



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E
BIOLÓGICAS – PPGCSB

JUCÉLIA GONÇALVES FERREIRA DE ALMEIDA

FUNCIONALIDADE E NÍVEL DE ANSIEDADE EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS SOB PRÁTICAS ALTERNATIVAS
COMPLEMENTARES

PETROLINA – PE
2021

JUCELIA GONÇALVES FERREIRA DE ALMEIDA

**FUNCIONALIDADE E NÍVEL DE ANSIEDADE EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS SOB PRÁTICAS ALTERNATIVAS
COMPLEMENTARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco, para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na Linha de Pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria

Coorientador: Prof. Dr. Leonardo Rodrigues Sampaio

PETROLINA – PE

2021

Almeida, Jucélia Gonçalves Ferreira.

Funcionalidade e nível de ansiedade em idosos institucionalizados sob práticas alternativas complementares/ Jucélia Gonçalves Ferreira de Almeida. - Petrolina, 2020.

XII.: 112 f. ; il.: 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas) – Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina – PE, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria.

1 Geriatria. 2. Qualidade de vida. 3. Envelhecimento. I. Funcionalidade e nível de ansiedade em idosos institucionalizados sob práticas alternativas complementares. II Faria, Marcelo Domingues III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO PÓS-
GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS**

FOLHA DE APROVAÇÃO

JUCÉLIA GONÇALVES FERREIRA DE ALMEIDA

FUNCIONALIDADE E NÍVEL DE FUNCIONALIDADE EM
IDOSOS INTITUCIONALIZADOS SOB PRÁTICAS
ALTERNATIVAS COMPLEMENTARES

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na linha de pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 18 de março de 2021

Banca Examinadora

Marcelo Domingues de Faria

Marcelo Domingues de Faria (24 de March de 2021 15:19 ADT)

Marcelo Domingues de Faria, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira (24 de March de 2021 15:51 ADT)

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira, Doutora
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf



José Carlos de Moura, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

AGRADECIMENTOS

À Deus por me conceder a possibilidade de realizar mais uma conquista, diante de todas os desafios.

À minha família, em especial minha tia (mãe) **Pedrina Almeida** que esteve comigo, me apoiando, incentivando e acreditando que alcançaria muitas vitórias, investindo na melhor educação. Ao meu esposo **Almir Ferreira** por entender todos os momentos que precisei abdicar do meu papel de mãe e esposa, e me debruçava nos livros.

Aos colaboradores, **Priscila Lima, Wasley Matos, Alana Santos, Radmylla Santos, Ludhymilla, Emily Sousa, Karolyne Barbosa**, e aos cães **Sammy e Cedric** que ajudaram nas intervenções, e se dedicaram para realização do projeto com muito carinho e presteza.

Um agradecimento mais que especial ao meu orientador **Prof. Dr. Marcelo Faria** que esteve ao meu lado não apenas no período do mestrado, mas desde a idealização do meu sonho em ser mestre. Quando nem eu mesma acreditava que seria capaz segurou a minha mão, e de forma muito carinhosa disse: "*Menina, vamos em frente, estamos juntos!*" Gratidão professor, pela paciência em me ensinar não apenas a ser pesquisadora, mas em ser um ser humano melhor, forte e determinado. Obrigada por me amparar em todos os momentos que pensei em desistir, obrigada por ter o privilégio de aprender todos dias com meus erros; até para ralar tem um jeitinho mais que especial, que nos obriga a ser grandes, pois não permite que sejamos menos do que isso, vitoriosos e tenhamos lugar de destaque sempre, com sua grandeza, sai do protagonismo para que possamos brilhar. Por tudo isso meu respeito e minha admiração eterna.

Ao **Prof. Dr. Leonardo Sampaio** pela colaboração com suas observações e considerações que enriqueceram meu trabalho de maneira significativa.

À **Edivânia e Italla** do Cantinho do Aconchego que sempre nos recebeu com muito carinho e atenção. Aos nosso **idosos** que ficarão em nossos corações para sempre.

Meus sinceros agradecimentos a todos por fazerem parte dessa conquista, que passa a ser nossa.

