: a dimensão objetiva relacionada às atividades com que os cuidadores estão envolvidos e segundo Chou (1993) refere-se às experiências negativas de cuidado; e a dimensão subjetiva relacionada às atitudes ou sentimentos que os cuidadores apresentam em resposta ao seu papel no contexto familiar. Dentre os seus achados nesta revisão a autora ressalta que existe uma inversa relação de associação entre uma grande rede informal de ajuda e a sobrecarga dos cuidadores. A composição desta rede, no entanto tem diferentes efeitos nesta sobrecarga sentida. Recursos informais como familiares, vizinhos e amigos geralmente reduzem o nível de sobrecarga registrada. Por outro lado, os recursos formais de suporte não se correlacionaram com a redução da sobrecarga. Em alguns estudos, ao contrário, foi estabelecida uma direta relação entre o uso de suporte formal e a depressão dos cuidadores.

Romeis (1989) procurando explicar porque, em situações similares, alguns cuidadores são seriamente afetados e outros não, afirmou que isto é decorrente da maneira como os cuidadores interpretam as demandas de seus parentes doentes e como organizam e utilizam os recursos disponíveis. Schene (1990) frente a isto sugeriu que a sobrecarga é um processo de percepção subjetiva dos cuidadores relacionado com o nível de problemas experienciados em relação às incapacidades específicas do paciente.

Chou (2000) aponta que existem alguns fatores que aumentam o risco ou a vulnerabilidade para a sobrecarga percebida dos cuidadores. Eles estão relacionados às características e a demandas dos mesmos e ao seu envolvimento com o cuidado. Em relação às características incluem-se: ser mulher, idosa, desempregada, com status socioeconômico mais baixo e com nível de saúde mais comprometido. Quanto às características psicológicas observa-se que o senso de obrigação, responsabilidade e afeição estão moderadamente correlacionados com a presença de sobrecarga.

Com relação às demandas, o nível de limitação funcional tem sido apontado em muitos estudos como uma variável significativa no que diz respeito à experiência de sobrecarga dos cuidadores, o que podemos comprovar neste estudo.

Com relação ao envolvimento com o cuidado verifica-se que o tempo dispendido para o cuidado bem como o número de atividades cuidativas desenvolvidas estão positivamente correlacionados com a presença de sobrecarga nos cuidadores.

Segundo Chou (2000) a sobrecarga experienciada pelos cuidadores é em parte determinada pelas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos mesmos. Segundo a autora, alguns achados empíricos mostram que o alto nível de interação com os

membros familiares, o suporte social e espiritual e o auxílio de outros membros familiares diminuem a sobrecarga dos cuidadores.

Muitas são as conseqüências do impacto desta sobrecarga sobre os cuidadores e concentram-se na deterioração do status de saúde, na ocorrência de problemas psicológicos e na restrição das atividades sociais, além dos conflitos familiares e dos custos financeiros.

Tais achados devem ser rigorosamente analisados pelos provedores de serviços em seus trabalhos junto aos cuidadores de idosos. Conforme dito por Neri (1993) é necessário que mais e mais pesquisas sejam desenvolvidas junto aos cuidadores para que as propostas interventivas atendam às necessidades efetivamente constatadas no cotidiano das pessoas que vivenciam a situação de cuidar de um membro familiar doente.

Além deste resultado relacionando a função familiar e a percepção da mesma por idosos independentes, dependentes e seus cuidadores buscamos verificar o comportamento do APGAR de Família frente a outras variáveis.

Nossos achados mostraram não haver diferenças significativas relacionadas à faixa etária entre idosos independentes e dependentes porém este quadro se modifica quando analisamos idosos dependentes e seus cuidadores, o que confirma o afirmado por Chou (2000) uma vez que a mediana demonstrou serem os cuidadores deste estudo mais idosos. Os resultados estão demonstrados na Tabela 53:

Tabela 53: Comparação do APGAR de Família entre cuidadores e idosos dependentes segundo faixa etária. São Paulo, 2001.

TESTE ESTATÍSTICO (a,b)			ESCORE TOTAL DO APGAR
QUI-QUADRADO			18,147
df.			11
Asymp.Sig.			,078
MONTE CARLO	Sig.		,041
	99% Intervalo de Confiança	Inferior	,036
		Superior	,046
Sig.			

a. Teste de Kruskal Wallis

b. Variável: Faixa etária

Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação à faixa etária encontramos diferenças estatisticamente significantes entre as mulheres dos Grupos I e II, conforme demonstrado na Tabela

54. Isto demonstra que as mulheres sentem-se mais atingidas pelos quadros de dependência frente às suas famílias. Isto talvez possa ser explicado por geralmente estas terem desempenhado papéis importantes dentro das famílias e hoje encontrarem-se em condições mais limitadas.

Tabela 54: Comparação do APGAR de Família entre idosos independentes e dependentes segundo sexo masculino. São Paulo, 2001.

TESTE ESTATÍSTICO ^a				ESCORE TOTAL DO APGAR
SEXO MASCULINO	Mann-Whitney U			137,000
	Wilcoxon W			390,000
	Z			-,212
	Asymp.Sig. (2-tailed)			,832
	Exact Sig. (2*(1-tailed Sig.))			,853
	MONTE CARLO Sig.(2-tailed)	Sig.		,830
		99% Intervalo de Confiança	Inferior	,820
			Superior	,840
		MONTE CARLO Sig.(1-tailed)	Sig.	
	99% Intervalo de Confiança		Inferior	,402
Superior			,427	

a. Variável: Sexo

Fonte: Dados da Pesquisa

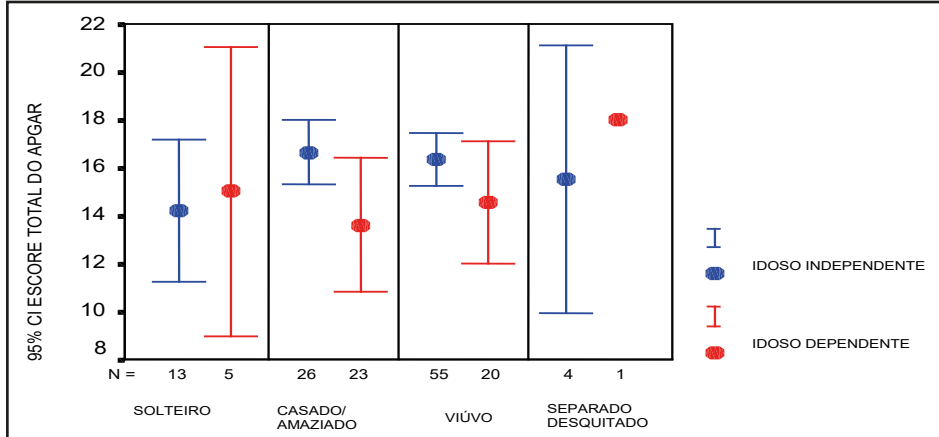
Tabela 55: Comparação do APGAR de Família entre idosos independentes e dependentes segundo sexo feminino. São Paulo, 2001.

TESTE ESTATÍSTICO ^b				ESCORE TOTAL DO APGAR
SEXO FEMININO	Mann-Whitney U			913,500
	Wilcoxon W			1348,500
	Z			-2,097
	Asymp.Sig. (2-tailed)			,036
	MONTE CARLO Sig.(2-tailed)	Sig.		,033
		99% Intervalo de Confiança	Inferior	,029
			Superior	,038
		MONTE CARLO Sig.(1-tailed)	Sig.	
	99% Intervalo de Confiança		Inferior	,013
			Superior	,020

Fonte: Dados da Pesquisa

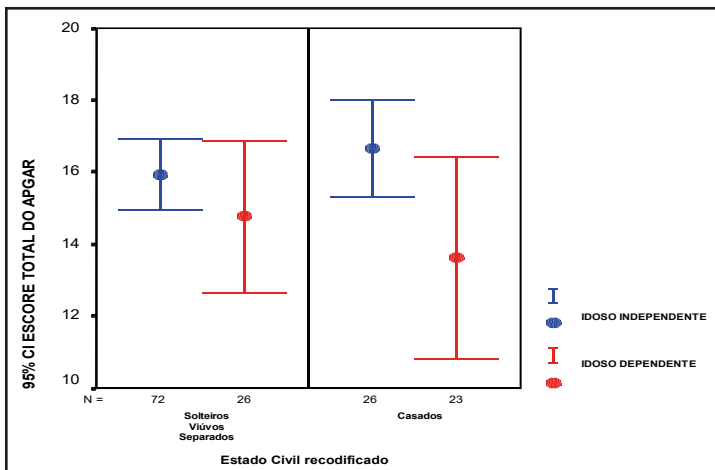
Com relação ao estado civil, comparando-se os Grupos I e II, obtivemos o que está demonstrado no Gráfico 12:

Gráfico 10: Médias obtidas no APGAR de Família total entre os idosos dos Grupos I e II segundo estado civil. São Paulo, 2001.



Verifica-se que a média de APGAR mais elevada relaciona-se aos idosos independentes e casados e a mais baixa aos idosos dependentes e casados. Embora tais diferenças não sejam estatisticamente significantes, parece que a condição de dependência influencia no relacionamento entre os casais. Buscamos então verificar este dado de outra forma, agrupando os solteiros, viúvos e separados em um único grupo e os casados em outro. O resultado obtido está demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 11: Médias obtidas no APGAR de Família total entre os idosos dos Grupos I e II segundo estado civil recodificado. São Paulo, 2001.

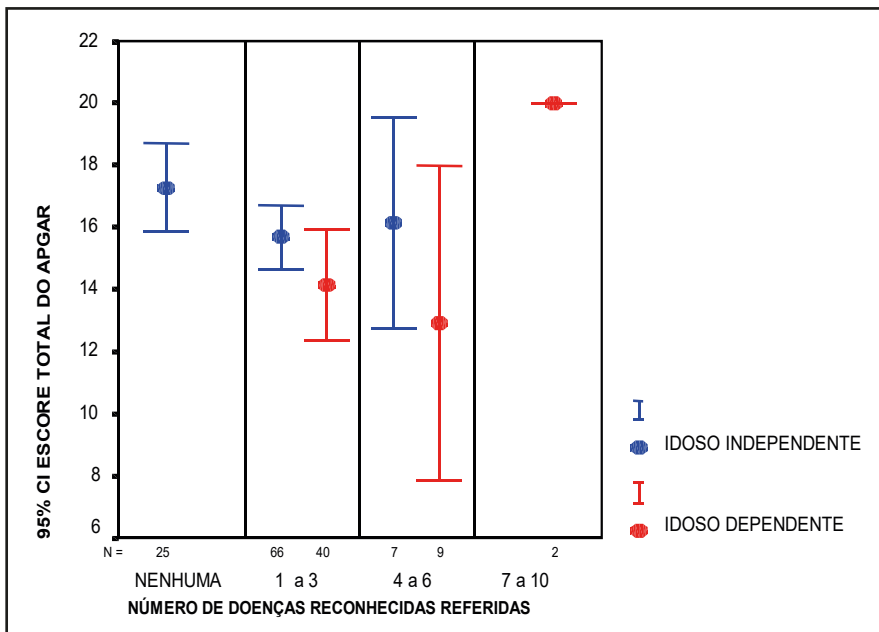


Podemos verificar aqui, com mais clareza, o demonstrado no gráfico anterior, ou seja, a média obtida pelo APGAR de Família relacionada à satisfação com a função familiar é mais expressiva entre os casados e independentes, seguida pelos que estão sozinhos e são também independentes e posteriormente pelos dependentes sendo que os sozinhos tem média mais elevada que os casados.

As diferenças observadas entre o número de co-habitantes residenciais e renda familiar (Anexo XIV) não foram nem significativas, nem expressivas de um modo geral. A única diferença que nos chamou a atenção foi entre os que moram sozinhos e são independentes (média= 15,68) e os que são dependentes (média= 8,00) mas dada a diferença entre os N (40/2) consideramos que o dado não deve ser generalizado (Anexo XV).

Quanto à saúde percebida observa-se o obtido no Gráfico 12:

Gráfico 12: Médias obtidas no APGAR de Família total entre os idosos dos Grupos I e II segundo número de doenças referidas. São Paulo, 2001.



Observa-se que as médias mais elevadas do APGAR de Família estão relacionadas com os idosos independentes com exceção de dois idosos dependentes que obtiveram escores máximos. Isto pode ser analisado de duas formas, ou estes idosos realmente encontram-se satisfeitos com a assistência recebida pela própria família e com a maneira como ela está organizada para assisti-lo ou sentiam-se fragilizados para emitirem suas reais opiniões o que estaria de acordo

com estudo anterior desenvolvido pelo próprio autor do instrumento. De qualquer forma podemos observar que, embora as diferenças não sejam significantes, pode-se verificar que a condição de dependência (esta sim significativa) parece influenciar mais diretamente a satisfação com a funcionalidade familiar que a presença de doenças reconhecidas.

Com relação aos cuidadores, nenhuma das outras variáveis consideradas idade (Anexo XVII), estado civil (Anexo XVIII), tempo e rodízio na atividade (Anexos XIX e XX) e necessidade e tipo mudanças na dinâmica de vida pessoal para o cuidado do idoso (Anexos XXI e XXII)) foram estatisticamente significantes.

Apesar das diferenças não serem significantes algumas considerações devem ser feitas. Verificamos que os cuidadores solteiros possuem uma média observada do APGAR muito baixa (11,38) colocando-os na condição de disfuncionalidade familiar moderada (Anexo XVIII). Quando analisamos os cuidadores e seu relacionamento com o idoso, verificamos que as noras/genros demonstram mais insatisfação com a dinâmica familiar (média =8,00 = disfuncionalidade familiar elevada). As melhores médias estão relacionadas com os irmãos (15,25), cônjuges (15,17) e netos (15,00) (Anexo XXIII).

Quando verificamos os valores do APGAR de Famíliarelacionados ao tempo em que o cuidador exerce sua atividade (Anexo XIX), observamos que as médias mais baixas (11,86 = disfuncionalidade familiar moderada) estão relacionadas a um tempo elevado de exercício da função (+ de 10 anos) e com a ausência de rodízio na atividade (12,32) o que demonstra o pouco comprometimento ou disponibilidade dos outros membros familiares para auxiliar o cuidador, fatores estes geradores de sobrecarga ao mesmo conforme já explicitado.

A média do APGAR também apresentou-se mais baixa entre os cuidadores que respondiam por outras atividades (13,00) e dentre estas, as atividades domésticas parecem ser as mais incômodas (8,00) ou as que mais se relacionam com o não compartilhamento das atividades extras da rotina familiar. Estas médias também foram reduzidas quando analisados os cuidadores que tiveram sua dinâmica de vida modificada para exercer tal função (12,63), estando estas muito próximas da disfuncionalidade familiar moderada (AnexoXXI). Dentre as modificações citadas(Anexo XXII), as que se relacionaram com as menores médias do APGAR foram: mudança de papéis (11,33 = disfunção familiar moderada), abandono de seus empregos anteriores para assumir a função atual (12,00) e a diminuição das atividades externas e de lazer (12,77).

De fato podemos observar que dos três grupos estudados, os cuidadores parecem ser os mais penalizados frente à situação de dependência e necessidade

de cuidado familiar. O instrumento utilizado mostrou-se útil para identificar tais fragilidades e sua aplicação em novos estudos pode contribuir na identificação de desequilíbrios familiares permitindo intervenções mais precoces e assim melhorando a qualidade de vida dos elementos familiares e da unidade familiar como um todo.

CONCLUSÕES

O “Family APGAR” elaborado por G. Smilkstein foi traduzido e adaptado para o nosso meio tendo aqui sido renomeado como APGAR de Família.

A versão para o português do referido instrumento resultou em uma composição final duas partes sendo a primeira composta por cinco afirmações compreendendo os domínios adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive. A segunda parte, utilizada para auxiliar no diagnóstico de pontos mais vulneráveis no interior das famílias e portanto indicada para a prática clínica específica relacionada ao acompanhamento de famílias ficou composta por dois itens, um relacionado às pessoas que coabitam com outras e outro para as que vivem sós. Para efeito desta pesquisa, utilizamos apenas a primeira parte conforme orientações explicitadas pelo autor do instrumento.

O instrumento, em sua versão final, foi submetido à avaliação de suas propriedades psicométricas mostrando-se confiável e estável em relação ao tempo (repetibilidade). A consistência interna dos domínios foi analisada tendo resultado um alfa de 0,875 ou seja, demonstrando a capacidade do instrumento em representar o fenômeno, no caso a funcionalidade familiar, em 87,5% das vezes. Não foi necessária a exclusão de nenhum item e nem a realização de modificações que pudessem melhorar o valor de alfa.

A validade discriminante do instrumento foi verificada pela Prova de Kruskal- Wallis que permitiu demonstrar que, os valores totais do APGAR de Família, eram significativamente distintos entre os três grupos estudados (idosos independentes, idosos dependentes e seus respectivos cuidadores).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área de gerontologia temos observado o desenvolvimento de inúmeros estudos relacionados à compreensão do processo de envelhecimento. Os resultados obtidos pelos mesmos vêm gradativamente modificando conceitos e mitos relacionados aos idosos e à sua assistência. A ciência muito fez para aumentar a longevidade humana tendo conseguido seu intento. No entanto, hoje,

discute-se de forma muito intensa a qualidade de vida que vem acompanhando esta conquista.

Parece consenso na população em geral o desejo de viver muitos anos desde que preservadas as condições de autonomia e independência. As pessoas em geral não se imaginam idosas dependendo de outras pessoas e também normalmente não imaginam a mesma situação relacionada a seus parentes mais próximos.

A falta de reflexão sobre tais aspectos não contribui, por si só, para o alcance deste envelhecimento idealizado. Ao contrário, associa-se com frequência a uma falta de planejamento para esta fase da vida.

O envelhecimento saudável é o sonho de todos mas nem todos o alcançam ou alcançarão. A incidência de doenças crônico-degenerativas, muito comuns nesta faixa etária, associadas a um inadequado acompanhamento ou a uma resposta terapêutica não satisfatória pode resultar no surgimento de diferentes situações de dependência.

Tais situações nada mais é do que o resultado obtido pela diferença entre a demanda terapêutica para o autocuidado e a capacidade dos indivíduos em atender tais demandas. Se a capacidade do indivíduo for igual ou maior que a demanda apresentada temos uma pessoa capaz de se autocuidar. Se, ao contrário, a demanda for maior que a capacidade do indivíduo observamos a instalação de uma situação de dependência. Esta dependência pode variar de muito pouca a total mas em qualquer uma destas situações, tal pessoa, no caso, idosa, necessitará de auxílio para manter uma sobrevivida adequada.

Este auxílio poderá vir da família, de uma rede de suporte social existente ou de uma estrutura assistencial organizada. Em muitos países europeus bem como nos EUA e no Canadá, as pessoas costumam sair de suas casas muito jovens em busca da construção do próprio futuro não mais retornando. As famílias, desta forma, possuem uma forma de organização diferenciada e para resolverem a questão de recursos humanos disponíveis para assistirem a seus elementos mais longevos, estas sociedades organizaram uma política assistencial de saúde de forma a assistirem tais demandas.

Em nosso meio no entanto, o envelhecimento populacional ocorreu de forma muito rápida não tendo sido acompanhado pelo simultâneo desenvolvimento de políticas sociais e assistenciais capazes de atender às novas demandas. Nossas famílias também sofreram um processo de transformação em grande parte relacionado à inserção das mulheres no mercado de trabalho retirando de seu interior quem normalmente era responsável pela assistência às crianças, doentes e idosos com algum grau de dependência. Estas famílias foram também, diminuindo em

seu tamanho com o passar do tempo. De uma situação de inúmeros filhos passamos à outra oposta com a ausência ou a presença de um número muito reduzido dos mesmos. O resultado destas transformações levou-nos às situações que hoje com frequência nos deparamos que é a escassez ou ausência de recursos humanos familiares para atender as demandas assistenciais de seus membros idosos cada vez mais presentes em seu interior.

Quando tais idosos por diferentes razões necessitam de auxílio terapêutico, observamos um movimento na dinâmica de funcionamento familiar para, de forma mais ou menos adequada, se adaptarem à situação ora apresentada. Este movimento geralmente culmina com a “eleição” de um determinado membro familiar para assumir as funções cuidativas relacionadas ao membro idoso.

Toda dinâmica observada é resultante da organização interna deste sistema familiar e a demanda neste momento instalada afetará a este sistema como um todo que responderá a ela de forma mais ou menos adequada.

O idoso poderá assim ser assistido de forma satisfatória e seu cuidador e sua família terem se organizado funcionalmente de forma a suprir as demandas apresentadas sem prejuízo do equilíbrio do sistema. Uma segunda situação também pode ocorrer ou seja, o equilíbrio familiar é mantido apenas em função de uma inadequação assistencial relacionada a este idoso ou a seu cuidador penalizando a um ou a outro ou a ambos. Também podemos verificar uma terceira situação onde para o idoso conseguir ser adequadamente assistido, o sistema familiar entra em completo desequilíbrio ou verdadeiro colapso ou ainda uma última situação onde o idoso não é assistido e o sistema familiar também entra em colapso.

Os fatores determinantes das respostas das famílias são múltiplos e merecem uma análise individualizada. De qualquer forma, acreditamos que a assistência gerontológica adequada está relacionada a um planejamento cuidativo que vise a melhor qualidade de vida do idoso com o menor ônus familiar e a manutenção do equilíbrio do sistema como um todo. O alcance deste objetivo, ao nosso ver, relaciona-se a um redirecionar do olhar da equipe assistencial que passe a visualizar o idoso inserido num contexto familiar do qual não apenas é parte integrante mas que contribuinte ativo de sua formação e com o qual se relaciona dinamicamente.

Esta dinâmica de funcionamento, quando identificada poderá contribuir muito com o planejamento assistencial e com as respostas terapêuticas. O APGAR de Família fornece, ao nosso ver, a possibilidade de identificar tal dinâmica do ponto de vista de cada elemento familiar. A análise do conjunto pode

nos fornecer subsídios para o planejamento de intervenções mais apropriadas de forma a minimizar o impacto da doença ou da condição de dependência sobre o sistema familiar como um todo.

Por ser simples, rápido e de fácil aplicação tal instrumento pode vir a ser amplamente utilizado pelos diferentes profissionais ou serviços de saúde.

Nossa prática está diretamente relacionada ao atendimento domiciliário de idosos, seus cuidadores e suas famílias. A utilização deste instrumento neste contexto pode nos auxiliar na identificação de demandas e na adequação de metas e objetivos assistenciais bem como das intervenções cuidativas propostas.

O APGAR de Família, dada sua facilidade de utilização pode, de fato, ser incorporado a nossa prática cotidiana sem maiores problemas.

Neste estudo, além de sua tradução, adaptação e validação pudemos observar que o instrumento foi capaz de identificar o impacto da condição de dependência no contexto familiar do ponto de vista dos entrevistados e foi também capaz de demonstrar a presença de um certo desgaste e sofrimento vivenciado pelos cuidadores familiares podendo desta forma, permitir aos profissionais que cuidam dos pacientes e familiares uma readequação de suas propostas assistenciais de forma a minimizar tais questões ou a implementar uma terapêutica mais exequível, com menor ônus pessoal e familiar.

Verificamos desta forma que este instrumento mostrou-se útil na identificação do que denominamos “pontos fragilizados” da organização familiar para atender suas “novas” demandas. Permite ainda situar tais pontos e a partir disto redirecionar nosso planejamento assistencial.

A literatura é muito rica em estudos relacionados ao estresse apresentado pelo cuidador no desempenho de suas funções cuidativas. O APGAR de Família, ao nosso ver, auxilia na concretização de tal questão.

É importante registrar que no decorrer do desenvolvimento deste estudo, acrescentamos uma pequena escala que permitia aos respondentes expressar através de uma nota, seu grau de satisfação com seu sistema familiar no momento da realização da entrevista (Anexo XXIV). Esta escala, criada sem maiores pretensões, mas com o objetivo de ser um parâmetro de comparação com o APGAR de Família foi submetida à análise estatística e, para nossa surpresa, obteve resultados estatisticamente significantes (Anexo XXV). Sua adoção, no entanto, merece cuidados pois a mesma deve em nosso entender, ser submetida a uma análise mais adequada uma vez que o desenvolvimento de escalas para pesquisas é algo muito complexo.

Numa época em que muito se fala sobre assistência às famílias, a volta do médico de família e a implementação de programas assistenciais como o Programa de Saúde da Família, acreditamos que o APGAR de Família de Smilkstein vem a ser um instrumento muito útil na organização do planejamento de práticas assistenciais e na elaboração de suas políticas. Salientamos porém, a necessidade do desenvolvimento de outros estudos com o referido instrumento, com outras faixas etárias ou problemáticas diversas de forma a verificar a extensão de suas propriedades psicométricas.

ANEXOS – APGAR DE FAMÍLIA

ANEXO I

FAMILY APGAR - (INSTRUMENTO ORIGINAL)

PART I

The following questions have been designed to help us better understand you and your family. You should feel free to ask questions about any item in the questionnaire. The space for comments should be used when you wish to give additional information or if you wish to discuss the way the question applies to your family. Please try to answer all of the questions.

“Family” refers to the individual(s) with whom you usually live. If you live alone, consider family as those with whom you now have the strongest emotional ties. For each question, check only one box

	ALWAYS	ALMOST ALWAYS	SOME OF THE TIME	HARDLY	NEVER
I am satisfied that I can turn to my family for help when something is troubling me. COMMENTS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am satisfied with the way my family talks over things with me and shares problems with me. COMMENTS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am satisfied with the extend to which my family accepts and supports my wishes to take on new activities or pursue new directions. COMMENTS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am satisfied with the way my family expresses affection and responds to my emotions, such as anger, sorrow or love. COMMENTS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am satisfied with the way my family and I share time together. COMMENTS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART II

Who lives in your home? ¹⁷ List by relationship (e.g., spouse, significant other ¹⁸ , child or friend)			Please check below the column that best describes how you now get along with each member of the family listed.		
RELATIONSHIP	AGE	SEX	WELL	FAIRLY	POORLY
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you live alone, please list below the individuals to whom you turn for help most frequently. List by relationship (e.g., family member, friend, associate at work or neighbor)			Please check below the column that best describes how you now get along with each person listed.		
RELATIONSHIP	AGE	SEX	WELL	FAIRLY	POORLY
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ If you have established your own family, consider “home” to be where you live with your spouse, children or significant other; otherwise, consider home to be your place of origin, i.e., the place where your parents or those who raised you live.

² “Significant other” refers to a partner you live with in a physically and emotionally nurturing relationship but to whom are not married.

ANEXO II

TRADUÇÃO INICIAL PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

APGAR DE FAMÍLIA

I PARTE

As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a melhor compreender você e sua família. Sinta-se à vontade para fazer perguntas sobre qualquer item do questionário. Os espaços para comentários devem ser usados caso você deseje fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à sua família. Favor tentar responder a todas as perguntas.

“Família” é (são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(ais) você vive normalmente. Caso você viva sozinho(a), considere família como aqueles com quem você tem atualmente os laços emocionais mais fortes.

Para cada pergunta, assinale apenas um quadradinho:

	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	DIFICILMENTE	NUNCA
Fico satisfeito(a) de poder recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me preocupando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família discute questões e compartilha seus problemas comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
Estou satisfeito(a) que minha família aceite e apoie meus desejos de empreender novas atividades e caminhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e responde às minhas emoções, tais como raiva, tristeza ou amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos tempo juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					

II PARTE

Quem vive em sua casa? ¹⁹ Faça uma lista por relacionamento (p.ex.: cônjuge, outra pessoa significativa ²⁰ , filho (a) ou amigo (a)).			Favor assinalar abaixo a coluna que melhor descreve como atualmente você se dá com cada membro de sua família constante na lista.		
RELACIONAMENTO	IDADE	SEXO	BEM	RAZOÁVEL	MAL
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso você não more com sua própria família, favor relacionar abaixo as pessoas a quem você recorre mais freqüentemente quando necessita de ajuda. Faça a lista por relacionamento (p.ex.: membro da família, amigo, colega de trabalho ou vizinho)			Favor assinalar abaixo a coluna que melhor descreve como atualmente você se dá com cada pessoa constante na lista.		
RELACIONAMENTO	IDADE	SEXO	BEM	RAZOÁVEL	MAL
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³ Caso você tenha constituído sua própria família, considere casa como o lugar onde você vive com seu cônjuge, filhos ou outra pessoa significativa; caso contrário, considere casa como seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o educaram vivem.

⁴ Por “outra pessoa significativa” compreende-se o parceiro (a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto de vista físico e emocional, mas com o(a) qual não está casado.

ANEXO III

THE FAMILY APGAR

RETROTRADUÇÃO (BACK TRANSLATION)

PART I

The following questions were elaborated to help us better understand you and your family. Feel free to make questions on any item of the questionnaire. The space for comments must be used in case you want to provide additional information or in case you wish to discuss the way in which the question applies to your family. Please try to answer all questions.

“Family” is/are the individual(s) with whom you live normally. In case you live alone, consider as family those with whom you have currently the strongest emotional links.

For each question, mark only one square:

	ALWAYS	ALMOST ALWAYS	SOME OF THE TIME	HARDLY	NEVER
I am satisfied to be able to seek for my family searching for help when something is concerning me. COMMENTS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am satisfied with the way in which my family discusses questions with me and shares its problems with me. COMMENTS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am satisfied with the way my family accepts and supports my desires to perform new activities or go through new paths. COMMENTS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am satisfied with the way in which my family shows affection and responds to my emotions, such as anger, sadness or love. COMMENTS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am satisfied with the way in which my family and me share time together. COMMENTS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART II

Who lives in your home? ²¹ Make a list according to the relationship (for example, spouse, other significant person ²² , sun/daughter or friend)			Please mark below the column which best describes how you currently relates to each member of your family mentioned in the list.		
RELATIONSHIP	AGE	SEX	WELL	FAIRLY	POORLY
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In case you do not live with your own family, please list below the individuals who you seek for help more frequently. Make a list according to the relationship (for example, family member, friend, work colleague or neighbor)			Please mark below the column which best describes how you currently relates to each person mentioned in the list.		
RELATIONSHIP	AGE	SEX	WELL	FAIRLY	POORLY
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁵ In case you have constituted your own family, consider “home” has the place where you live with your spouse, children or other significant person. Otherwise, consider home as your place of origin, for example, the place where your parents or those who educate you live.

⁶ “Other significant person” is the partner with whom you live in a protective relationship from the physical and emotional point of view, but with whom you are not married.

ANEXO IV

PRIMEIRA VERSÃO TRADUZIDA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

APGAR DE FAMÍLIA

I PARTE

As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a melhor compreender você e sua família. Sinta-se à vontade para fazer perguntas sobre qualquer item do questionário. Os espaços para comentários devem ser usados caso você deseje fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à sua família. Favor tentar responder a todas as perguntas.

“Família” é (são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(ais) você vive normalmente. Caso você viva sozinho(a), considere família como aqueles com quem você tem atualmente os laços emocionais mais fortes.

Para cada pergunta, assinale apenas um quadradinho:

	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	DIFICILMENTE	NUNCA
Fico satisfeito(a) de poder recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me preocupando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família discute questões e compartilha seus problemas comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
Estou satisfeito(a) que minha família aceite e apoie meus desejos de empreender novas atividades e caminhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e responde às minhas emoções, tais como raiva, tristeza ou amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos tempo juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					

II PARTE

Quem vive em sua casa? ²³ Faça uma lista por relacionamento (p.ex.: cônjuge, outra pessoa significativa ²⁴ , filho (a) ou amigo (a)).			Favor assinalar abaixo a coluna que melhor descreve como atualmente você se dá com cada membro de sua família constante na lista.		
RELACIONAMENTO	IDADE	SEXO	BEM	RAZOÁVEL	MAL
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso você não more com sua própria família, favor relacionar abaixo as pessoas a quem você recorre mais freqüentemente quando necessita de ajuda. Faça a lista por relacionamento (p.ex.: membro da família, amigo, colega de trabalho ou vizinho)			Favor assinalar abaixo a coluna que melhor descreve como atualmente você se dá com cada pessoa constante na lista.		
RELACIONAMENTO	IDADE	SEXO	BEM	RAZOÁVEL	MAL
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁷ Caso você tenha constituído sua própria família, considere casa como o lugar onde você vive com seu cônjuge, filhos ou outra pessoa significativa; caso contrário, considere casa como seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o educaram vivem.

⁸ Por “outra pessoa significativa” compreende-se o parceiro (a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto de vista físico e emocional, mas com o(a) qual não está casado.

ANEXO V

AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA E IDIOMÁTICA ENTRE AS VERSÕES ORIGINAL E TRADUZIDA DO INSTRUMENTO

Prezado(a) _____

A lista de itens apresentada a seguir corresponde às versões original e traduzida d “FAMILY APGAR”, instrumento que se propõe a mensurar a dinâmica de funcionamento familiar ou funcionalidade familiar desenvolvido por Gabriel Smilkstein, médico do Department of Family Practice, School of Medicine, University of California, em 1978. Considerando as diferenças culturais entre a nossa população e a que originou o instrumento, estamos realizando a adaptação transcultural do mesmo para utilização na assistência e na pesquisa, seguindo metodologia apropriada para estudos dessa natureza.

Solicito assim, sua valiosa colaboração no sentido de avaliar as *equivalências semântica e idiomática* entre as versões original e traduzida do instrumento citado considerando as seguintes orientações:

Equivalência semântica refere-se à correspondência no *significado das palavras* e *equivalência idiomática* ao uso de *expressões equivalentes* em ambos os idiomas;

A letra **A** corresponde ao item em sua forma original e a letra **B** à tradução para o português.

Para a análise das equivalências, por favor utilize a escala especificada a seguir assinalando com um “X” o campo correspondente ao seu julgamento:

ESCALA DE EQUIVALÊNCIA
- 1 = não equivalente
0 = indeciso
+ 1 = equivalente

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores –1 ou 0, por favor, sugira as alterações que julgar mais apropriadas no espaço reservado abaixo de cada um dos itens. Contando com sua valiosa contribuição, agradeço antecipadamente por sua atenção, colaboração e empenho e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

ANEXO V

AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA E IDIOMÁTICA ENTRE AS VERSÕES ORIGINAL E TRADUZIDA DO “FAMILY APGAR”

Para cada um dos itens a seguir utilize a escala abaixo para designar a sua avaliação de equivalência assinalando com um “x” o campo correspondente à sua opinião:

ESCALA DE EQUIVALÊNCIA
- 1 = não equivalente
0 = indeciso
+ 1 = equivalente

- 1.
- A. FAMILY APGAR
- B. “APGAR”

-1	0	+1

- 2.
- A. The following questions have been designed to help us understand you and your family.
- B. As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a melhor compreender você e sua família.

-1	0	+1

- 3.
- A. You should feel free to ask questions about any item in the questionnaire.
- B. Sinta-se à vontade para fazer perguntas sobre qualquer item do questionário.

-1	0	+1

4.

- A. The spaces for comments should be used when you wish to give additional information or if you wish to discuss the way the question applies to your family.
- B. Os espaços para comentários devem ser usados caso você deseje fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à sua família.

-1	0	+1

5.

- A. Please try to answer all of the questions.
- B. Favor tentar responder a todas as perguntas.

-1	0	+1

6.

- A. Family refers to the individual(s) with whom you usually live.
- B. Família é(são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(ais) você vive normalmente.

-1	0	+1

7.

- A. Family refers to the individual(s) with whom you usually live.
- B. Família é(são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(ais) você vive normalmente.

-1	0	+1

8.

- A. For each question, check only one box.
- B. Para cada pergunta, assinale apenas um quadradinho.

-1	0	+1

9.

A. Always

B. Sempre

-1	0	+1

10.

A. Almost always

B. Quase sempre

-1	0	+1

11.

A. Some of the time

B. Algumas vezes

-1	0	+1

12.

A. Hardly

B. Dificilmente

-1	0	+1

13.

- A. Never
- B. Nunca

-1	0	+1

14.

- A. I am satisfied that I can turn to my family for help when something is troubling.
- B. Fico satisfeito(a) de poder recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me preocupando.

-1	0	+1

15.

- A. I am satisfied with the way my family talks over things with me and shares problems with me.
- B. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família discute questões e compartilha seus problemas comigo.

-1	0	+1

16.

- A. I am satisfied with the extent to which my family accepts and supports my wishes to take on new activities or pursue new directions.
- B. Estou satisfeito(a) que minha família aceite e apoie meus desejos de empreender novas atividades e caminhos.

-1	0	+1

17.

- A. I am satisfied with the way my family express affection and responds to my emotions, such as anger, sorrow or love.
- B. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e responde às minhas emoções, tais como raiva, tristeza ou amor.

-1	0	+1

18.

- A. I am satisfied with the way my family and I share time together.
- B. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos tempo juntos.

-1	0	+1

19.

- A. Comments.
- B. Comentários.

-1	0	+1

20.

- A. Who lives in your home?
- B. Quem vive em sua casa?

-1	0	+1

21

- A. List by relationship (e.g., spouse, significant other, child or friend).

- B. Faça uma lista por relacionamento (p.ex.: cônjuge, outra pessoa significativa, filho(a) ou amigo(a).

-1	0	+1

22.

- A. If you have established your own family, consider home to be where you live with your spouse, children or significant other; otherwise, consider home to be your place of origin, i.e., the place where your parents or those who raised you live.

- B. Caso você tenha constituído sua própria família, considere casa como o lugar onde você vive com seu cônjuge, filhos ou outra pessoa significativa; caso contrário, considere casa como seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o educaram vivem.

-1	0	+1

23.

- A. "Significant other" refers to a partner you live with in a physically and emotionally nurturing relationship but whom are not married.

- B. Por "outra pessoa significante" compreende-se o parceiro(a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto de vista físico e emocional, mas com o(a) qual não está casado.

-1	0	+1

24.

- A. Relationship

- B. Relacionamento

-1	0	+1

25.

- A. Age
- B. Idade

-1	0	+1

26.

- A. Sex
- B. Sexo

-1	0	+1

27.

- A. Please check below the column that best describes how you now get along with each member of the family listed.
- B. Favor assinalar abaixo a coluna que melhor descreve como atualmente você se dá com cada membro de sua família constante na lista.

-1	0	+1

28.

- A. Well
- B. Bem

-1	0	+1

29.

- A. Fairly
- B. Razoável

-1	0	+1

30.

A. Poorly

B. Mal

-1	0	+1

31.

A. If you live alone, please list below the individuals to whom you turn for help most frequently.

B. Caso você não more com a sua própria família, favor relacionar abaixo as pessoas a quem você recorre mais freqüentemente quando necessita de ajuda.

-1	0	+1

32.

A. List by relationship (e.g., family member, friend, associate at work or neighbor).

B. Faça a lista por relacionamento (p.ex.: membro da família, amigo, colega de trabalho ou vizinho).

-1	0	+1

33.

A. Please check below the column that best describes how you now get along with each person listed.

B. Favor assinalar abaixo a coluna que melhor descreve como atualmente você se dá com cada pessoa constante na lista.

-1	0	+1

ANEXO VI

AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA CULTURAL E CONCEITUAL DA VERSÃO TRADUZIDA DO “FAMILY APGAR”

Prezado(a) _____

A lista de itens apresentada a seguir corresponde às versões original e traduzida do “FAMILY APGAR”, instrumento que se propõe a mensurar a dinâmica de funcionamento familiar ou funcionalidade familiar desenvolvido por Gabriel Smilkstein, médico do Department of Family Practice, School of Medicine, University of California, em 1978. Considerando as diferenças culturais entre a nossa população e a que originou o instrumento, estamos realizando a adaptação transcultural do mesmo para utilização na assistência e na pesquisa, seguindo metodologia apropriada para estudos dessa natureza.

Solicito assim, sua valiosa colaboração no sentido de avaliar as *equivalências cultural e conceitual* dos itens da versão traduzida do instrumento citado considerando as seguintes orientações:

Equivalência cultural - as situações evocadas ou retratadas nos itens devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural

Equivalência conceitual - representa a coerência do item com relação aquilo que se propõe a medir.

Para a análise das equivalências, por favor utilize a escala especificada a seguir assinalando com um “X” o campo correspondente ao seu julgamento:

ESCALA DE EQUIVALÊNCIA
- 1 = não equivalente
0 = indeciso
+ 1 = equivalente

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores -1 ou 0, por favor, sugira as alterações que julgar mais apropriadas no espaço reservado abaixo de cada um dos itens.

Contando com sua valiosa contribuição, agradeço antecipadamente por sua atenção, colaboração e empenho e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Para cada um dos itens a seguir utilize a escala abaixo para designar a sua avaliação de equivalência assinalando com um “x” o campo correspondente à sua opinião:

ESCALA DE EQUIVALÊNCIA
- 1 = não equivalente
0 = indeciso
+ 1 = equivalente

1. Fico satisfeito(a) de poder recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me preocupando.

	-1	0	+1
EQUIVALÊNCIA CULTURAL			
EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL			

2. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família discute questões e compartilha seus problemas comigo.

	-1	0	+1
EQUIVALÊNCIA CULTURAL			
EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL			

3. Estou satisfeito(a) que minha família aceite e apoie meus desejos de empreender novas atividades e caminhos.

	-1	0	+1
EQUIVALÊNCIA CULTURAL			
EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL			

4. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e responde às minhas emoções, tais como raiva, tristeza ou amor.

	-1	0	+1
EQUIVALÊNCIA CULTURAL			
EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL			

5. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos tempo juntos.

	-1	0	+1
EQUIVALÊNCIA CULTURAL			
EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL			

ANEXO VII

VERSÃO FINAL DO “APGAR DE FAMÍLIA” DE SMILKSTEIN

“Família” é (são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(ais) você habitualmente vive. Caso você more sozinho(a), considere família como aquelas pessoas com as quais você tem atualmente os laços emocionais mais fortes.

As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a compreender você e sua família. Sinta-se à vontade para fazer perguntas sobre qualquer item do questionário. Os espaços para comentários devem ser usados quando você de- sejar fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à sua família. Por favor tente responder a todas as perguntas.

Para cada pergunta, assinale apenas um quadrado:

	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	DIFICILMENTE	NUNCA
Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					
Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS:					

QUEM VIVE EM SUA CASA*?				Por favor assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA MEMBRO DE SUA FAMÍLIA constante da lista		
RELACIONAMENTO PARENTESCO	IDADE	SEXO		BEM	MAIS OU MENOS	MAL
		MASCULINO	FEMININO			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Caso você tenha constituído sua própria família, considere CASA como o lugar onde você vive com seu cônjuge, filho(s) ou outra pessoa significativa; caso contrário, considere CASA como seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o criaram vivem.

** “PESSOA SIGNIFICATIVA” é o(a) parceiro(a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto de vista físico e emocional, mas com o(a) qual você não está casado(a).

SE VOCÊ MORA SOZINHO(A), POR FAVOR RELACIONE ABAIXO AS PESSOAS A QUEM VOCÊ PROCURA, MAIS FREQUENTEMENTE, QUANDO PRECISA DE AJUDA				Por favor assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA PESSOA constante da lista		
RELACIONAMENTO PARENTESCO	IDADE	SEXO		BEM	MAIS OU MENOS	MAL
		MASCULINO	FEMININO			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO VIII

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE IDOSOS

PRIMEIRA PARTE

Data: ___/___/___

Nome: _____

Data de nascimento ___/___/___

Sexo: Masculino () Feminino ()

Onde nasceu? _____

Há quanto tempo está em são paulo? _____

Escolaridade:

() Alfabetizado

() 1º grau () incompleto () completo

() 2º grau () incompleto () completo

() 3º grau () incompleto () completo

Estado civil:

() Solteiro

() Casado /Amaziado

() Viúvo

() Separado / Dequitado / Divorciado

Reside com: _____

Apresenta alguma doença? () Não () Sim

Qual(ais)? _____

Acompanhamento médico periódico: () Não () Sim

Tipo: () Público () Privado

Tem acompanhamento domiciliário? () Não () Sim

Especifique: _____

DADOS SOBRE A FAMÍLIA

Número de pessoas que residem na casa, idade, sexo e nível de relacionamento com o idoso:

INICIAIS DO NOME	IDADE (em anos)	SEXO		PARENTESCO/RELACIONAMENTO COM O IDOSO (filho(a), esposa(a), amigo(a), etc)
		Masculino	Feminino	

Renda familiar aproximada: _____

Número de pessoas que exercem atividade remunerada na família:

Estimativa de gastos com o cuidado à saúde do idoso: _____

O idoso possui renda própria: () não () sim

Tipo: _____

A moradia é:

() Própria

() Alugada

() Cedida por quem? _____

ANEXO IX

ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE “OARS”⁹

Gostaria de perguntar ao Sr.(a) sobre algumas das atividades da vida diária, coisas que nós todos necessitamos fazer como parte de nossas vidas do dia-a-dia. Gostaria de saber se o Sr.(a) consegue fazer estas atividades sem qualquer ajuda ou com alguma ajuda, ou ainda, não consegue fazê-las de jeito nenhum.

Circule o número em frente à alternativa que mais se aplica à resposta do paciente.

1. Atividades de vida diária instrumentais (avdi):

a) O Sr.(a) usa o telefone?

- 2 - Sem ajuda tanto para procurar número na lista quanto para discar.
- 1 - Com uma certa ajuda (consegue atender chamados ou solicitar ajuda à telefonista em emergências, mas necessita de ajuda tanto para procurar números, quanto para discar)
- 0 - É completamente incapaz de usar o telefone

b) O Sr.(a) vai a lugares distantes que exigem tomar condução?

- 2 - Sem ajuda (viaja sozinho de ônibus, trem, metrô, táxi ou dirige seu próprio carro)
- 1 - Com alguma ajuda (necessita de alguém para ajudar-lhe ou ir consigo na viagem)
- 0 - Não pode viajar a menos que disponha de veículos especiais ou de arranjos emergenciais como ambulância.

c) O Sr.(a) faz compras de alimentos, roupas e de outras necessidades pessoais?

- 2 - Sem ajuda (incluindo o uso de transportes)
- 1 - Com alguma ajuda (necessita de alguém que o acompanhe em todo o trajeto das compras)
- 0 - Não pode ir fazer compras de modo algum

⁹ Escala adaptada por Cardoso e Gonçalves (1995)

d) O Sr(a) prepara sua própria refeição?

- 2 - Sem ajuda (planeja e prepara as refeições por si só)
- 1 - Com certa ajuda (consegue preparar alguma coisa mas não a refeição toda)
- 0 - Não consegue preparar a sua refeição de modo algum

e) O Sr.(A) faz limpeza e arrumação da casa?

- 2 - Sem ajuda (faxina e arrumação diária)
- 1 - Com alguma ajuda (faz trabalhos leves mas necessita ajuda para trabalhos pesados)
- 0 - Não consegue fazer trabalho de casa de modo algum

f) O Sr.(A) toma os medicamentos prescritos?

- 2 - Sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento da dose e horário)
- 1 - Com alguma ajuda (toma, se alguém preparar ou quando é lembrado(a) para tomar os remédios)
- 0 - Não consegue tomar por si os remédios prescritos

g) O Sr.(A) lida com suas próprias finanças?

- 2 - Sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, controlar saldo bancário, receber aposentadoria ou pensão)
- 1 - Com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para controle bancário e pagamento de contas maiores e/ou recebimento de aposentadoria ou pensão)
- 0 - Não consegue mais lidar com suas finanças

2. Atividades de vida diária básicas (avdb):

a) O Sr.(A) toma as refeições:

- 2 - Sem ajuda (capaz de tomar as refeições por si só)
- 1 - Com alguma ajuda (necessita de ajuda para, por exemplo: cortar carne, descascar laranja)
- 0 - É incapaz de alimentar-se por si só

b) O Sr.(A) consegue vestir e tirar suas roupas:

2 - Sem ajuda (apanhar as roupas e usá-las por si só)

1 - Com alguma ajuda

0 - Não consegue de modo algum apanhar as roupas e usá-las por si só.

c) O Sr.(A) cuida de sua aparência como pentear-se e barbear-se (para homens) e maquiar-se (para mulheres):

2 - Sem ajuda

1 - Com alguma ajuda

0 - Não pode cuidar por si de sua aparência

d) O Sr.(A) locomove-se:

2 - Sem ajuda (exceto com bengala)

1 - Com alguma ajuda (de uma pessoa ou com o uso de andador ou muletas)

0 - É completamente incapaz de locomover-se

e) O Sr.(A) deita-se e levanta-se da cama:

2 - Sem qualquer ajuda ou apoio

1 - Com alguma ajuda (de pessoa ou suporte qualquer)

0 - É dependente de alguém para levantar-se/deitar-se da cama

f) O Sr.(A) toma banho em banheira ou chuveiro:

2 - Sem ajuda

1 - Com alguma ajuda (necessita de ajuda para entrar e sair da banheira ou um suporte especial durante o banho)

0 - É incapaz de banhar-se por si só

g) O Sr.(A) já teve problemas em conseguir chegar em tempo ao banheiro:

2 - Não

1 - Sim

0 - Usa sondagem vesical e/ou colostomia

Se sim, com que frequência o sr.(A) se molha ou se suja (seja noite ou dia)?

1 - Uma a duas vezes por semana

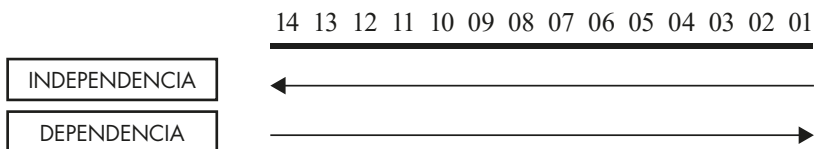
0 - Três ou mais vezes por semana

ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE "OARS"¹⁰

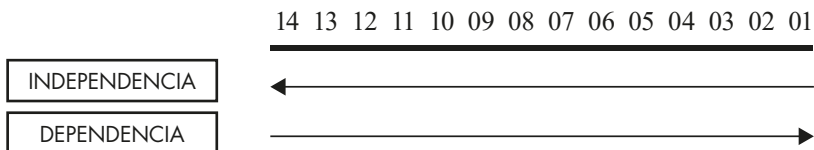
AVALIAÇÃO

A pontuação se obtém pela somatória dos pontos correspondentes às respostas assinaladas. Circular as pontuações atingidas pelo cliente nas escalas 1 e 2. Quanto mais alta é a pontuação mais o cliente é independente nas suas atividades de vida diária; quanto mais baixa a pontuação menos independente ele é.

a) Pontuação da avaliação das atividades de vida diária instrumentais (avdi)



b) Pontuação da avaliação das atividades de vida diária básicas (avdb)



¹⁰ Escala validada para a língua portuguesa por RAMOS, et.al, e adaptada por Gonçalves, et.al.

ANEXO X

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE CUIDADORES

Data: ___/___/___

Nome: _____

Data de nascimento ___/___/___

Sexo: Masculino () Feminino ()

Onde nasceu? _____

Há quanto tempo está em São Paulo? _____

Escolaridade:

() Alfabetizado

() 1º grau () incompleto () completo

() 2º grau () incompleto () completo

() 3º grau () incompleto () completo

Estado civil:

() Solteiro

() Casado /Amaziado

() Viúvo

() Separado / Dequitado / Divorciado

Tipo:

() Informal () Leigo () Profissional

Desenvolve esta atividade:

() Por instinto () Por vontade () Por competência () Por conjuntura

Há quanto tempo exerce a função? _____

Há rodízio ou substituição na atividade? () Não () Sim

Especifique: _____

Qual é o relacionamento/parentesco com o idoso? _____

Exerce outras atividades além do cuidado com o idoso? () Não () Sim

Especifique: _____

Fez modificações em sua dinâmica de vida para exercer a atividade atual? () Não () Sim

Especifique: _____

ANEXO XI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____

concordo em participar da pesquisa “Validação do “APGAR” de Família: um estudo com famílias de idosos” sob responsabilidade da Sra. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, enfermeira, docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Informo que fui devidamente esclarecido sobre os objetivos de tal estudo e autorizo a utilização dos dados do formulário, o qual respondi, para a realização do mesmo.

Tenho conhecimento do caráter científico deste trabalho e declaro que minha participação é estritamente voluntária e que estou ciente que não sofrerei nenhuma sanção ou prejuízo caso me recuse a participar. Estou ciente também que as informações que forneci para fins deste estudo serão tratadas de forma anônima e sigilosa.

Assinatura

São Paulo, de de 2000.

VALIDAÇÃO DO MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES MODIFICADO E ADAPTADO

OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO CONSENSUAL DA PESQUISA CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS JUÍZES

Segundo Spínola (2002) e Polit (1987), quando se utiliza a técnica Delfos, o número de especialistas para compor a pesquisa pode ficar a critério do pesquisador, sendo um número adequado, segundo as autoras, entre dez e quinze juízes. Para este estudo foi definido, o número de 15 (quinze) juízes, assim distribuídos:

- 10 (dez) juízes para a pesquisa;
- 4 (quatro) suplentes, para o caso de ocorrerem negativas de um dos juízes selecionados;
- 1 (um) juiz para o pré-teste.

Cabe salientar que os juízes suplentes não foram acionados, pois não obtivemos nenhuma recusa dos especialistas escolhidos.

Como critérios para a seleção, estabelecemos os seguintes requisitos:

- ser especialista em Gerontologia pela SBGG, e filiado à SBGG/SP com, no mínimo, 2 anos de experiência no trabalho com família, apoio social ou comunitário (rede de suporte social); ou
- possuir formação na área da teoria ou terapia familiar sistêmica, por ser a base conceitual do mapa mínimo de relações.

Foi também um critério de seleção dos juízes contarmos com profissionais de diversas áreas de atuação da gerontologia, desde que preenchessem os critérios acima estabelecidos.

Dessa maneira, os juízes que compuseram a pesquisa tinham formação nas seguintes áreas: enfermagem, medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Dos juízes selecionados, 7 (sete) eram especialistas em Gerontologia, pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e filiados à seção São Paulo dessa associação – SBGG/SP, e 3 (três) são especialistas em terapia familiar sistêmica, filiados à Associação Paulista de Terapia Familiar – ATP. A inclusão de juízes especialistas em terapia familiar se deu pelo domínio e conhecimento acerca do instrumento a ser validado, por ser o Mapa Mínimo de Relações um instrumento de cunho conceitual sistêmico.

O acesso aos profissionais foi efetivado por meio da solicitação feita pela pesquisadora às associações acima descritas.

No quadro abaixo, descrevemos a distribuição dos profissionais por especialidade.

Número de Juízes, formação profissional e especialidade

Formação Profissional	Especialidade	
	<i>Gerontólogo</i>	<i>Terapeuta Familiar</i>
Psicólogos	1	3
Assistente Social	3	
Médico	1	
Enfermeira	1-	
Terapeuta Ocupacional	1	

n =10

CONVITE AOS JUÍZES

O convite aos juízes da pesquisa foi inicialmente realizado por contato telefônicos. Finda essa etapa, para aqueles que concordaram em participar da

pesquisa, formalizamos o convite, enviando a cada um o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4), a 1ª carta convite apresentando a pesquisa, explicitando seu objetivo e a importância da participação do especialista (Anexo 5), e o 1º questionário Delfos do instrumento a ser validado (Anexo 6).

PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA - PRÉ-TESTE:

A primeira etapa da pesquisa foi realizada aplicando-se o pré-teste a uma juíza, gerontóloga, especialista filiada à SBGG/SP, a quem enviamos, por meio eletrônico, a carta convite para participar do pré-teste (Anexo 2), o 1º questionário

Delfos do instrumento a ser validado – fase de pré-teste (Anexo 3) e o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4).

A juíza considerou o instrumento de coleta de dados adequado quanto à sua clareza e pertinência, sem sugerir alterações na formulação das perguntas, não sendo necessários, portanto, ajustes para a continuidade da pesquisa.

FASES DE APLICAÇÃO DA PESQUISA

Na primeira aplicação do instrumento, o material foi enviado por correio postal para um juiz, e, para os demais, por meio eletrônico, atendendo à preferência de cada especialista, sendo essa uma das vantagens da aplicação da técnica Delfos (Spínola 1984, 2002; Polit 1987; Faro 1997). O material expedido pelo correio foi postado com envelope já selado para facilitar a remessa da resposta, sendo o prazo para a devolução, em ambos os casos (via correio ou eletrônica), de 15 dias.

A partir do recebimento dos instrumentos preenchido pelos juízes, tabulamos os dados, elaborando um novo questionário com as questões consensuais.

Para mantermos o anonimato dos pesquisados, esses foram identificados por nomes de pedras preciosas. Dessa maneira, nossos juízes foram assim denominados: Ágata, Água-Marinha, Esmeralda, Jade, Ônix, Opala, Rubi, Safira, Topázio, Turmalina.

O novo questionário produzido foi então enviado aos mesmos juízes, explicitando-se a média e a mediana obtidas em cada questão, além das sugestões e observações feitas, destacando-se, a cada envio, a posição individual do juiz a quem nos dirigíamos, e a do grupo, permitindo, como recomenda a técnica, que cada juiz conhecesse e comparasse sua posição com a dos demais (Spínola 1984).

Este procedimento foi repetido até a obtenção do consenso, ocorrido na segunda aplicação.

Realizamos uma terceira aplicação apenas para a pergunta de número cinco do MMRI, que então obteve consenso.

Dessa forma, o instrumento foi considerado validado consensualmente, após sua terceira aplicação, obtendo um percentual de consenso superior ao proposto para essa pesquisa, que foi de 70% de aprovação dos especialistas. A obtenção do consenso após a terceira aplicação referenda os dados da literatura, que consideram entre duas e três um número adequado de aplicações, demonstrando que o instrumento é consistente (Spínola, 1984, 2002; Polit 1987; Faro 1997).

Esquematizamos o processo metodológico de coleta de dados das três fases da Técnica Delfos, no quadro abaixo, visando facilitar sua compreensão e comparar as alterações que ocorreram a cada fase.

COLETA DE DADOS

1ª FASE	2ª FASE	3ª FASE
<p>material enviado aos juízes</p> <p>O material enviado aos 10 (dez) juízes, na 1ª fase de coleta de dados, foi organizado da seguinte maneira</p> <ul style="list-style-type: none"> - termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 4); - 1ª carta convite (anexo 5) - 1º instrumento de coleta de dados (anexo 6) <p>Esse 1º instrumento de coleta de dados continha os seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>dados de identificação</i> de forma bastante sucinta que foram avaliados, segundo escala de Lickert, quanto à clareza e pertinência, com notas que variavam de 0 a 5, sendo 0 (zero) entendida como total discordância da questão, e 5 (cinco) como total concordância; - <i>quatro questões relativas às funções desempenhadas pelos componentes da rede de suporte social do idoso</i>, a serem registradas no MMRI, conforme descrito no anexo 6, no campo de esclarecimentos ao pesquisador. As perguntas foram: <ol style="list-style-type: none"> 1) quem o(a) visita ou lhe faz companhia? 2) se o Sr.(a) precisar de auxílio para serviços domésticos, quem o(a) auxiliaria ? 3) se o senhor(a) precisar de auxílio para cuidados pessoais, quem o auxiliaria? 4) se o senhor(a) precisar de auxílio financeiro, quem o auxiliaria? 	<p>material enviado aos juízes</p> <p>O material enviado aos 10 (dez) juízes, na 2ª fase de coleta de dados, foi organizado da seguinte maneira:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2ª carta convite (anexo 7) - 2º instrumento de coleta de dados (anexo 8), construído a partir dos dados que não obtiveram consenso de 70% dos juízes na 1ª aplicação. <p>As questões que obtiveram o consenso necessário foram consideradas validadas e, sendo assim, não submetidas à nova análise.</p> <p>Para a construção do 2º instrumento agregamos todas as sugestões e observações relativas à clareza das perguntas, o que deu origem ao desdobramento da questão de número 1 do MMRI, em duas questões: números 1 e 2, nesse 2º instrumento.</p> <p>Dessa forma ele foi constituído dos seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dados de identificação, com ampliação de itens abordados – cinco questões relativas às funções desempenhadas pelos componentes da rede de suporte social do idoso, assim formuladas: <ol style="list-style-type: none"> 1) quem o(a) visita, pelo menos <ul style="list-style-type: none"> • uma vez por semana? • uma vez por mês? • e uma vez por ano? 2) a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de alguém para lhe fazer companhia <ul style="list-style-type: none"> • uma vez por semana? • uma vez por mês? • e uma vez por ano? 	<p>material enviado aos juízes</p> <p>O material enviado aos 10 (dez) juízes, na 3ª fase de coleta de dados, foi organizado da seguinte maneira:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3ª carta convite (anexo 9) - 3º instrumento (anexo 10), constituído apenas por uma questão do MMRI que não obteve consenso: a pergunta de número 5 relativa à função de auxílio financeiro. <p>As questões que obtiveram o consenso necessário na fase anterior foram consideradas validadas, e sendo assim, não submetidas à nova análise dos juízes.</p> <p>Dessa forma, o 3º instrumento foi constituído com a seguinte pergunta:</p> <p>5) Quem ajuda ou ajudaria o senhor financeiramente se precisar de auxílio para pagar aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar comida, remédio etc. pelo menos</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma vez por semana? • uma vez por mês? • e uma vez por ano? <p>Essa pergunta foi avaliada, segundo a escala de Lickert, quanto à clareza; e forma de registro no MMRI.</p>

<p>Cada uma dessas perguntas foi também avaliada, segundo a escala de Lickert, quanto à clareza, pertinência e forma de registro no MMRI.</p> <p>Formulamos ainda uma última questão relativa à adequação da forma gráfica de registro de respostas: Mapa Mínimo de Relações.</p>	<p>3) A quem o senhor(a) recorre ou recorrerá se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como por exemplo arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras. Com quem acha que pode contar</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma vez por semana? • uma vez por mês? • e uma vez por ano? <p>4) a quem o senhor(a) recorre ou recorrerá se precisar de ajuda por exemplo para trocar de roupa, tomar banho, comer se levantar, se deitar? Com quem acha que pode contar</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma vez por semana? • uma vez por mês? • e uma vez por ano? <p>5) a quem o senhor(a) recorre ou recorrerá se precisar de auxílio para pagar uma conta, comprar um remédio ou para outras despesas como por exemplo, alimentação, ou aluguel da sua casa? Com quem acha que pode contar</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma vez por semana? • uma vez por mês ? • e uma vez por ano? <p>Cada uma dessas perguntas foi avaliada, segundo a escala de Lickert, quanto à clareza e à forma de registro no MMRI.</p> <p>Quanto à pertinência, todas as questões obtiveram consenso na primeira aplicação do instrumento.</p> <p>As instruções de como proceder ao registro das respostas no MMRI constam do tópico “esclarecimentos ao pesquisador” do instrumento, descrito no anexo 8. Formulamos, ainda nessa fase, a questão relativa à adequação da forma gráfica de registro de respostas no MMRI.</p>	
---	---	--

<p>Forma de envio do material de pesquisa</p> <p>O material foi enviado pela pesquisadora a nove juízes por e-mail, sendo a resposta recebida também por meio eletrônico.</p> <p>Apenas para um juiz o envio e recebimento do material preenchido foi efetuado por correio postal.</p>	<p>Forma de envio do material de pesquisa</p> <p>O material da 2ª fase de coleta de dados foi enviado pela pesquisadora aos dez juízes por e-mail, sendo as respostas dos juízes também enviadas por meio eletrônico.</p>	<p>Forma de envio do material de pesquisa</p> <p>O material da 3ª fase de coleta de dados foi enviado pela pesquisadora aos dez juízes por e-mail, sendo as respostas dos juízes também enviadas por meio eletrônico.</p>
<p>Prazo para envio das respostas</p> <p>O material preenchido pelos juízes foi remetido à pesquisadora no prazo solicitado 15 dias.</p>	<p>Prazo para envio das respostas</p> <p>O material preenchido pelos juízes foi enviado à pesquisadora, dentro do prazo solicitado 15 dias.</p>	<p>Prazo para envio das respostas</p> <p>O material preenchido por seis juízes foi remetido à pesquisadora, dentro do prazo solicitado, 15 dias, e pelos demais, fora da data prevista.</p>
<p>Tabulação dos dados</p> <p>A tabulação de dados nas três fases da pesquisa ocorreu da seguinte maneira;</p> <p>partir das notas para cada pergunta que variava de 0 (total discordância) a 5 (total concordância) elaboramos de planilhas com as notas atribuídas a cada pergunta, por juiz e as, médias e medianas por questão. Cada questão teve ainda um campo para sugestões e observações que foi analisado com a construção de categorias.</p>	<p>Tabulação dos dados</p> <p><i>Idem</i> à primeira fase.</p>	<p>Tabulação dos dados</p> <p><i>Idem</i> à primeira fase.</p>
<p>Devolutiva aos juízes e formulação do 2º instrumento</p> <p>A devolutiva foi realizada enviando, por e-mail, para cada juiz, uma planilha com a nota e comentários sobre cada pergunta, e o posicionamento dos demais juízes, além da média e mediana de cada questão. Isso permitiu que cada um verificasse a posição de sua resposta em relação à do grupo, e o pensamento dos demais especialistas sobre o assunto.</p> <p>Além dessa planilha, enviamos também o segundo instrumento de coleta de dados construído para as questões que não obtiveram consenso estipulado para esse trabalho, 70% de opiniões convergentes</p> <p>Para o envio das informações em todas as fases da pesquisa, a manutenção do anonimato dos juízes se deu pela adoção de nomes de pedras preciosas para designar cada especialista, como já descrito no início deste capítulo.</p>	<p>Devolutiva aos juízes e formulação do 3º instrumento</p> <p>A devolutiva foi realizada enviando, por e-mail, para cada juiz, a planilha com a sua nota e comentários sobre cada questão e o posicionamento dos demais juízes, além da média e mediana de cada questão. Com esse material enviamos também o terceiro instrumento formulado apenas com uma questão do Mapa Mínimo de Relações, que não obteve consenso: a pergunta de número 5 do MMR1 relativa à função de auxílio financeiro.</p>	<p>Devolutiva aos juízes e finalização da pesquisa: formulação do instrumento validado</p> <p>Envio aos juízes do instrumento validado, construído a partir do consenso de 70% desses especialistas.</p> <p>Para a construção do instrumento final agregamos todas as sugestões e observações relativas à clareza das perguntas, conforme descrito no item 4.3.</p>

Contamos ainda com a participação do autor do instrumento original, Prof. Carlos Sluzki, a quem enviamos por e-mail o instrumento final validado para a sua apreciação e comentários. No parecer do Prof. Sluzki, o instrumento mostra-se bem estruturado sendo uma útil ferramenta para a aplicação em Saúde Pública (Anexo 11).

INSTRUMENTO FINAL VALIDADO

O MMRI foi considerado validado parcialmente após a segunda aplicação, tendo sido necessária uma terceira análise apenas para uma pergunta. Após essa etapa, o instrumento obteve, para todas as perguntas, médias superiores às definidas pelo estudo, que foi de 0,70, sendo considerado validado consensualmente.

Apresentamos a seguir o instrumento validado de acordo com os ajustes e sugestões preconizadas pelos juízes ao longo de todo o processo.

ESCLARECIMENTOS AO ENTREVISTADOR

Antes do início da entrevista, mostra-se ao pesquisado o instrumento esclarecendo a sua localização no mapa, e como ele será preenchido.

A proximidade de relacionamento, para fins do preenchimento do MMRI, é entendida segundo a percepção do idoso frente às pessoas do seu círculo de relacionamento.

O entrevistador deve estar atento para o caso de o idoso se referir à pessoa pelo nome ou apelido. Neste caso, deve perguntar: O que o senhor(a) é dele(a)? Após o esclarecimento do(a) idoso(a), correlaciona-se o nome ou apelido a cada um dos quadrantes descritos no instrumento e então preenchesse o MMRI.

Para que o pesquisador não se perca no momento de registrar as respostas, recomenda-se que o faça no sentido horário iniciando pelo quadrante de relações com a família.

Foi previsto no instrumento, na página final, um espaço para observações do pesquisador, onde poderão ser registradas ou justificadas as respostas do(a) idoso(a) que forem necessárias.

INSTRUÇÕES

Formulam-se ao(a) pesquisado(a), identificado(a) pelo círculo escuro no centro do MMRI, as seguintes perguntas:

- 1) Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos:

- uma vez por semana (frequentemente)?
 - uma vez por mês (pouco frequentemente)?
 - e uma vez por ano (raramente)?
- 2) Com quem o(a) senhor(a) pode contar se desejar ou precisar de alguém para lhe fazer companhia:
- uma vez por semana (frequentemente)?
 - uma vez por mês (pouco frequentemente)?
 - e uma vez por ano (raramente)?
- 3) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como por exemplo: arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras:
- uma vez por semana (frequentemente)?
 - uma vez por mês (pouco frequentemente)?
 - e uma vez por ano (raramente)?
- 4) A quem o(a) senhor (a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar:
- uma vez por semana (frequentemente)?
 - uma vez por mês (pouco frequentemente)?
 - e uma vez por ano (raramente)?
- 5) Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente se precisar de auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc.:
- uma vez por semana (frequentemente)?
 - uma vez por mês (pouco frequentemente)?
 - e uma vez por ano (raramente)?
- As respostas serão registradas no MMRI pelo número da pergunta formulada e a abreviações correspondentes aos quadrantes relativos à “família” e à “comunidade”. Nos quadrantes relativos a amigos e relações com sistema

de saúde/social registra-se a resposta também pelo número da pergunta, e um ponto (◉) que significa uma pessoa mencionada. O registro dessas respostas nos círculos, que identificam a frequência de contatos com o idoso, será realizado da seguinte forma:

Resposta do idoso: pelo menos uma vez por semana (frequentemente)

Registro no MMRI: maior frequência de contatos com o idoso, sendo a resposta registrada no 1º círculo de frequência de contatos

Resposta do idoso: pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)

Registro no MMRI: pouca frequência de contatos com o idoso, sendo a resposta registrada no 2º círculo de frequência de contatos

Resposta do idoso: pelo menos uma vez por ano (raramente)

Registro no MMRI: rara frequência de contato com o idoso, sendo a resposta registrada no 3º círculo de frequência de contatos

ESCLARECIMENTOS AO ENTREVISTADOR

PERGUNTAS A SEREM REGISTRADAS NO MMRI

(PERGUNTA QUE IDENTIFICA A FUNÇÃO DE NÚMERO 1)

1) Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por semana?

Resposta: minha filha e meu irmão.

Registro no MMRI: o registro será realizado no primeiro círculo de frequência de contatos com o número 1 (referente ao número da pergunta que identifica a função visita), ao lado das abreviações fa e io (abreviação de filha e irmão) e deverão ser registradas no quadrante de relações com a família.

2) Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por mês?

Resposta: minha vizinha e uma amiga da minha igreja

Registro no MMRI: o registro será realizado no 2º círculo de frequência de contatos com o número 1 (referente ao número da pergunta que identifica a função visita) e a abreviação vi (vizinho) e gr (grupo religioso), no quadrante de relações com a comunidade.

3) Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por ano?

Resposta: minha amiga, que mora em outra cidade e vem passar o natal aqui com os filhos e a irmã.

Registro no MMRI: será no 3º círculo de frequência de contatos com o número 1 (referente ao número da pergunta que identifica a função visita) e um ponto (○) símbolo de uma relação significativa no quadrante de amigos.

(PERGUNTA QUE IDENTIFICA A FUNÇÃO DE NÚMERO 2)

1) Quem lhe faz companhia pelo menos uma vez por semana?

Resposta: O João, e uma moça que trabalha aqui em casa

Pergunta do pesquisador: E o João é o que seu?

Resposta da idosa: ele é meu esposo/marido

Registro no MMRI: O registro será realizado no 1º círculo de frequência de contatos com o número 2 (referente ao número da pergunta que identifica a função companhia) e a abreviação eo (esposo) no quadrante de família, e ps (prestador de serviço), no quadrante de relações com a comunidade.

2) Quem lhe faz companhia pelo menos uma vez por mês?

Resposta: minha neta que mora em outra cidade e vem passar uns dias comigo. Sabe eu sou irmã da mãe dela e a criei. Ela é como uma filha.

Registro no MMRI: O registro será realizado no 2º círculo de frequência de contatos com o número 2 (referente ao número da pergunta que identifica a função companhia) e a abreviação na (neta) no quadrante de família.

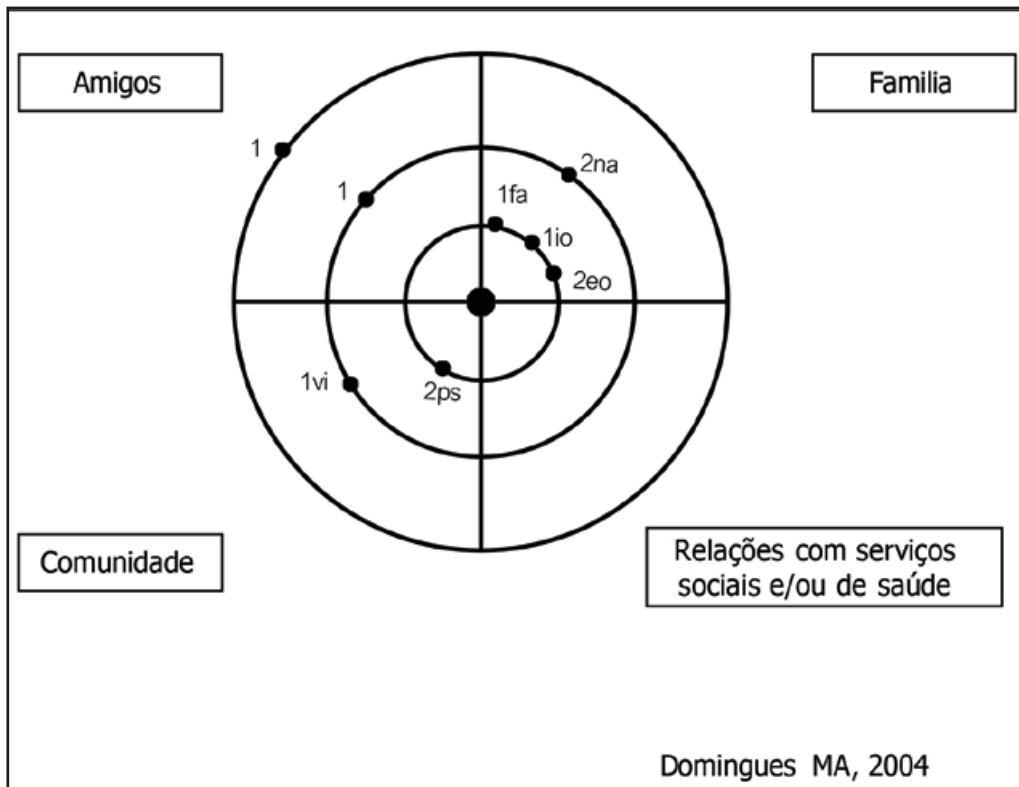
Quem lhe faz companhia pelo menos uma vez por ano? Resposta: Não tem mais ninguém, não senhora.

Registro no MMRI: Fica em branco, pois não tem nenhuma pessoa no 3º círculo de frequência de contatos.

Assim procedemos com as demais perguntas.

ESCLARECIMENTOS AO ENTREVISTADOR

Exemplo do MMRI preenchido



O tamanho da Rede de suporte social corresponde, dessa maneira, ao número de registros no Mapa Mínimo de Relações, segundo a percepção do idoso. Além do tamanho, esse instrumento nos permite conhecer a média e a amplitude dos relacionamentos por quadrante, ou seja, pela composição, por círculo (proximidade de relacionamento) e por função (símbolo e abreviações) das relações significativas mencionadas.

MMRI – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data da entrevista:/...../.....

Nome:

Sexo: Fem. () Mas. ()

Data de nascimento:/...../..... Idade:

Endereço:

.....

Bairro:

Fone:

1) Estado Conjugal:

Solteiro(a) ()

Casado(a) ()

Separado(a) ()

Viúvo(a) ()

2) Quanto à convivência:

Reside sozinho(a)

Sim () Não ()

Se não, com quem reside:

Companheiro(a) () Filho(a) () Neto(a) ()

Outros:

Outros, quem:

3) Há quanto tempo mora neste local:

menos de um ano ()

de 1 a 5 anos ()

de 6 a 10 anos ()

de 11 a 15 anos ()

de 16 a 19 anos ()

mais de vinte anos ()

4) Escolaridade:

Sem escolaridade ()

1º grau incompleto ()

1º grau completo ()

2º grau incompleto ()

2º grau completo ()

Superior incompleto ()

Superior completo ()

5) Tipo de moradia:

Casa () Apartamento ()

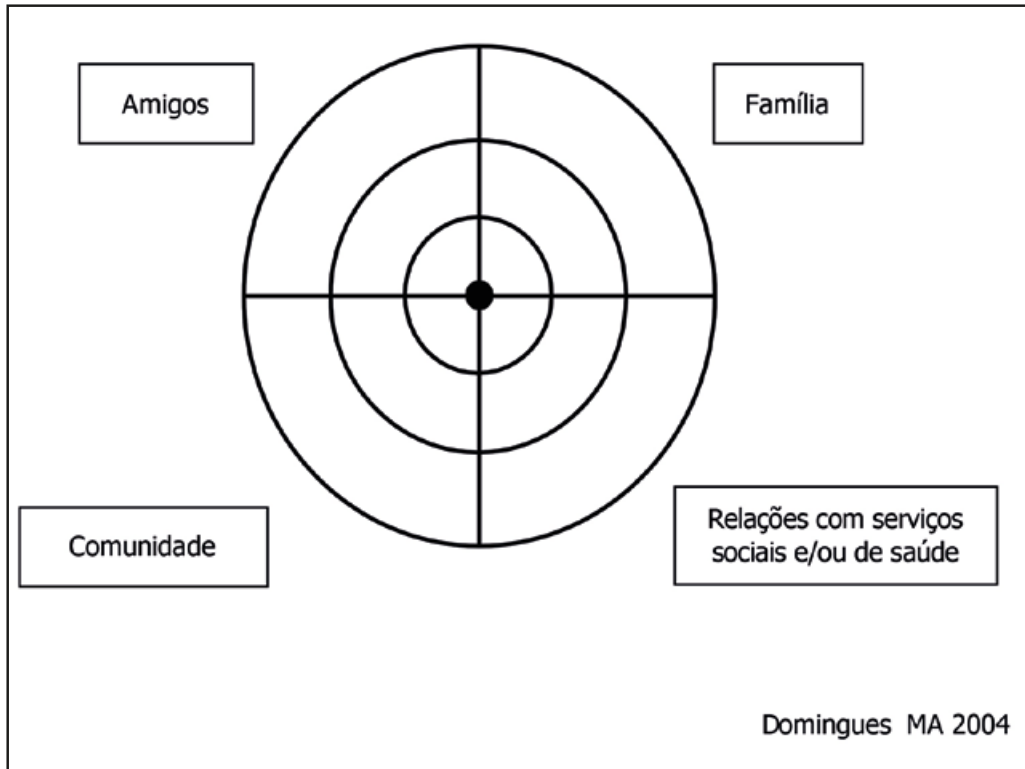
Outros:

6) Vinculação do imóvel:

Próprio () Alugado () Cedido ()

Outros:

MMRI



PERGUNTAS

1. visita
2. companhia
3. auxílio para atividades domésticas
4. auxílio para cuidados pessoais
5. auxílio financeiro

FREQÜÊNCIA DE CONTATOS

- 1ª Resposta = 1º Círculo ✎ FREQÜENTEMENTE - Relacionamento Próximo
- 2ª Resposta = 2º Círculo ✎ POUCO FREQÜENTEMENTE - Relacionamento Intermediário
- 3ª Resposta = 3º Círculo ✎ RARAMENTE - Relacionamento Distante

Abreviações/símbolo utilizados para o registro das respostas

Amigos e Sistema de saúde	Família	Comunidade
eo – esposo		cc - membros de centro de convivência
ea - esposa		cl - membros de clubes de lazer ou serviço
fa - filha		gr - membros de grupos religiosos
fo - filho		gt - membros de grupos de terceira idade
ia - irmã		ps - prestadores de serviços
io - irmão		vi - vizinhos
na - neta		
no - neto		
o - outros		

Observações:

PERGUNTAS A SEREM REGISTRADAS NO MMRI

Quais as pessoas que o(a) visitam, pelo menos:

- uma vez por semana (frequentemente)?
- uma vez por mês (pouco frequentemente)?
- e uma vez por ano (raramente)?

Com quem o(a) senhor(a) pode contar se desejar ou precisar de alguém para lhe fazer companhia:

- uma vez por semana (frequentemente)?
- uma vez por mês (pouco frequentemente)?
- e uma vez por ano (raramente)?

A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como por exemplo arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras:

- uma vez por semana (frequentemente)?
- uma vez por mês (pouco frequentemente)?
- e uma vez por ano (raramente)?

A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, se deitar:

- Uma vez por semana (frequentemente)?
- Uma vez por mês (pouco frequentemente)?
- E uma vez por ano (raramente)?

Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente se precisar de auxílio para pagar aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar comida, remédio etc.:

- Uma vez por semana (frequentemente)?
- Uma vez por mês (pouco frequentemente)?
- E uma vez por ano (raramente)?

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Passamos a apresentar o resultado das três fases de aplicação da técnica delfos, obtido pelo consenso dos juízes consultados.

parte I – Análise descritiva dos escores atribuídos pelos juízes

Nesta primeira parte da apresentação e análise dos resultados construímos, a partir dos dados coletados pela escala de Likert, tabelas e figuras que expressam os escores atribuídos pelos juízes nas três respostas.

Nas tabelas apresentamos as médias e medianas, mostrando as medidas de tendência central do instrumento, quanto ao seu questionário, e o desvio padrão de cada questão, caracterizando uma medida de dispersão dos escores dos juízes. Segundo Spínola (1994), a média dos escores é suficiente para analisar os resultados, quando se utiliza a técnica Delfos; agregamos, contudo, as demais medidas de análise de dados para embasar com maior rigor o consenso obtido.

As Tabelas 1 a 6 apresentam as médias, medianas, desvios padrão e valores máximo e mínimo dos escores atribuídos às perguntas 1 a 5 na primeira resposta, 1 a 6 na segunda resposta, e 5 na terceira resposta, considerando a pertinência, clareza e forma de cada questão na ocasião em que essas características foram observadas. Vale lembrar que a última questão do instrumento se refere somente à sua apresentação gráfica, não sendo a ela atribuídos escores quanto à clareza, forma ou pertinência, e sim, quanto à sua adequação.

As perguntas 1 e 2 da segunda resposta resultaram de um desmembramento da pergunta 1 da primeira resposta e, por esta razão, os resultados referentes a essas questões são apresentados em uma mesma tabela.

Os resultados apresentados nas Tabelas 1 a 6 mostram que, na segunda resposta, e também na terceira no caso da pergunta 5, as médias dos escores são superiores a 4 e as medianas iguais a 5, o que significa que pelo menos 50% dos juízes atribuíram escore máximo às questões. Pelos valores observados dos desvios padrão, temos que as avaliações dos juízes tornam-se mais homogêneas no decorrer das respostas (os desvios padrão diminuem da primeira resposta para a segunda e da segunda para a terceira). Particularmente, na avaliação da pertinência das questões 1 a 4 da primeira resposta, as médias dos escores foram maiores ou iguais a 4,6, sendo atribuído escore máximo (5) de forma unânime às perguntas 2 e 3. Na segunda resposta, apenas a pertinência da questão relativa à identificação foi avaliada com escore 5 por parte de todos os juízes.

Percebemos também que a média dos escores relativos à forma é maior que a dos relativos à clareza em todas as respostas e questões em que essas características foram avaliadas.

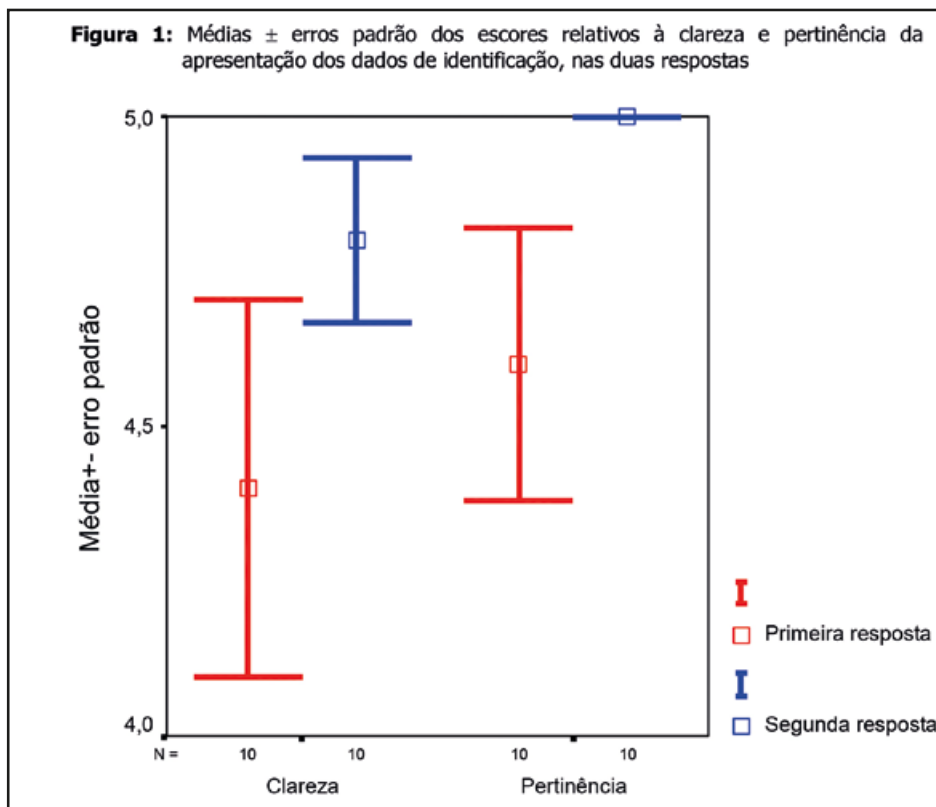
Esses resultados podem também ser visualizadas nas figuras 1 a 6, nas quais estão representadas as médias (quadrados) e erros padrão (barras) dos escores observados em cada questão a cada resposta.

Nas figuras 7 a 10 podemos visualizar o comportamento individual dos juízes quanto aos escores por eles atribuídos nas diferentes questões e respostas. Notamos, de uma forma geral, a tendência de serem atribuídos maiores escores de uma resposta para outra. Observamos também que alguns juízes apresentaram comportamento diferente dos demais. Por exemplo, o juiz Topázio atribuiu escore 1 à clareza, forma e pertinência da questão 4 na primeira resposta, destacando-se dos demais juízes [gráficos 7(a), 8(a) e 9(a)]. Notamos também na figura 7(a), que o juiz Rubi atribuiu escores menores ou iguais a 3 a todas as perguntas na primeira resposta, destacando-se dos demais juízes.

Os dados relativos às médias encontradas no instrumento como um todo apontam para a obtenção de consenso na segunda aplicação, exceto para a pergunta de número 5, que exigiu três envios.

Tabela 1: Médias, medianas, desvios padrão, valores mínimos e máximos observados dos escores relativos à clareza e pertinência da apresentação dos dados de identificação, nas duas respostas

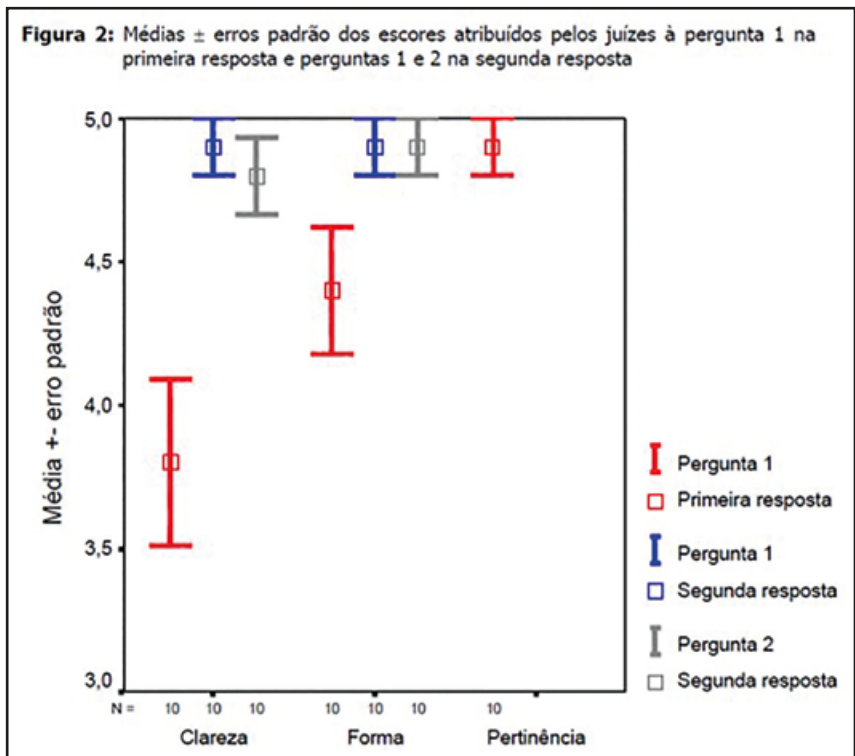
		Primeira resposta	Segunda resposta
CLAREZA	Média	4,40	4,80
	Mediana	5,00	5,00
	Desvio Padrão	0,97	0,42
	Mínimo	2,00	4,00
	Máximo	5,00	5,00
PERTINÊNCIA	Média	4,60	5,00
	Mediana	5,00	5,00
	Desvio Padrão	0,70	0,00
	Mínimo	3,00	5,00
	Máximo	5,00	5,00



Os resultados indicaram a consistência do instrumento, medido pela média obtida para as questões formuladas. Verifica-se que para cada atributo das perguntas dos dados de identificação, clareza das perguntas e sua pertinência, a primeira aplicação tem médias inferiores que aumentaram na segunda análise dos juízes, obtendo essa questão um percentual de concordância ou um consenso bastante superior ao definido para o estudo e preconizado por Witt (1984, 2002) e Polit (1987). Observa-se pela figura acima que, quanto à pertinência, o consenso foi de 100% na segunda aplicação.

Tabela 2: Médias, medianas, desvios padrão, valores mínimos e máximos observados dos escores atribuídos pelos juízes à pergunta 1 na primeira resposta e perguntas 1 e 2 na segunda resposta

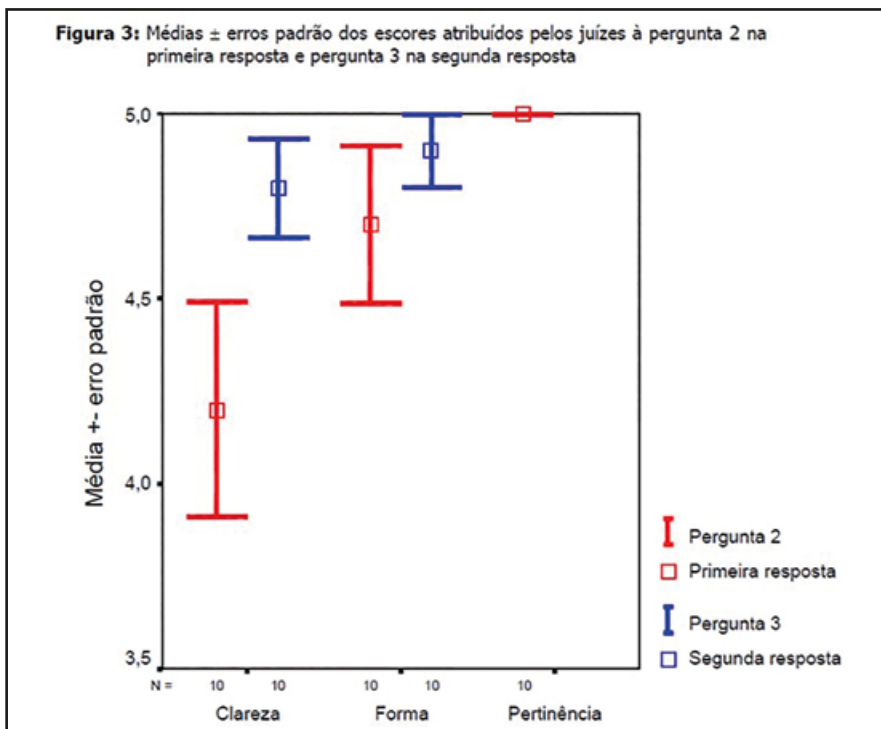
		Primeira resposta	Segunda resposta	
		Pergunta 1	Pergunta 1	Pergunta 2
CLAREZA	Média	3,80	4,90	4,80
	Mediana	3,50	5,00	5,00
	Desvio Padrão	0,92	0,32	0,42
	Mínimo	3,00	4,00	4,00
	Máximo	5,00	5,00	5,00
FORMA	Média	4,40	4,90	4,90
	Mediana	4,50	5,00	5,00
	Desvio Padrão	0,70	0,32	0,32
	Mínimo	3,00	4,00	4,00
	Máximo	5,00	5,00	5,00
PERTINÊNCIA	Média	4,90		
	Mediana	5,00		
	Desvio Padrão	0,32		
	Mínimo	4,00		
	Maximum	5,00		



Observa-se, por esses resultados, médias abaixo das preconizadas para esta pesquisa no respeito referente à clareza da pergunta. A maioria dos especialistas julgou como pertinente a divisão da pergunta em duas, o que resultou num segundo envio, nas questões um e dois. Na segunda aplicação as médias, medianas e desvio padrão obtiveram um consenso superior ao definido para o estudo. Quanto à forma de registro da questão, para tornar o instrumento mais fidedigno, apesar de termos obtido o consenso necessário na primeira aplicação, optamos por enviá-las após a inclusão das sugestões referentes à clareza da pergunta, o que culminou numa concordância de 90% dos juizes. O quesito referente à pertinência da pergunta, por obter consenso geral dos especialistas na primeira aplicação, não foi submetida à nova apreciação, sendo validada consensualmente em sua primeira aplicação.

Tabela 3: Médias, medianas, desvios padrão, valores mínimos e máximos observados dos escores atribuídos pelos juízes à pergunta 2 na primeira resposta e pergunta 3 na segunda resposta

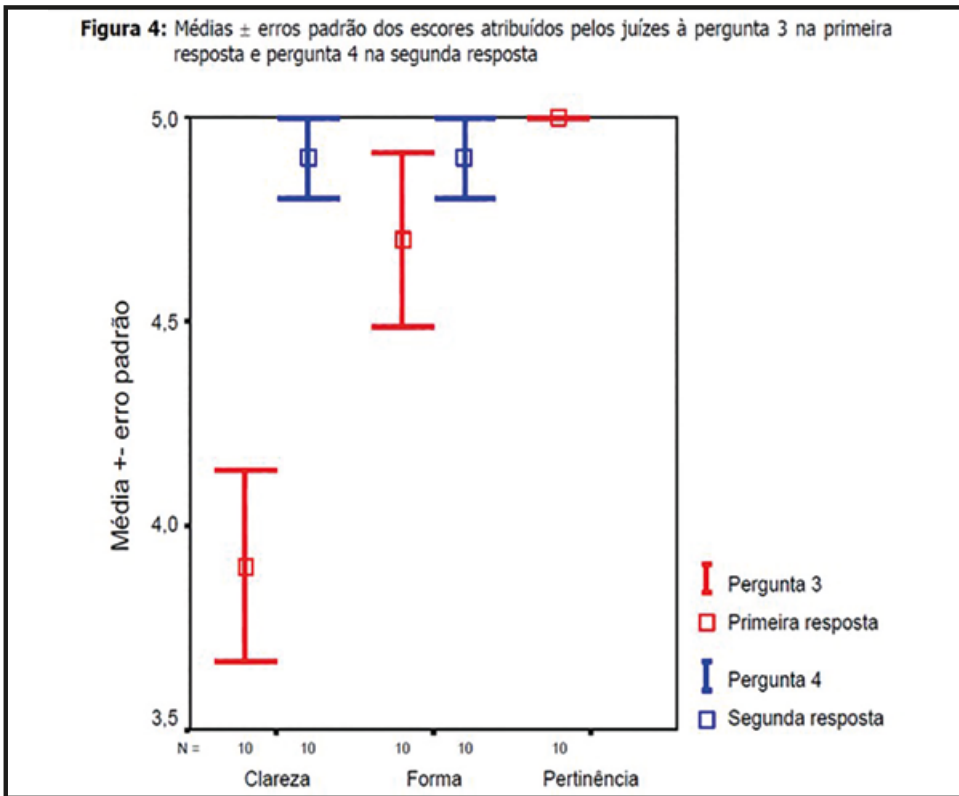
		Primeira	Segunda
		resposta	resposta
		Pergunta 2	Pergunta 3
CLAREZA	Média	4,20	4,80
	Mediana	4,50	5,00
	Desvio Padrão	0,92	0,42
	Mínimo	3,00	4,00
	Máximo	5,00	5,00
FORMA	Média	4,70	4,90
	Mediana	5,00	5,00
	Desvio Padrão	0,67	0,32
	Mínimo	3,00	4,00
	Máximo	5,00	5,00
PERTINÊNCIA	Média	5,00	5,00
	Mediana	5,00	5,00
	Desvio Padrão	0,00	0,00
	Mínimo	5,00	5,00
	Maximum	5,00	5,00



Na questão que avalia as atividades ou auxílios relativos aos serviços domésticos, os resultados mostram, a exemplo das perguntas anteriores, uma maior dispersão na primeira resposta quanto à clareza da pergunta. Na segunda aplicação, o percentual e consenso sobre esse quesito atinge 80%, de consenso, expresso pela média de 4,8, ou seja, dos 10 juízes consultados 8 concordaram quanto à sua clareza. As notas não atingiram cifras maiores por esses juízes sugerirem, tanto a essa questão, quanto às demais que avaliaram funções relativas às atividades cotidianas desenvolvidas pelo idoso, exemplos de tais ações. Após a inclusão das sugestões relativas à clareza das perguntas, observamos a maior homogeneidade das notas com um percentual de concordância com esta na segunda aplicação com medianas de 5.

Tabela 4: Médias, medianas, desvios padrão, valores mínimos e máximos observados dos escores atribuídos pelos juízes à pergunta 3 na primeira resposta e pergunta 4 na segunda resposta

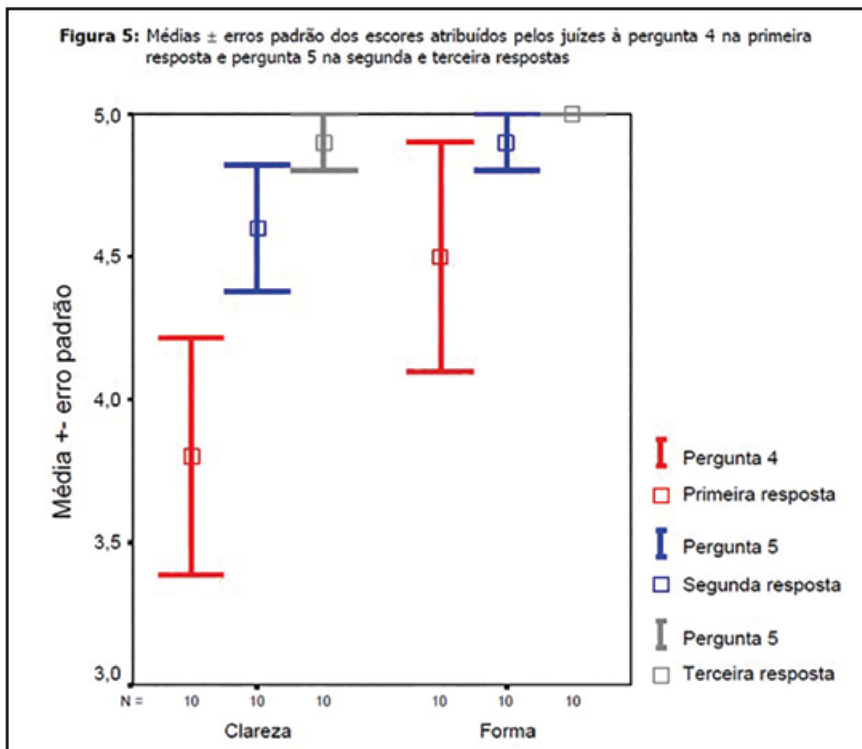
		Primeira resposta	Segunda resposta
		Pergunta 3	Pergunta 4
CLAREZA	Média	3,90	4,90
	Mediana	4,00	5,00
	Desvio Padrão	0,74	0,32
	Mínimo	3,00	4,00
	Máximo	5,00	5,00
FORMA	Média	4,70	4,90
	Mediana	5,00	5,00
	Desvio Padrão	0,67	0,32
	Mínimo	3,00	4,00
	Máximo	5,00	5,00
PERTINÊNCIA	Média	5,00	
	Mediana	5,00	
	Desvio Padrão	0,00	
	Mínimo	5,00	
	Máximo	5,00	



Na questão que avalia as atividades ou auxílios relativos aos cuidados pessoais, os resultados mostram, a exemplo das perguntas anteriores, uma maior dispersão na primeira resposta quanto à clareza da pergunta. Na segunda aplicação, o percentual de consenso sobre esse quesito atinge 80%, expresso pela média de 4,9, ou seja, dos 10 juízes consultados 9 concordaram quanto à sua clareza. As notas não atingiram cifras maiores, por esses juízes sugerirem a inclusão de exemplos de tais ações. Após a inclusão das sugestões relativas à clareza das perguntas, observamos a maior homogeneidade das notas com um percentual de concordância com esta na segunda aplicação com medianas de 5.

Tabela 5: Médias, medianas, desvios padrão, valores mínimos e máximos observados dos escores atribuídos pelos juízes à pergunta 4 na primeira resposta e pergunta 5 na segunda e terceira respostas

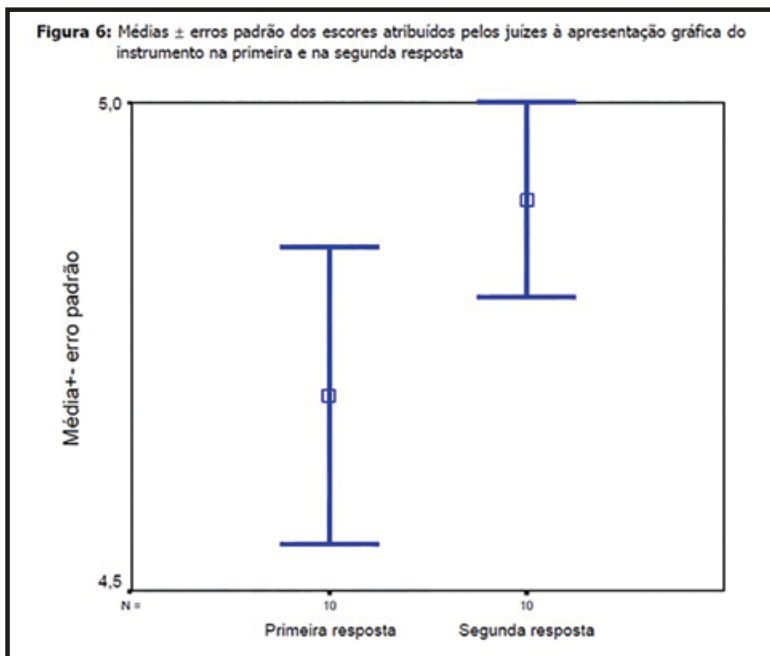
		Primeira resposta	Segunda resposta	Terceira resposta
		Pergunta 4	Pergunta 5	Pergunta 5
CLAREZA	Média	3,80	4,60	4,90
	Mediana	4,00	5,00	5,00
	Desvio Padrão	1,32	0,70	0,32
	Mínimo	1,00	3,00	4,00
	Máximo	5,00	5,00	5,00
FORMA	Média	4,50	4,90	5,00
	Mediana	5,00	5,00	5,00
	Desvio Padrão	1,27	0,32	0,00
	Mínimo	1,00	4,00	5,00
	Máximo	5,00	5,00	5,00
PERTINÊNCIA	Média	4,60		
	Mediana	5,00		
	Desvio Padrão	1,26		
	Mínimo	1,00		
	Máximo	5,00		



Na questão que avalia o fornecimento ou possibilidade do auxílio financeiro, os resultados também expressam, a exemplo das perguntas anteriores, uma maior dispersão na primeira resposta quanto à clareza da pergunta. Na segunda aplicação, o percentual de consenso sobre esse quesito atingiu o percentual de 60%, ainda insuficiente para a validação consensual do instrumento. Dessa maneira, para essa questão, foi necessária uma terceira aplicação. Após a incorporação das sugestões enviadas pelos juízes, para que se deixasse o enunciado mais claro, a questão atingiu, na sua terceira e última aplicação, 100% de concordância quanto à clareza. Os demais quesitos foram consensuados nas aplicações anteriores, o que motivou que a terceira aplicação fosse realizada apenas com o quesito de clareza da pergunta.

Tabela 6: Médias, medianas, desvios padrão, valores mínimos e máximos observados dos escores atribuídos pelos juízes à apresentação gráfica do instrumento na primeira e na segunda resposta

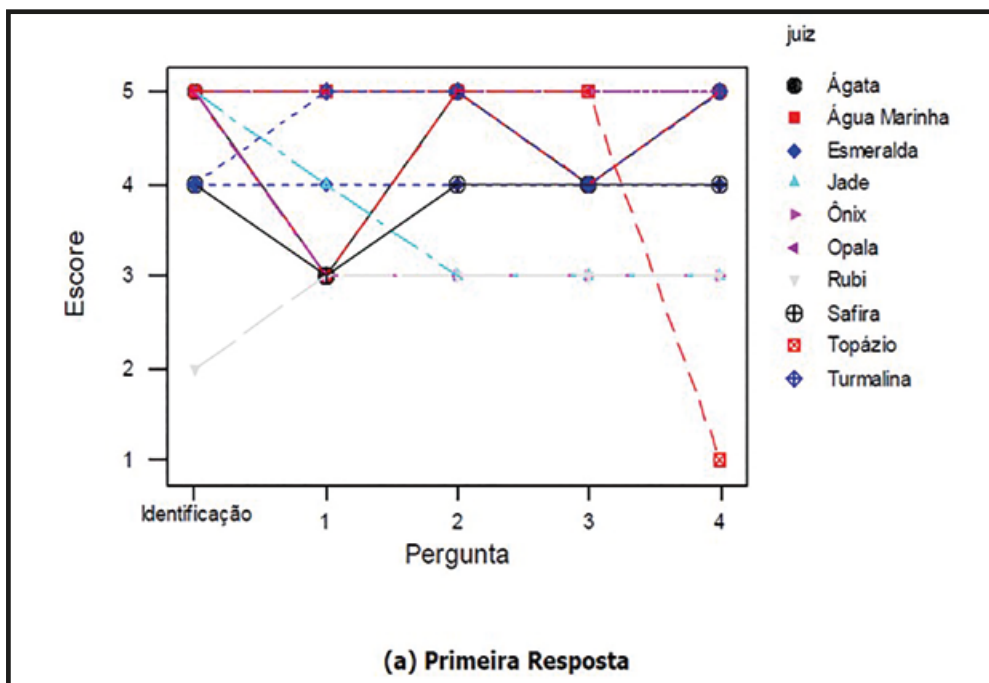
	Primeira resposta	Segunda resposta
Média	4,70	4,90
Mediana	5,00	5,00
Desvio Padrão	0,48	0,32
Mínimo	4,00	4,00
Máximo	5,00	5,00



Quanto à apresentação gráfica do instrumento, já na primeira aplicação, os dados apontam para 80% de convergência. Mesmo com o consenso mínimo já obtido, optamos por enviar novamente a questão, uma vez que outros itens do instrumento foram ajustados. Na segunda aplicação, o escore obtido foi de convergência ou de aceitação da forma de registro, com 90% de congruência.

Quanto aos resultados referentes à avaliação de todos os juízes, mostramos nas figuras 7 a 10 que se seguem, o comportamento desses, segundo as questões analisadas. Percebemos nesta análise, uma grande homogeneidade das avaliações, com maiores variações nas primeiras respostas, que tendem a diminuir nas aplicações subsequentes, demonstrando a adequação dos juízes selecionados em relação ao tema desse estudo.

Figura 7: Escores atribuídos pelos juízes em relação à **clareza** da pergunta relativa à identificação nas duas respostas, das perguntas 1 a 4 na primeira resposta, das perguntas 1 a 5 na segunda resposta e da pergunta 5 na terceira resposta.



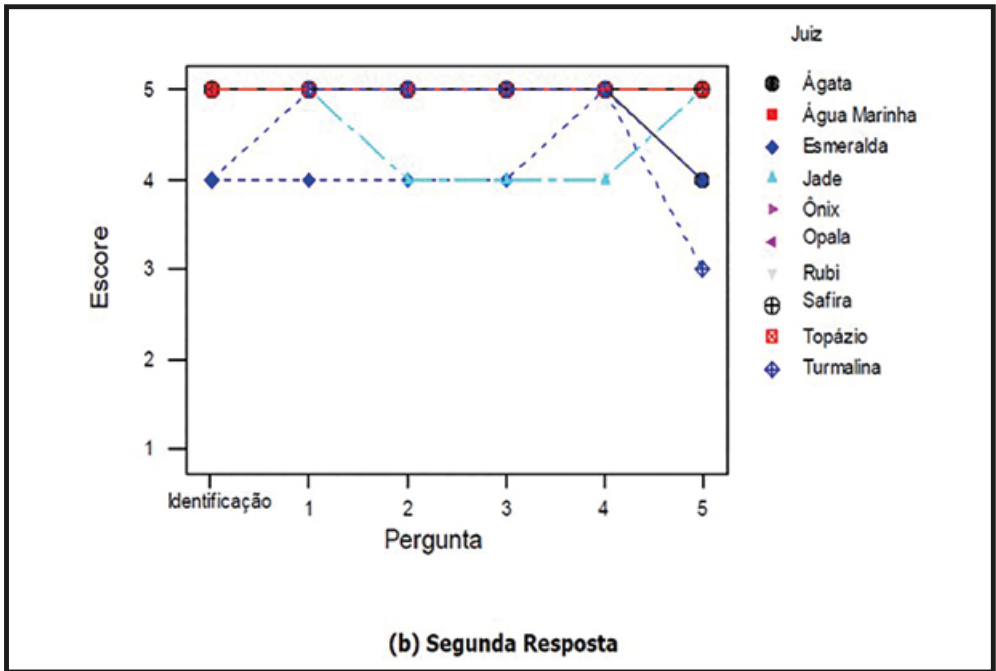


Figura 8: Escores atribuídos pelos juízes em relação à pertinência da pergunta relativa à identificação das perguntas 1 a 4 na primeira resposta

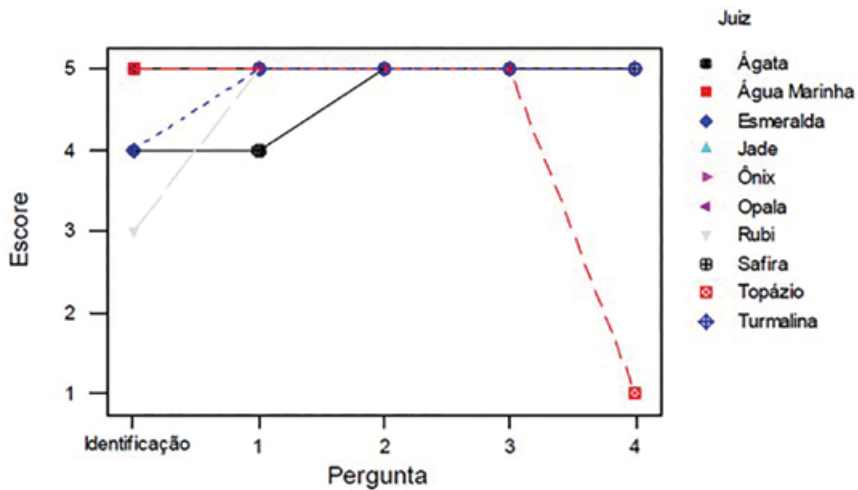
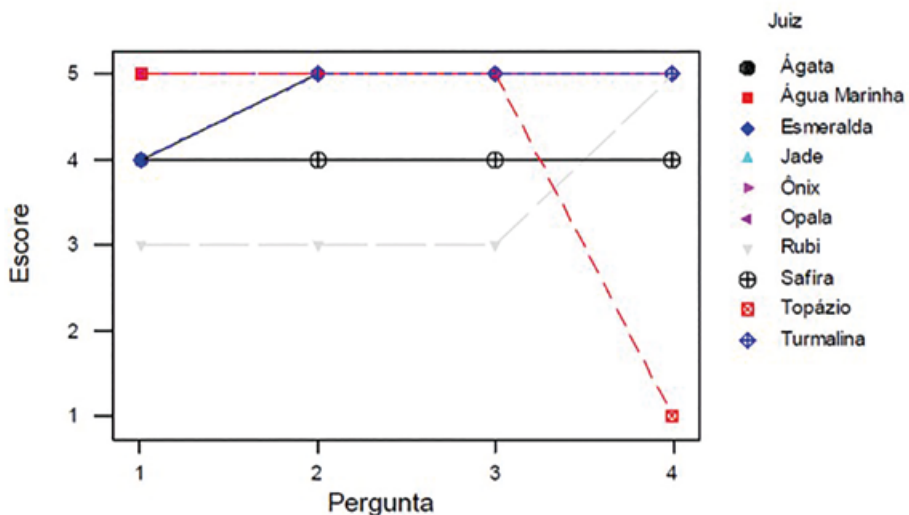
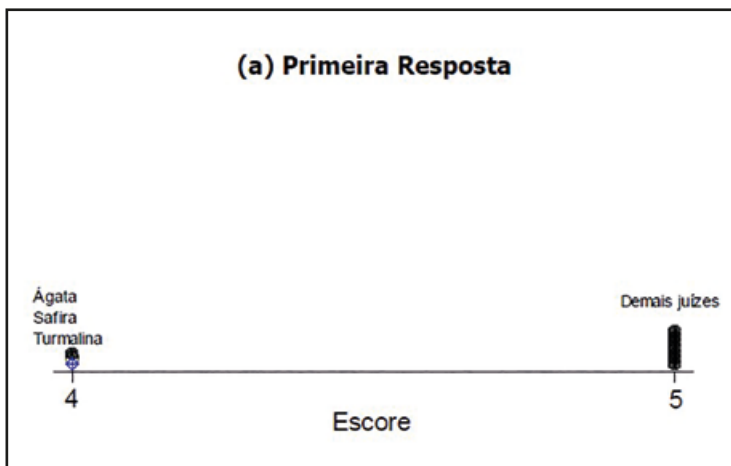
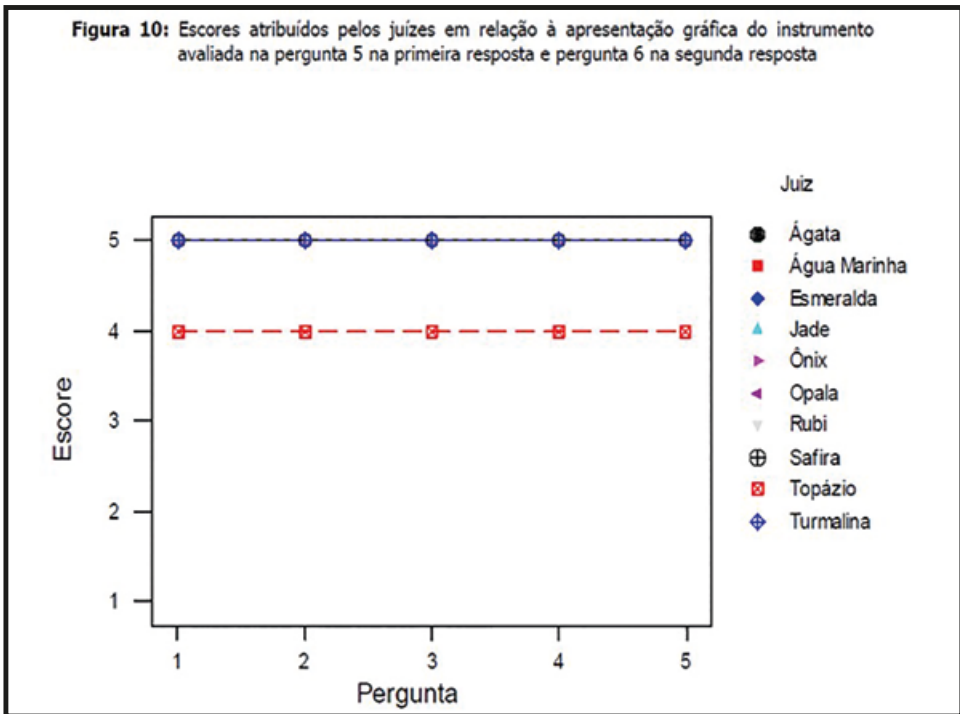


Figura 9: Escores atribuídos pelos juízes em relação à forma das perguntas 1 a 4 na primeira resposta, das perguntas 1 a 5 na segunda resposta e da pergunta 5 na terceira resposta





Na parte II que se segue, apresentamos os resultados das categorias construídas a partir dos campos de sugestões e observações realizadas pelos juízes.

Parte II – Análise descritiva das sugestões e observações feitas pelos juízes

As sugestões e observações feitas pelos juízes quanto à clareza, pertinência e forma das perguntas nas três respostas foram analisadas de forma descritiva por meio da construção de gráficos de barras (Figuras 11 a 25). A altura de cada barra representa a frequência observada de cada categoria de sugestão e observação. Observamos nessas figuras que, de uma forma geral, o número de categorias em uma mesma questão diminui da primeira para a segunda resposta e da segunda para a terceira, ocorrendo um aumento na frequência da categoria em que não houve sugestões e observações. A frequência desta categoria é superior a 8 para todas as questões da segunda resposta, tanto para clareza, forma e pertinência (nas perguntas em que foi avaliada) exceto para o item clareza da pergunta 5. Isto significa que 8 ou mais juízes não fizeram sugestões ou observações na segunda resposta em nenhuma das questões, exceto a 5, quanto à clareza. Na terceira resposta, entretanto, nenhum juiz fez sugestões ou observações à clareza dessa pergunta.

Figura 11: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **clareza** da pergunta de identificação na primeira e segunda respostas

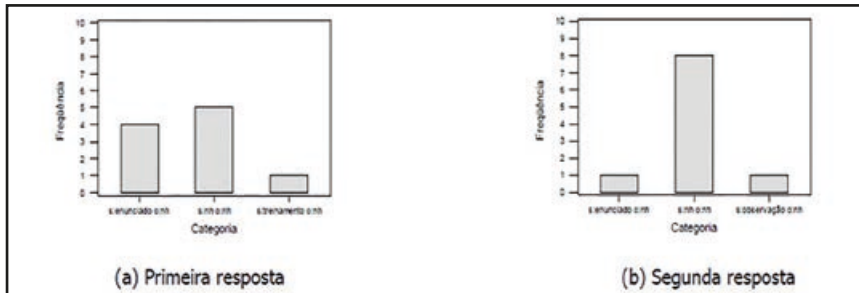


Figura 12: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **pertinência** da pergunta de identificação na primeira e segunda respostas

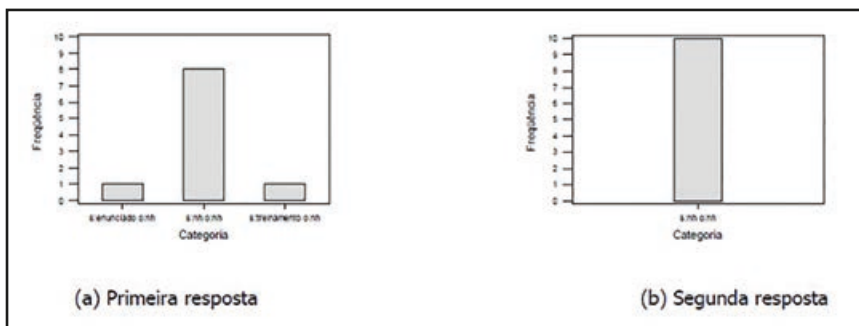


Figura 13: Gráfico das freqüências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **clareza** da pergunta 1 na primeira e perguntas 1 e 2 na segunda resposta

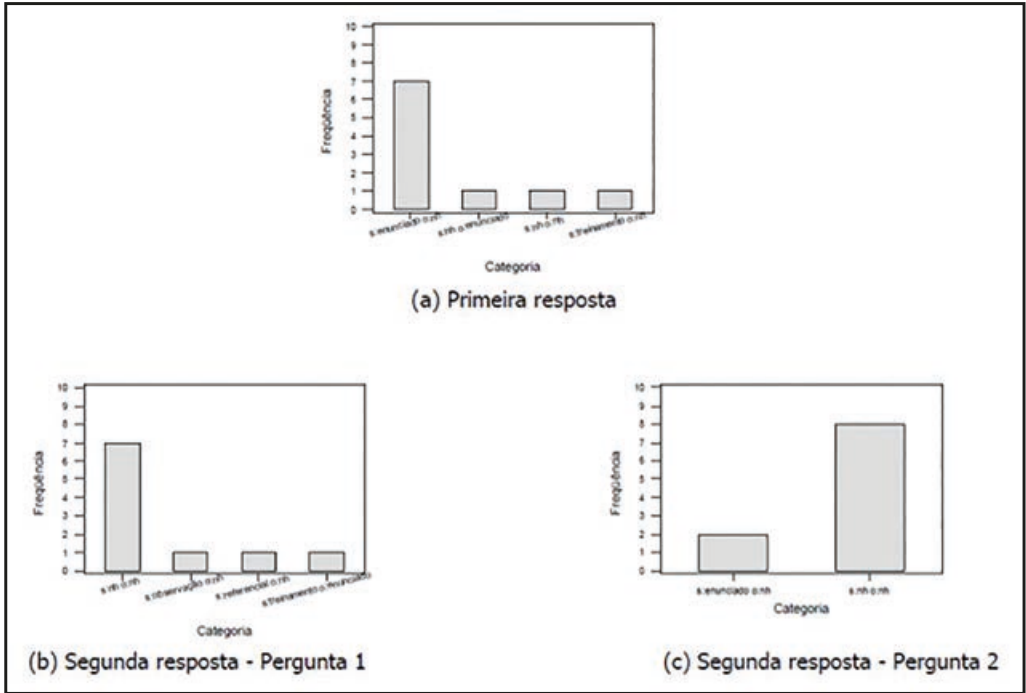


Figura 14: Gráfico das freqüências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **pertinência** da pergunta 1 na primeira resposta

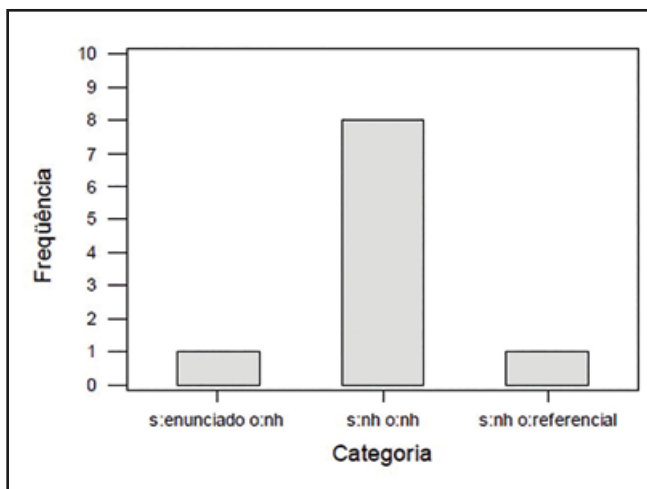


Figura 15: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **forma** da pergunta 1 na primeira e perguntas 1 e 2 na segunda resposta

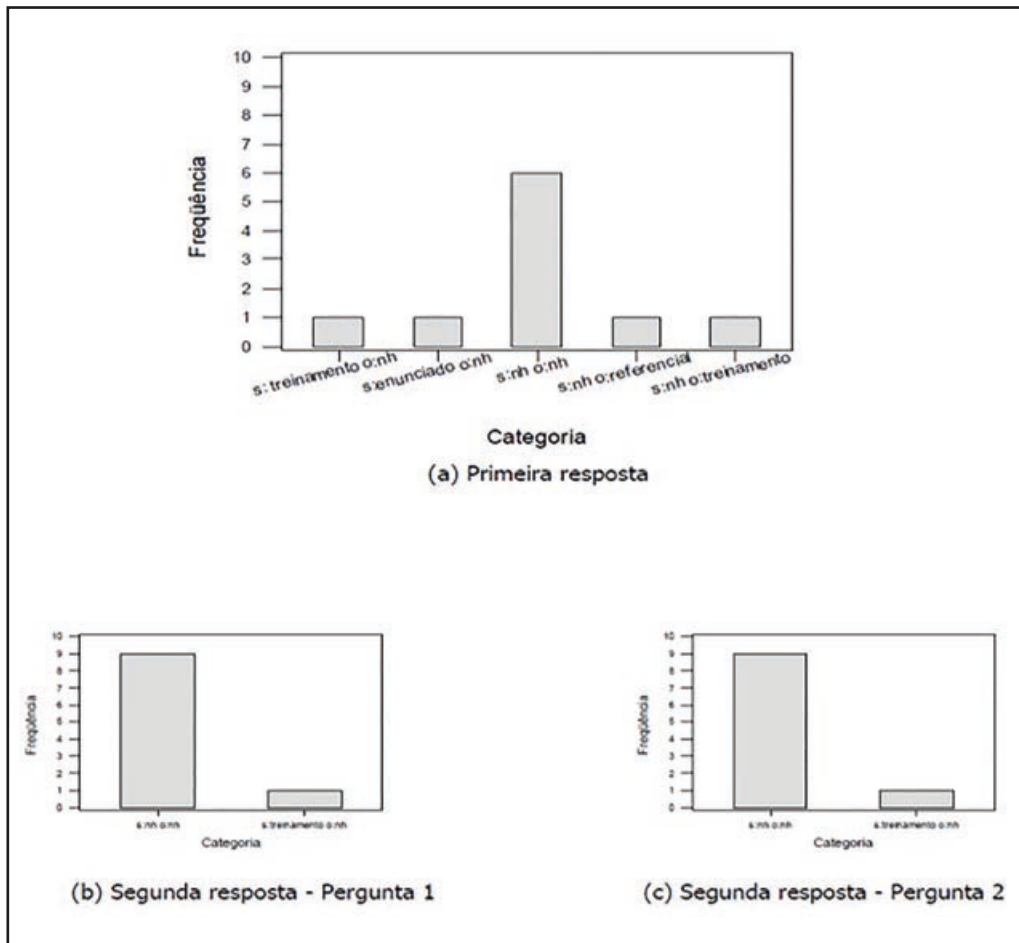


Figura 16: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **clareza** da pergunta 2 na primeira resposta e da pergunta 3 na segunda resposta

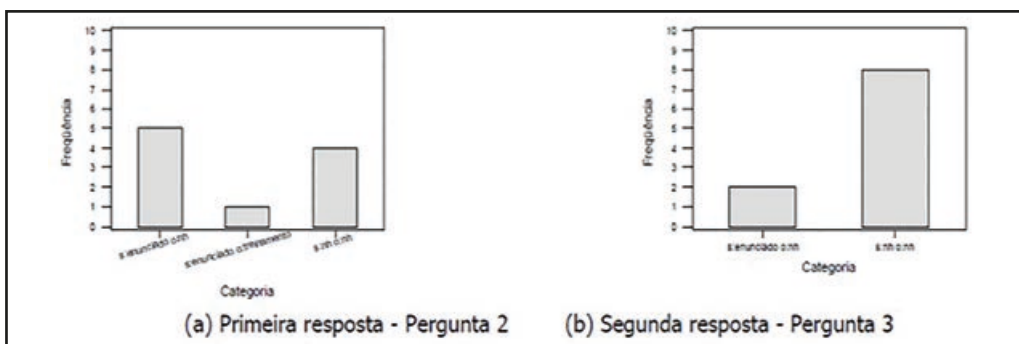


Figura 17: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **pertinência** da pergunta 2 na primeira resposta

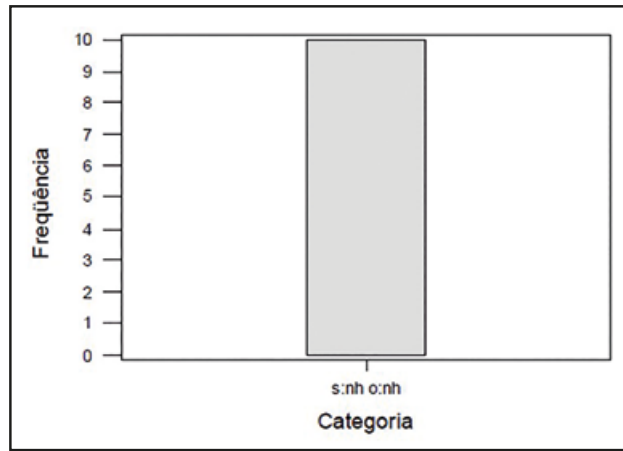


Figura 18: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **forma** da pergunta 2 na primeira resposta e da pergunta 3 na segunda resposta

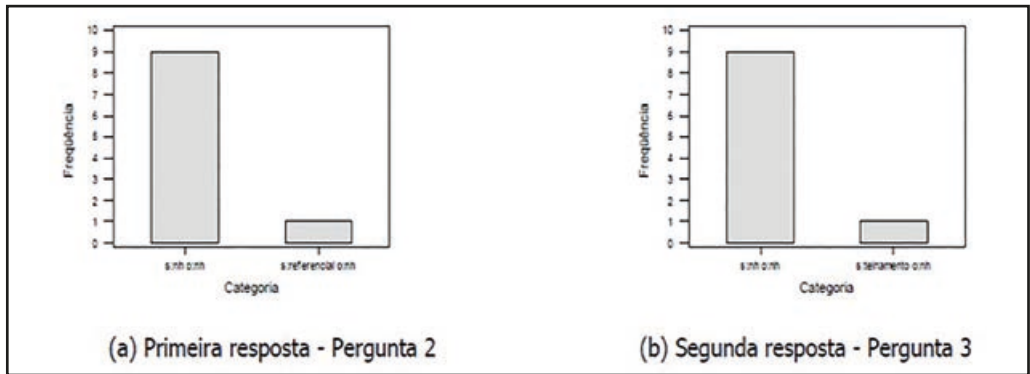


Figura 19: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **clareza** da pergunta 3 na primeira resposta e da pergunta 4 na segunda resposta

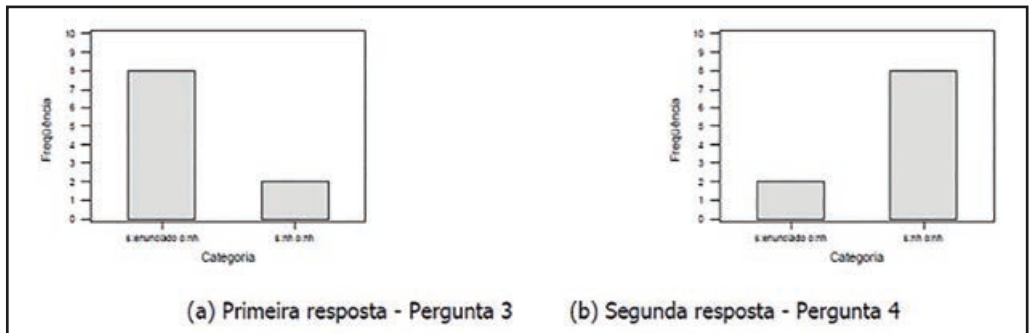


Figura 20: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **pertinência** da pergunta 3 na primeira resposta

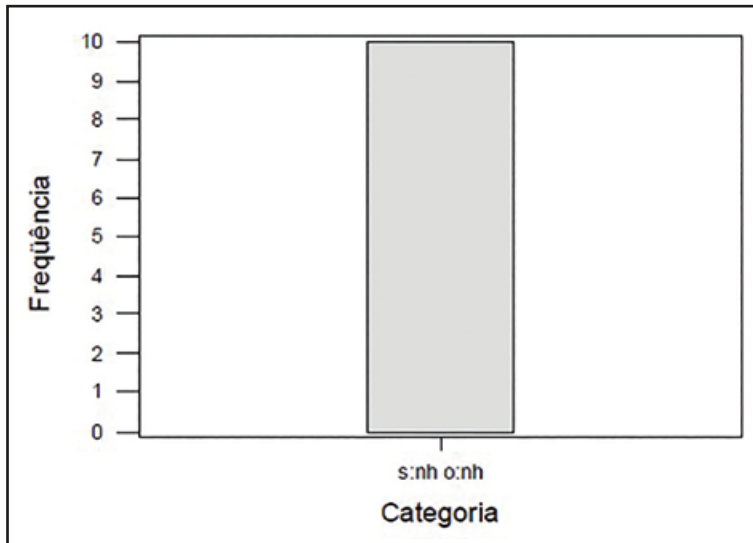


Figura 21: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **forma** da pergunta 3 na primeira resposta e da pergunta 4 na segunda resposta

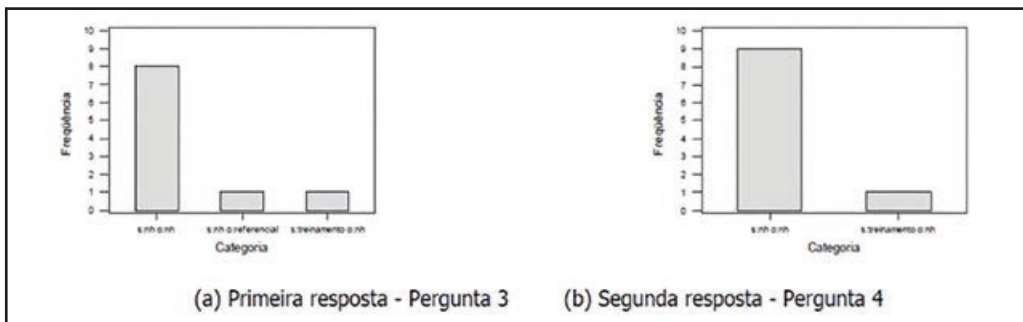


Figura 22: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **clareza** da pergunta 4 na primeira resposta e da pergunta 5 na segunda e terceira respostas

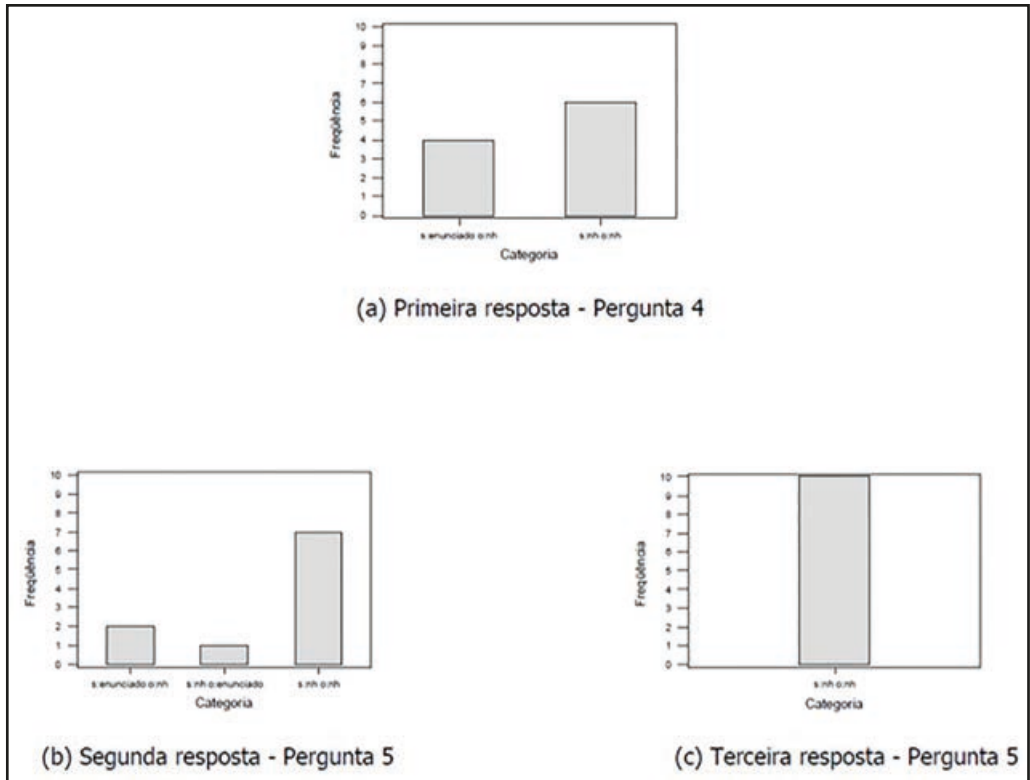


Figura 23: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **pertinência** da pergunta 4 na primeira resposta

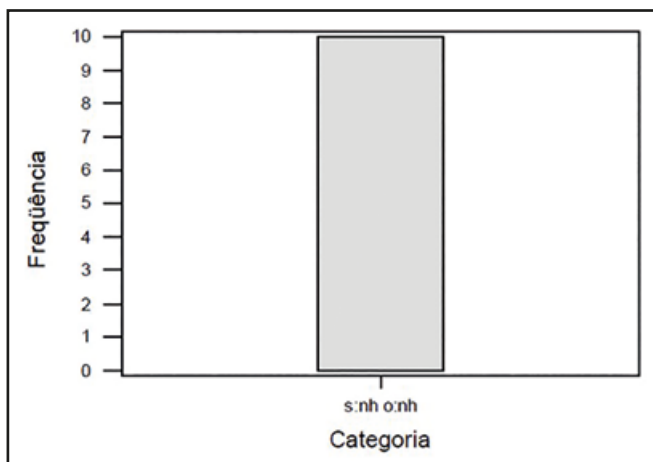


Figura 24: Gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para **forma** da pergunta 4 na primeira resposta e da pergunta 5 na segunda e terceira respostas

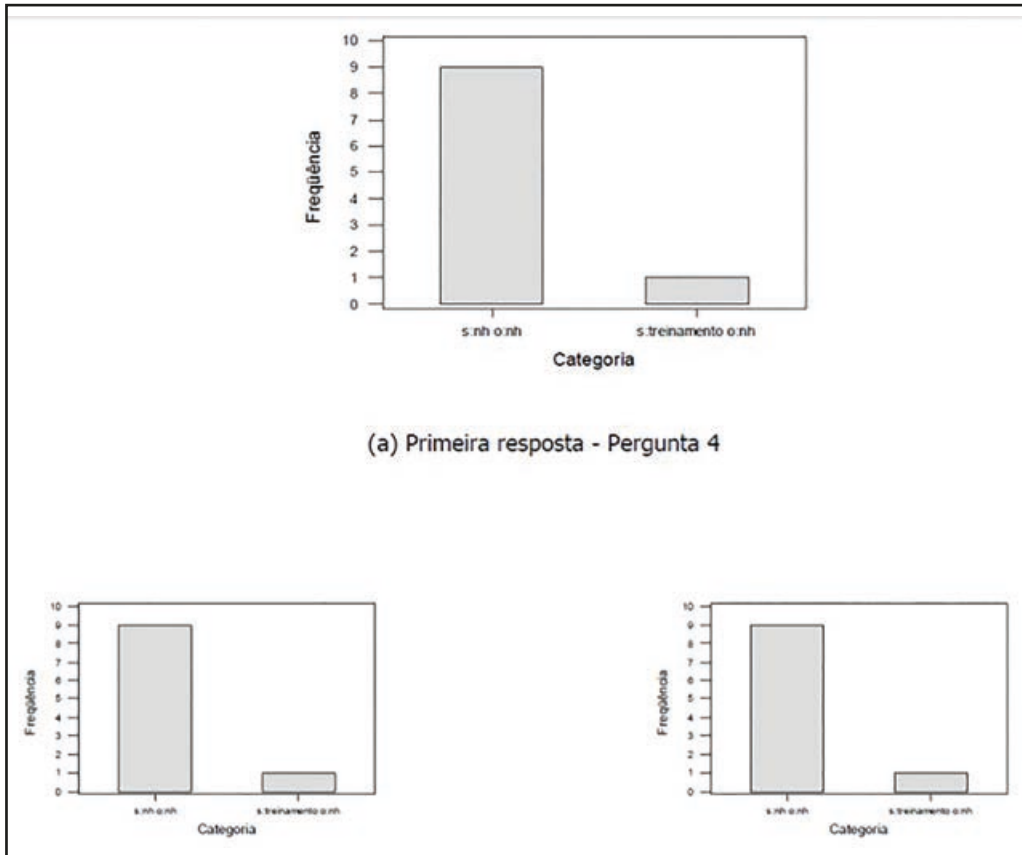
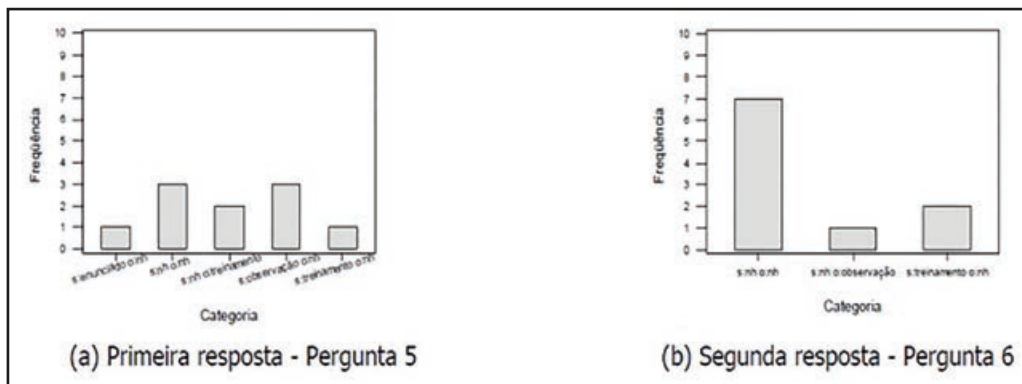


Figura 25: gráfico das frequências observadas de cada categoria de sugestão - observação para a pergunta 5 da primeira resposta e pergunta 6 na segunda resposta referentes à apresentação gráfica do instrumento



Segundo Vieira (1998), a discussão dos dados deve explicar os resultados da pesquisa, sugerindo a autora que se dê resposta ao significado dos dados estatísticos apresentados.

Confirmando essa observação, podemos dizer que a técnica propiciou a formação de um *locus* de comunicação sobre um tema extremamente importante que é o da necessidade de se dispor de técnicas capazes de realizar a validação de instrumentos para identificar rede de suporte social, (Matsukura, Marturano e Oishi 2002; Griep, Chor, Faerstein e Lopes 2003).

A consulta a especialistas das áreas da gerontologia e da terapia sistêmica foi também bastante apropriada e adequada, pela característica do instrumento, tornando sua utilização viável em saúde pública. Quanto à participação desses especialistas, podemos dizer que a adesão de todos os juízes selecionados nas três fases de aplicação do instrumento aponta para o interesse e envolvimento desses na participação da pesquisa, corroborando o descrito por Faro (1995), que utilizou esta técnica para validar condutas de enfermagem nos indivíduos com lesão medular, Morgani (2003), que a utilizou para validar um instrumento para verificar a capacidade de autocuidado do idoso, e Ávila e Santos que, em 1988, a empregou numa pesquisa sobre políticas para o setor Público. Esses autores descrevem a técnica Delfos com propícia a promover o relacionamento dos profissionais, reconhecendo-os e valorizando-os por sua competência no tema proposto, estimulando a participação desses durante todo o processo.

Constatamos que, a cada aplicação, ocorreu um maior consenso, demonstrado por notas mais altas para cada questão, diminuindo, por conseguinte, o desvio padrão, ou seja, a dispersão das avaliações.

Quanto à questão relativa aos *dados de identificação*, registrada no MMRI com o número 1, solicitamos a análise somente sobre sua clareza e pertinência, dispensando a relativa à forma de registro no MMRI, uma vez que esses dados não seriam registrados no instrumento gráfico, mas após cada tópico formulado.

Comparando as três aplicações, verificamos que, na primeira, os juízes atribuíram notas mais baixas quanto à clareza do instrumento. Na segunda, após os ajustes, esse comportamento alterou-se, com notas que culminaram em médias suficientes para a validação de todas as questões, exceto a questão de número 5, que foi reaplicada, agregando-se as sugestões fornecidas nessa segunda aplicação.

Quanto ao item pertinência, as notas, já na primeira aplicação, mostraram-se adequadas para a obtenção do consenso, não sendo novamente aplicadas, exceto para a pergunta sobre os dados de identificação, que, apesar de já ter consenso, foi

novamente aplicada, por havermos agregado muitos dados sugeridos pelos juízes, alterando de forma substancial a questão. Na segunda aplicação essa questão obteve a totalidade de concordância, quanto à pertinência.

Em todas as questões, na categoria de *sugestões e observações*, o proposto com maior frequência referiu-se ao modo de formular as questões *clareza da pergunta*.

Para torná-las mais compreensíveis ao idoso, os juízes sugeriram a inclusão de exemplos agregados a cada questão formulada a ser registrada no MMRI. Assim sendo, após os ajustes realizados em cada uma das três aplicações, a cada pergunta que denotava uma função a ser auxiliada ou realizada pelo componente da rede de suporte social do idoso, agregaram-se exemplos, sugeridos pelos especialistas.

As outras categorias de sugestões/observações que tiveram grande expressão foram a de *treinamento ao pesquisador*, e a *necessidade de aprimorar conceitos* acerca do objetivo do instrumento. As duas sugestões foram acatadas, sendo a primeira condição recomendada para a que o entrevistador aplique o instrumento. Além dessa recomendação, incluímos um maior detalhamento das orientações ao entrevistador, que agregou exemplos de como as perguntas devem ser formuladas e registradas, seguido de um MMRI preenchido. Já a sugestão relativa à parte conceitual do MMRI, foi realizada tendo no arcabouço teórico desta pesquisa a conceituação de frequência de contatos e proximidade de relacionamento, fundamento quanto aos aspectos relacionais do indivíduo, como já descrito no item

O conceito de proximidade de relacionamento tem uma característica eminentemente qualitativa, preponderando os aspectos afetivos que envolvem seu estabelecimento (Kahn e Antonucci, citados por Néri 2002, p. 111).

Segundo Dobrof (1997), a proximidade de relacionamento promove a intimidade à distância entre o idoso e seu círculo de relações, principalmente as familiares. Já a frequência de contatos tem como característica primordial identificar a participação efetiva dos componentes da rede de relações. A concretização do apoio recebido (Ramos 2002).

Quando avaliamos o comportamento dos juízes frente ao instrumento como um todo, observamos uma linearidade entre esses, com notas e sugestões homogêneas, apresentando pequenas discrepâncias, principalmente na primeira aplicação, fortalecendo a consistência do instrumento após as três aplicações subsequentes, referendando, assim, as vantagens da utilização dessa técnica de validação consensual.

Na análise estatística, agregamos, além da média, também a mediana e o desvio padrão, procurando aprimorar o resultado da pesquisa e demonstrando suas repercussões a cada aplicação. Tal fato é ilustrado pelas figuras 7 (a) e 8, onde a média é “puxada para baixo” por um juiz, porém, a estabilidade da questão é expressa pela sua mediana e desvio padrão.

Adotamos para essa pesquisa, portanto, o recomendado por Spínola (2002), como forma de análise dos dados, associando a essa, mais uma medida de tendência central, a mediana, e uma de dispersão, o desvio padrão, tendo, dessa maneira, um resultado mais consistente do consenso obtido.

Nossos achados, por fim, indicam que a técnica foi adequadamente aplicada para que se obtivesse a validação consensual do instrumento, uma vez que para todas as questões as médias foram superiores a 3,5, ou seja, pelo menos 7 juízes deram a nota máxima de concordância (5), denotando que a convergência mínima adotada para essa pesquisa foi suplantada.

O percentual de concordância entre os juízes para o instrumento validado variou entre 80 e 90% para cada questão na segunda aplicação, e foi de 100% para a única questão enviada uma terceira vez referente a auxílio financeiro.

Segundo Polit (1987), Spínola (1984, 2002), Williams e Webb (1994), Gil (1995), como toda técnica, a Delfos possui vantagens e desvantagens. Corroborando os dados da literatura, destacamos como vantagens em todas as fases desta pesquisa, o fato de **dispensar entrevistador** para a coleta de dados. A pesquisa realizada sem essa obrigatoriedade a torna mais ágil, barateando seus custos, dando liberdade ao pesquisador para selecionar o especialista mais adequado, independente da localidade onde este resida. Dessa maneira, tivemos 6 (seis) juízes que não residiam na mesma cidade onde a pesquisa estava sendo realizada, cidade de São Paulo, mas que dela participaram por esta permitir contatos por correio postal ou eletrônico. Destacamos ainda que no presente estudo a preferência de todos os juízes, a partir da segunda aplicação do instrumento, foi pelo contato por e-mail, o que agilizou seu desenvolvimento. Outra vantagem constatada na utilização dessa técnica foi a de **garantir o anonimato do juiz**, deixando-o mais à vontade para exprimir sua opinião, permitindo que escolhesse o período mais adequado tanto para responder às questões do instrumento, nas três aplicações realizadas, quanto para enviá-las.

Dos 10 juízes que participaram da pesquisa, 6 (seis) na primeira fase, 7 (sete) na segunda e novamente 6 (seis) na terceira e última fase, enviaram por e-mail o questionário à noite ou durante o final de semana. Constatamos ainda, confirmando os dados de literatura descritos por Polit e Spínola que, a cada aplicação,

após a inclusão das sugestões enviadas pelos juízes, a concordância acerca dos dados do instrumento tendia ao consenso. Tal fato é evidenciado pela análise comparativa entre a primeira, segunda e a terceira aplicação, demonstrando o comprometimento dos juízes para com a pesquisa, o cabedal acerca tema e, comprovando ainda, a adequação na seleção desses especialistas.

As sugestões recebidas na primeira fase de aplicação do instrumento concentraram-se mais na recomendação de se agregar questões à pergunta relativa aos dados de identificação. Quanto às relativas ao MMRI, os especialistas solicitaram que fossem formuladas de maneira mais objetiva, exemplificando as funções avaliadas em cada uma das cinco questões do instrumento.

A maior alteração efetivada no instrumento, após a aplicação da técnica Delfos, deu-se no objetivo central do MMRI. Da forma como o instrumento final foi construído, após a consolidação do consenso realizado pelas incorporações das sugestões recebidas, esse passou a identificar a **frequências dos contatos** dos componentes da RSSI para com o idoso e não necessariamente a **proximidade desses relacionamentos**.

A diferença entre os dois conceitos reside na efetivação do contato (Ramos M 2002). Segundo Rosenmayr e Köeiskeis (1965), citados por Rodrigues e Rauth (2002), a “proximidade à distância” indica que, pessoas distantes fisicamente podem ser consideradas presentes, próximas quanto aos aspectos afetivos do relacionamento, efetivando telefonemas ou enviando cartas, por exemplo. Já na frequências de contatos, verificamos como essa proximidade ocorre, se efetiva. Quantificamos o aspecto presencial do contato. Dessa forma, o MMRI validado registra a frequência de contatos, mantendo do instrumento original a associação à função desempenhada pelos seus componentes.

Constatamos, por fim, o grande **interesse dos juízes na pesquisa**. Não tivemos nenhuma recusa em sua participação e nenhuma desistência no transcurso das três fases de sua realização. Enfatizamos, contudo, que na terceira aplicação, nem todos os juízes enviaram a resposta no período solicitado, exigindo do pesquisador contatos telefônicos frequentes. Tal fato evidencia a possível dificuldade na continuidade de um estudo em que sejam necessárias mais do que três aplicações. Concordamos, desse modo, com o expresso na literatura por Spínola e Polit, que recomendam entre duas a três aplicações. Julgamos ser esse o número adequado, para que se evite a perda dos juízes, predispondo a um viés que comprometa a validade interna do instrumento, por se contar apenas com os juízes mais interessados (Polit 1987; Pereira 1995).

Na categoria de sugestões e observações, o que ocorreu com maior frequência foi quanto a melhorar a clareza das perguntas, realizar treinamento com

os entrevistadores e aprimorar dados conceituais sobre frequência de contatos e proximidade de relacionamento. Essa categoria sugestões/observações foi tratada da seguinte forma: as sugestões acerca da clareza do instrumento foram todas acatadas.

As demais sugestões foram também incorporadas na sua parte inicial desta pesquisa, discorrendo no referencial teórico sobre os conceitos primordiais do Mapa Mínimo de Relações, em especial os que se referiram à frequência de contatos e a proximidade de relacionamento.

Segundo Polit (1987) e Spínola (1984, 2002), os fatores relativos à seleção dos juízes e abrangência da pesquisa, que representam aspectos de sua validade interna, e os referentes ao material analisado pelos juízes, devem ser cuidadosamente planejados e acompanhados para que não prejudiquem seu resultado, predispondo a um viés tanto relativo à validade interna do instrumento, quanto à sua validade externa.

No transcurso desta pesquisa, procuramos evitar suas desvantagens da seguinte forma:

- ***Quanto à sua validade lógica do estudo***

Segundo Pereira (1995), a validade lógica ou consensual pode, muitas vezes, ser considerada uma validação “fraca”, pois é possível ocorrer convergência também no erro. Para que tal fato não viesse a acontecer, interferindo no resultado dessa pesquisa, a escolha dos juízes foi sobremaneira criteriosa, com a inclusão de especialistas das duas áreas envolvidas no objeto da pesquisa: gerontologia e teoria sistêmica. Além disso, devido ao caráter multidisciplinar deste instrumento para uso em saúde pública, definimos também, como critério de seleção, juízes de diversas áreas de atuação, conforme descrito no capítulo de metodologia.

Recomenda-se, segundo Polit (1987) e Spínola (1984), para que não haja comprometimento da validade interna, o cuidado com a manutenção de todos os juízes selecionados, pois as reaplicações podem predispor os informantes a se desinteressarem pela pesquisa, fazendo com que, nas sucessivas consultas, conte-se apenas com os mais interessados. No que diz respeito à validade externa, deve-se ter o cuidado de observar se o dado encontrado pode ser generalizado ou se é válido apenas para os participantes do estudo.

Quanto ao envio do material, deve-se estar atento à possibilidade de extravio ou ser entregue de forma incompleta, dizem Spínola (1984, 2002), Faro (1997) e Polit (1987). Procuramos evitar essa desvantagem seguindo as recomendações

dos autores acima citados, enviando carta convite a cada fase das três aplicações, explicando e reiterando seu motivo e a importância da participação do selecionado na pesquisa. Do material expedido pelos juízes, tanto por e-mail, como pelo correio postal, não se observou nenhum problema como o recebimento incompleto dos dados, sendo esta desvantagem também controlada.

CONCLUSÃO

Os ajustes sugeridos pelos especialistas, juízes desta pesquisa, conduziram às seguintes conclusões:

- foram necessárias três aplicações do instrumento para a obtenção do consenso necessário para todas as perguntas. Apenas uma questão do MMRI, relativa a auxílio financeiro, não obteve consenso na segunda aplicação, tendo sido realizada a terceira aplicação apenas para essa questão;
- a participação dos dez juízes ocorreu nas três aplicações do instrumento;
- o percentual de consenso obtido na segunda aplicação variou entre 80% e 90% para todos os quesitos de todas as questões, ou seja, superior ao definido para considerarmos o instrumento validado consensualmente nesta pesquisa, que era 70% de opiniões convergentes;
- todas as questões foram consideradas pertinentes, dessa forma, o quesito “pertinência das perguntas”, obteve 100% de aprovação na primeira aplicação;
- todas as sugestões formuladas pelos juízes que se relacionaram ao quesito “clareza da pergunta” foram contempladas para as questões onde foram mencionadas;
- as sugestões recebidas relativas à forma de realizar as perguntas a serem registradas no MMRI determinaram novas formas de registro das respostas, possibilitando ao instrumento identificar a frequência de contatos, dado objetivo e pertinente à saúde pública, e não necessariamente à proximidade de relacionamento.

Dessa forma, o instrumento inicial, construído com uma pergunta relativa a dados de identificação de forma sucinta e quatro perguntas concernentes à rede de suporte social do idoso a serem registradas no Mapa Mínimo de Relações, passou a conter, na sua versão final, a questão inicial de dados de identificação com informações mais detalhadas do idoso e cinco questões a serem registradas

no Mapa Mínimo de Relações, decorrentes do desmembramento da pergunta de número um em duas questões.

Sendo assim, considerando a competência dos especialistas selecionados para participarem dessa pesquisa, o MMRI pode ser considerado, segundo a técnica Delfos, validado consensualmente para os juízes dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

ADELMAN, AM; SHANK, JC The association of psychosocial factors with the resolution of abdominal pain. **Fam.Med.**, v.20, n.4, p.266-70, 1988.

ALVES, MMB *Família-socialização-desenvolvimento*. Ribeirão Preto, 1994. 132p. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Universidade de São Paulo.

Ander-Egg E. **Introducción al trabajo social**. Buenos Aires: Lumen/Humanitas; 1996.

Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [on line]. 2002; 7(4): 925-934. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1413. [2004 Jun02]

ÂNGELO, M *Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem*. São Paulo, 1997.117p. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ARAOZ, G.B.F. Valoración funcional In: LLERA, F.G.; MARTIN, J.P.M. **Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico**. Barcelona, Masson, 1994, p.67-78 .

ARRUDA, R Redefinição da família vai provocar polêmica. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 4 de setembro de 1994. Caderno Especial de Domingo, p.D4.

AUSTIN, JK; HUBRTY, TJ Revision of the Family APGAR for use by 8-year-olds. **Family Systems Medicine**, v.1, n.7, p.323-7, 1989.

Aquino FTM, Cabral BES. O idoso e a família. In: Freitas EV, Py L, Néri AI, Cançado FAX, Gorzoni L, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Ávila HA, Santos MPS. A atualização e análise de políticas para o setor público. **Rev Adm Publ** 1988; 22(4): 17-33.

Ayéndez MS. **El apoyo social informal**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1994 (OPAS-publicación científica, 546: 360-8).

BABB, P. Enfermagem gerontológica na América Latina: marco conceitual/ Apresentado ao 9º. Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, São Paulo, 1991.

BALTES, M.M.; SILVENBERG, S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida In: NERI, A.L. **Psicologia do envelhecimento**: temas selecionados na perspectiva do curso de vida, Campinas, Papirus, 1995.(Coleção Viva Idade)

BELLON SAAMENO, JA et.al. Validez y fiabilidad del cuestionario de function familiar APGAR-familiar. **Aten.Primaria**, v.18, n.6, p.289-96, 1996.

BELLON SAAMENO, JA et.al. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. **Aten.Primaria**, v.18, n.4, p.153-6, 1996-b.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP; 1988.

Brasil. **Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de 01.10.2003**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Lei nº 8.842. Delibera sobre Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 4 jan. 1994.

Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1.395. Aprova a Política Nacional de saúde do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 9 dez. 1999.

Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, nº 702. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 12 abr. 2002-a.

Brasil. Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde de nº 249, de 12 de abril de 2002. Aprova na forma de Anexo I desta portaria, as normas para Cadastramento de Centros de Referência em assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 12 abr. 2002-b.

BRODY, EM et.al. Marital status of daughters and patterns of care. **J.Gerontol.**, v.49, n.2, s.95, 1994.

Bowling A. Measuring social network and social support. **Measuring Health: a review of quality of life measurements scales**. Baltimore: Open University Press; 1997.

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública** 2003; 19(3): 773-781.

Camarano AA, Ghauri E, Kanso S. Famílias com idosos: são ninhos vazios. Texto para discussão 950. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada** [on line] 2003; Disponível em <LILACSSP: <http://ssrn.com/abstract=432720>>

Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

CARDENAS, L et.al. Adult onset diabetes mellitus: glycemic control and family function. **Am.J.Med.Sci.**, v.23, n.1, p.28-33, 1987.

CARDOSO, V; GONÇALVES, LHT Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades da vida diária do cliente idoso. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.20, n.1, 1995.

Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar. In: Carter B, McGoldrick M, organizador. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas;1995.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública** 2003; 19(3): 725-733.

Carstensen LL. Motivação para o contato social ao longo da vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In: Néri AL, organizador. **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papirus; 1995.

CERVENY, CMO; BERTHOUD, CME **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

Chaimowicz F. **Os idosos brasileiros no século XXI**. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998.

CHANG, CJ; WANG, SY; LIU, HW The effect of shift system on sleep quality, sleep quantity, psychological disturbance and family function of workers in Taiwan. **Goaxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi** v.9, n.7, p. 410-7, 1993.

CHAU, TT et.al. A preliminary study of family APGAR index in Chinese. **Goaxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi** v.7, n.1, p. 27-31, 1991.

CHOU, KR Caregiver burden: a concept analysis. **Journal of Pediatric Nursing**. V.15, n.6, p.398-407, 2000.

CHUNG, YS Analysis of factors affecting family function. **Kanho Hakhoe Chi**, v.20, n.1, p.5-15, 1990.

CICONELLI, RM Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de Qualidade de Vida “Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)”. São Paulo, 1997. 143p. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

CLOVER, ER et.al. Family functioning and stress as predictors of influenza B infections. **J.Fam.Pract.**, v.28, n.5, p.535-8, 1989.

CONNIDIS, IA; McMULLIN, JÁ To have or have not: parent status and the subjective well-being of older men and women. **Gerontologist**, v.33, n.5, p.630-8, 1993.

Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS** 2000; 9(1): 23-41.

Dabas EN. **Red de redes: las practicas de la intervencion en redes sociales**. Buenos Aires: Paidós; 1993.

Dabas E, Najmanovich D. **Redes, el lenguaje de los vínculos**. Buenos Aires: Paídos; 1995.

DE LA REVILLA, L et.al. Un metodo de deteccion de problemas psicossociales en la consulta del medico de familia. **Aten.Prim.**, v.19, n.3, p.133-7, 1997.

DE LA REVILLA, L ; DE LOS RIOS, AM La utilizacion de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de consultation as indicators of family disfunction. **Aten.Prim.**, v.13, n.2, p.73-6, 1994.

Dobrof R. Sistemas de suporte social. In: Calkins E, Ford BA, Kartz P. **Geriatrics prática**. Porto Alegre: Revinter; 1997.

Domingues MA. **Mapa mínimo de relações: adaptação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso**. São Paulo; 2000. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

DUARTE, YAO; DIOGO, MJD Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico In: DUARTE, YAO; DIOGO, MJD **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. São Paulo, Atheneu, 2000. Cap.1, p.1-17.

DUARTE, YAO; BARROS, TR Refletindo sobre a construção de uma relação de ajuda In: DUARTE, YAO; DIOGO, MJD **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. São Paulo, Atheneu, 2000. Cap.8, p.87-99.

Duarte YA. **Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares**. São Paulo; 2001. [Tese de doutorado – Escola de Enfermagem da USP].

Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. **Social Science and Medicine** 1999; 48: 661-673.

EBERSOLE, P; HESS,P Relationships and their significance. In: EBERSOLE, P; HESS,P **Toward healthy aging: human needs and nursing response**. 5a.ed, S.Louis, Mosby, 1998. cap.17, p.606-39.

ELSEN, I Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: BUB, LIR et.al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis. Ed. UFSC, 1994. (Série Enfermagem REPENSUL). Cap.1. p-1-60.

ELSEN, I Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, LIR et.al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis. Ed. UFSC, 1994. (Série Enfermagem REPENSUL). Cap.2. p-61-77.

Erbolato RMPL. Relações sociais na velhice In: Freitas EV, Py L, Néri AI, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Faro ACM. **Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular**. São Paulo; 1997.[Tese de doutorado – Escola de Enfermagem da USP].

FIELD, D et.al. The influence of health on family contacts and family feelings in advanced old age: a longitudinal study. **J.Gerontol.**, v.48, n.1, p 18-27, 1993.

FOULKE, F et.al. Family function, respiratory illness and otitis media in urban black infants. **Fam.Med**, v.20, n.2, p.128-32, 1988.

FRIEDMAN, MM Family nursing: theory and practice. 3ª ed., Norwalk, Appleton-Lange, 1992.

FRIEDERMANN, ML Effects of ALANON attendance on family perception on inner-city indigents. **Am.Jdrug.Alcohol Abuse**, v.22, n.1, p.123-34, 1996.

GANONG, L.H.; COMENAN, M. Effects of family structure information on nurses' impression formation and verbal responses **Res.Nurs. Health**, v.20, n.2, p.139-51, 1997.

GARCIA LOZANO, L et.al. La depression del anciano y el papel de la dinamica familiar. **Aten.Primaria**, v.25, n.4, P.226-9, 2000.

Goldani AM. Arranjos familiares no Brasil dos anos 90: proteção e vulnerabilidade. **Como vai a população brasileira** 1998; 3: 14-23.

Gonzalez TBD, Espin GB, Andrade AME, Veá-Bayorre H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. **Revista Cubana de Med Gen Integr** 2001; 17(5): 418-22.

Griep RH, Dóra C, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade test-retest de escala no Estudo Pró-Saúde. **Revista de Saúde Pública**. [on line]. 2003; 37(3): 379-385. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex &pid=S0034> [2004 jun. 02].

GUILLEMIN, F; BOMBARDIER, C; BEATON, D Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J.Clin.Epidemiol.** v.46, n.12, p.1417-32, 1993.

GUILLEMIN, F. Measuring health status across cultures. **Rheum.Eur.** (suppl.2), p.102-3, 1995a.(Supplement 2)

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scand.J.Rheumatol.**, v.24, n.2, p.61-3, 1995b.

GUILLISS, C; NEUHAUS, JM; HAUCCK, WW Improving family functioning after cardiac, surgery: a randomized trial **Heart Lung** v.19, n.6, p. 648-53, 1990.

Guttman D. **Logoterapia para profesionales: trabajo social significativo**. Bilbao: Desclée Brouwer-Biblioteca de Psicologia; 1998.

HANSON, SMH; BOYD, ST **Family health care nursing: theory, practice and research**, Philadelphia, FA Davis Company, 1996. Cap.1, p.16-7.

Herr J, Weakland J. **Terapia interaccional y tercera edad: asesorando a la familia del geronte**. Buenos Aires: Nadir; 1979.

HILLIARD,R; GJERDE C, PARKER, L Validity of two psychological screening measures un family practice: Personal Inventory and Family APGAR. **J.Fam. Pract.**, v.23, n.4, p.345-9, 1986.

HORAN, MA Presentation of disease in old age. In: BROCKLEHURST, JC; TALLIS, RC; FILLIT, HM **Textbook of geriatric medicine and gerontology**. 5ª ed., Edinburgh, Churchill Livingstone, 1993. p.145-9.

Jacob Filho W. Promoção da saúde do idoso: um desafio interdisciplinar In: Jacob Filho W, Carvalho Filho ET. **Promoção da saúde do idoso**. São Paulo: Lemos Editoriais; 1998.

JACOB FILHO, W; SOUZA, R. R. Anatomia e fisiologia do envelhecimento In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo, Atheneu , 1994.

Karsch U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública** 2003; 19(3): 861-66.

Karsch U, organizador. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC; 1998.

Kickbusch I. **El autocuidado en la promoción de la salud**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1995 (OPAS - Publicación Científica, 557: 236-45).

KIMURA, M **Tradução para o português e validação do “Quality of life index” de Ferrans e Powers**. São Paulo, 1999. 85p. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

KNOBEL, M **Orientação familiar**. Campinas, Papirus, 1992.

KONEN, JC; SUMMERSON, JH; DIGNAN, MB Family function, stress and locus of control: relationships to glycemia in adults with diabetes mellitus. **Arch.Fam.Med**, v.2, n.4, p.393-402, 1993.

LAWTON, MP The functional assessment of elderly people. **J.Am.Geriatr. Soc**, n.19, p.465-81, 1971.

LEAVITT, MB Family recovery after vascular surgery. **Heart Lung**, v.1, n.5, pte.1, p.486-0, 1990.

LEE, LT et.al. Family factors affecting the outcome of tuberculosis treatment in Taiwan. **J.Formos.Med.Assoc**, v.92, n.12, p.1049-56, 1993.

Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente In: Freitas EV, Py L, Néri AI, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

LESSA, I Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis versus terceira idade. In: LESSA, I **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo, Hucitec, 1998.

Lin N, Ensel WM, Simione RS, Kuo W. Social support stressful life events and illness: a model and empirical test. **Journal of Health and Social Behavior** 1979; 20: 108-19.

LITVAK, J El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. **Bol.Of.Sanit.Panam.**, v.109, n.1, p.1-5, 1994.

LUKAS, E **Tu familia necesita sentido**. Madri, Ediciones SM, 1983.

MATHEWS, S.H.; ROSTER, T.T. Shared filial responsibility: the family as primary caregiver. **J.Marriage Fam**, v.50, n.1, p.185-95, 1998.

MATHIAS, SD; FIFER, SK; PATRICK, DL. Rapid translation of quality of life measures for international clinical trials: avoiding errors in the minimalist approach. **Qual.Life Res**. v.3, n.6, p.403-12, 1994.

McDOWELL, I; NEWEL, C **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 2ª ed, New York, Oxford University Press, 1996.

Martinelli ML. **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras; 1999.

Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latina Americana de Enfermagem**. [on line] 2002; 10(5): 675-681. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_attext&pid=S0104. [2004 jun. 02].

MENGEL, M The use of the family APGAR in screening for family dysfunction in a family practice center. **J.Fam.Pract.**, v.24, n.4, p.394-8, 1987.

MIERMONT, J et.al. **Dicionário de terapias familiares: teoria e prática**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

MILES, JF et.al. Psychological morbidity and coping skills in patients with brittle and non-brittle asthma: a case-control study. **Clin.Exp.Allergy**, v.27, n.10, p.1151-9, 1997.

MINUCHIN, S **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.

MINUCHIN, S; Fishman,C **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990-b.

Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília: Editora MS; 2002.

MONTALBAN SANCHEZ J Relacion entre ansiedad y dinamica familiar. **Aten. Primaria**, v.21,n.1, p.2-34, 1998.

MORAGAS, RM **Gerontología social**. Barcelona, Herder, 1991.

MORAGAS, RM **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida** São Paulo, Paulinas, 1997.

Moreno JL. **Fundamentos de la sociometria**. Buenos Aires: Paidos; 1967.

Neri AL. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea; 2001.

NERI, AL **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, Papirus, 1993.

NIELSEN, J et.al. Characteristics of caregivers and factors contributing to institutionalization. **Geriatric Nurs**, v.17, n.3, p.120-8, 1996.

Neugarten BL. Dynamics of transition of middle age to old age: adaptation and life cycle. **Journal of Geriatr-psychiatry**1970; 4(1): 71-100.

Norbeck JS, Lindsey AM, Carrieri VL. The development of an instrument to measure social support. **Nursing Research** 1981; (30): 264-9.

Organização Mundial de Saúde; Organização Pan-americana de Saúde. 25ª Conferência Sanitária: 50ª Sessão do Comitê Regional, tema 4.6 da Agenda Provisória – CSP/12 (Port.) **Saúde dos Idosos; Envelhecimento e Saúde: Um Novo Paradigma**. Washington (DC) 21-25, setembro 1998.

Organização Mundial de Saúde; Organização Pan-americana de Saúde. 26ª Conferência Sanitária: 54ª Sessão do Comitê Regional, tema 4.8 da Agenda Provisória – CSP 26/13 (Port.). **Paradigmas da Atenção ao Idoso**. Washington (DC) setembro de 2002.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD **Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica**. Washington, 1993. (Série PALTEX n. 31).

Papaléo Neto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Néri Al, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaleo Neto M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 1996.

Paschoal, SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri Al, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

PASQUALI, L *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília, UnB, 1997.

PAVARINI, SCI; NERI, AL Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, YAO; DIOGO, MJD **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. São Paulo, Atheneu, 2000. Cap. 5, p.49-70.

PEPIN, JI Family caring and caring in nursing. *Image*, v.24, n.2, p.127-31, 1992.

PEREIRA, JCR **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo, EDUSP, 1999.

Pereira, MG. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

Perracini MR, Flo CM. **Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2009.

Perracini M, Najas M, Bilton T. Conceitos e princípios em reabilitação gerontológica. In: Freitas EV, Py L, Néri Al, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Pintos CCG. **A família e a terceira idade: orientações psicogerontológicas**. São Paulo: Paulinas; 1997.

Polit DF. **Nursing research: principles and methods**. 3ª ed. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1987.

Ramos LR et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev de Saúde Pública** 1993; (27):87- 94.

Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AI, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Ramos MP. Apoio Social e saúde entre idosos. **Sociologias**. [on line] 2002; (7):156-175. Disponível em <URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttex&pid=S1517>> [2004 jun. 02]

RAMSEY JR, CN; ABELL TD; BAKER, LC The relationship between family functioning, life events, family structure and the outcome of pregnancy. **J.Fam. Pract.**, v.22, n.6, p.521-7, 1986.

Rapizo R. **Terapia Sistêmica de Família: da instrução à construção**. Rio de Janeiro: Instituto NOOS; 1998.

RECORDS, KA Adolescent mothers: caregiving, approval and family functioning. **J.Obstet.Gynecol.Neonatal Nurs**, v.23, n.9, p.791-7, 1994.

Rodrigues NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Néri AI, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

ROLLA, EH El ciclo de la vida de la familia. **Atualidade Psicológica**, n.54, p.12-4, Buenos Aires, 1980.

Roles L, Curiel GR, Garcia LMC, Coles LC, Medrano MSG, Gonzalez MS. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. **Caderno de Saúde Pública** 2000; 16(2): 557-560.

ROMEIS, JC Caregiver strain: toward an enlarged perspective. **Journal of Aging and Health**, v.1, n.2, p.188-208, 1989.

Rosa T. Envelhecimento e as redes de apoio familiar e social. In: Villela W, Kalckmann S, Pesoto UC. Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa. **Temas de Saúde Coletiva** 2002; (2): 113-7.

Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão ML, Duarte Y. **O projeto sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

Salvarezza L. **Psicogeriatría teoría y clínica**. Buenos Aires: Paidós; 1996.

SAWIN, K.J.; HARRIGAN, M.P. **Measures of family functioning for research and practice**, New York, Springer, 1995.

Saranson IM, Basham B, Saranson BR. Assessing social support: the social support questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology** 1983; (44): 127-39.

SATO,S et.al. The family function of patients on home oxygen therapy and their main caregivers. **Nihon Kyobu shikkan Gakkai Zasshi**, v.35, n.10, p.1054-9, 1997.

Sayeg MA, Mesquita RAV. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri Al, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Seixas MR. **Sociodrama familiar sistêmico**. 2^a. ed. São Paulo: Aleph; 1992.

Shanas E. The family as a social support system in old age. **The gerontologist** 1979; (19): 169-74.

SCHOUERI Jr., R.; et. al. Crescimento populacional : aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica** , São Paulo, Atheneu , 1994, p.

SCHULZ, R et.al. Psychiatric and physical morbidity of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes. **Gerontologist**, v.35, n.6, p.771-9, 1995.

SCHEENE, AH Objective and subjective dimensions of family burden. **Social Psychiatry Epidemiology**. v.25, n.6, p.289-97, 1990.

SHAPIRO, J; NEINSTEIN, LS; RABINOVITZ, S The Family APGAR: use of a simple family-function screening test with adolescents. **Fam. Systems Med.**, v.5, n.2, p.220-7, 1987.

SIEGEL, S; CATELLAN JR, NJ **Non parametric statistics** , 2^aed, New York, McGraw-Hill, 1988: p.262-72.

Sluzki CE. **A rede social na prática sistêmica: alternativas Terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

Sluzki C. La red social en la vejez: disquisiciones clinicas y conceptuales a partir de una consulta. Trabalho apresentado durante o **III Congresso Brasileiro de Terapia Familiar y I Encuentro Latino Americano**. Rio de Janeiro; 1998.

Sluzki C. The extinction of the galaxy: social networks in the erderly patient. **Family Process**. 2000; (39): 271-284.

SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **J. Fam. Pract.**, v.6, n.6, p.1231-39, 1978.

SMILKSTEIN, G.; ASHWORTH, C.; MONTANO, D. Validity and reability of the family APGAR as a test of family function. **J. Fam. Pract.**, v.15, n.2, p.303-11, 1982.

SMILKSTEIN, G et.al. Prediction of pregnancy complications: na na applica-tion of the biopsychosocial model. **Soc. Sci. Med.**, v. 26, n.18, p.315-21, 1984.

SMILKSTEIN, G The APGAR questionnaires: screening for social support: family, friends and work associates University of California-Davis, School of Medicine, Davis, 1992. (mimeografado).

SMILKSTEIN, G Family APGAR analysed. **Fam. Med.**, v.25, n.5, p.293-4.

SMITH, CE et.al. Adaptation in families with a member requiring mechanical ventilation at home. **Heart Lung**, v.20, n.4, p.349-6, 1991.

SOUZA, MN **A família e seu espaço: uma proposta de terapia familiar.** Rio de Janeiro, Agir, 1996.

Spínola AWP. **Delphos: proposta tecnológica alternativa.** São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 1984.

Spínola AWP. **Técnica Prospectiva Delphi: abordagem teórico- prática.** São Paulo, 2002 [Curso de Mestrado Interinstitucional: FSP – USP-FAESA Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública].

SPRUZINSKA, E; MAKOWSKA, Z The effect of social support on women's perception of global stress and health status **Med. Pr.** v.43, n.5, p.403-10, 1992.

SPRUZINSKA, E The Family APGAR Index: study of relationship between family function, social support, global stress and mental health perception in women. **Int.J.Occup.Med.Environ.Health**, v.7, n.1, p.23-32, 1994.

THI, THH et.al. Health-related quality of life in long term oxygen-treated Chronic obstructive Pulmonary Disease patients. **Lung**, v.175, p.63-71, 1997.

TISHELMAN, C; TAUBE, A; SACKS, L Self-reported symptom distress in cancer patients: reflections of disease, illness or sickness? **Soc.Sci.Med.**, v.33, n.1, p.1229-40, 1991.

Veras RP. **País jovem com cabelos brancos: a saúde dos idosos no Brasil.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ; 1994.

VRABEC, NJ Literature review of social support and caregiver burden, 1980 to 1995. **Image**, v.29, n.4, p.383-8, 1997. VERAS, R.P.; DUTRA, S. Envelhecimento da população brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais, **Rev. Saúde Col.**, v.3, n.1, p.107-26, 1993.

WHALL, AL The family has the unit of care in nursing: a historical review. **Public Health Nursing**, v.3, n.4, p. 240-9, 1986.

WILKINS,S; LAW,M; LETS, L Assessment of functional performance. In: BONDER, BR; WAGNER, MB **Functional performance in older adults**. Philadelphia, FA Davis, 2001. Cap.12, p.236-51.

Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs* 1994; 19(1): 180-6.

WONG, CK Compliance with tuberculosis treatment in Hualien aborigines. **J. Formos. Med. Assoc.**, v.4 (Supplement 1), s-34-8, 1995.

YANG, YC et.al. family influence os cancer screening participation in seven communities in Taiwan. **J.Formos.Med.Assoc.**, v.3 (Supplement 1), s-56-64, 1994.