RESUMO

O processo de envelhecer é entendido como um percurso progressivo, degenerativo, natural e irreversível, que resulta em alterações fisiológicas de relação mútua com fatores sociais, culturais e biológicos. Diante da dificuldade em compreender o processo de envelhecimento por parte dos familiares, é cada vez mais comum a transferência da responsabilidade do cuidado para Instituições de longa permanência. Diante disto, este estudo teve o objetivo de avaliar de que forma o estado emocional pode interferir na funcionalidade e qualidade de vida de idosos institucionalizados. Caracterizada como pesquisa experimental, quali-quantitativa, analítica, com aspecto interdisciplinar, realizada no período de março a agosto de 2019, em uma instituição de longa permanência, localizada na cidade de Petrolina (PE), sem fins lucrativos, com capacidade para 60 internos. O estudo ocorreu com 36 idosos de ambos sexos, com idade média de 80 anos, divididos em três grupos distintos (02 experimentais e 01 controle), selecionados por conveniência dos pesquisadores, de acordo com características tais como: idade, sexo e nível de comprometimento funcional e ansiedade. Um grupo de idosos recebeu a intervenção com a terapia assistida por animais, um grupo recebeu a intervenção de atividades como: pintura, colagem, musicoterapia, e o grupo controle, apenas foram avaliados no mesmo período dos demais grupo como critério de comparação dos resultados dos grupos de intervenção. Para avaliar os idosos, utilizou-se a ferramenta Mini Mental (MEEM), para analisar o estado cognitivo; o SF 36 Modificado para verificar a qualidade de vida; a Medida de Independência funcional (MIF) para observar a funcionalidade; e a Escala de BAI de ansiedade para medir o nível de ansiedade dos participantes, antes e após as intervenções. Além dos instrumentos de avaliação, foi aplicado questionário sociodemográfico, a fim de investigar diagnóstico de doenças, nível de escolaridade, tempo e motivos da institucionalização, além de mensurar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigênio). Para as intervenções foram utilizadas terapias alternativas. Após as terapias, foi possível verificar que, em relação à cognição, houve melhora em 8,3%. Em relação aos idosos submetidos ao TAA, foi possível observar evolução em 33,4% para aspectos sociais, emocionais em 33,3%, e saúde mental 41,6%. Para o grupo controle, em alguns critérios, houve agravo, como aspecto geral de saúde em 8,3%, aspectos emocionais 33,3%, e saúde mental em 8,3%. Na ansiedade observou-se melhora em 25,0% para os idosos submetidos ao TAA, e atividades lúdicas em 33,3%. Para o grupo controle não houve alteração, permanecendo em 41,7%. Para comunicação grupo TAA, evoluiu em 58,3% para comunicação, e interação social em 50%. Já para o grupo das atividades houve melhora em 41,7%, para comunicação, e 33,3% para interação social. Grupo controle nos mesmos quesitos não apresentou alteração. Observou-se que as terapias se apresentaram adequadas para abordagens em idosos institucionalizados, para questões relacionadas aos aspectos sociais, emocionais e funcionais. Há ainda necessidade de novos estudos para busca de alternativas cada vez mais eficazes para o enfrentamento do processo de envelhecimento saudável.

Palavras Chave: Geriatria. Qualidade de vida. Envelhecimento

ABSTRACT

The aging process is understood as a progressive, degenerative, natural and irreversible path, which results in physiological changes in mutual relationship with social, cultural and biological factors. In view of the difficulty in understanding the aging process on the part of family members, it is increasingly common to transfer responsibility for care to long-term institutions. Given this, this study aimed to assess how the emotional state can interfere with the functionality and quality of life of institutionalized elderly. Characterized as experimental, qualitative, quantitative, analytical research, with an interdisciplinary aspect, carried out from March to August 2019, in a long-term institution, located in the city of Petrolina (PE), non-profit, with capacity for 60 interns. The study was carried out with 36 elderly men and women, with an average age of 80 years, divided into three distinct groups (02 experimental and 01 control), selected by the researchers' convenience, according to characteristics such as: age, sex and level of impairment functional and anxiety. One group of elderly people received the intervention with animal-assisted therapy, one group received the intervention of activities such as painting, collage, music therapy, and the control group, were only evaluated in the same period as the other groups as a criterion for comparing the results of intervention groups. To assess the elderly, the Mini Mental tool (MMSE) was used to analyze the cognitive state; SF 36 Modified to check quality of life; the Functional Independence Measure (FIM) to observe functionality; and the BAI Anxiety Scale to measure participants' level of anxiety, before and after interventions. In addition to the assessment instruments, a sociodemographic questionnaire was applied in order to investigate disease diagnosis, educational level, time and reasons for institutionalization, in addition to measuring vital signs (blood pressure, heart rate and peripheral oxygen saturation). Alternative therapies were used for the interventions. After the therapies, it was possible to verify that, in relation to cognition, there was an improvement of 8.3%. Regarding the elderly submitted to TAA, it was possible to observe an evolution of 33.4% for social aspects, emotional in 33.3%, and mental health 41.6%. For the control group, in some criteria, there was an aggravation, such as general health aspect in 8.3%, emotional aspects 33.3%, and mental health in 8.3%. Anxiety was observed to improve by 25.0% for the elderly undergoing TAA, and recreational activities by 33.3%. There was no change for the control group, remaining at 41.7%. For TAA group communication, it evolved by 58.3% for communication, and social interaction by 50%. For the group of activities, there was an improvement of 41.7% for communication and 33.3% for social interaction. Control group in the same items did not change. It was observed that the therapies were adequate for approaches in institutionalized elderly people, for issues related to social, emotional and functional aspects. There is still a need for further studies to search for increasingly more effective alternatives for coping with the healthy aging process.

Keywords: Geriatrics. Quality of life. Aging

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do desenho experimental do estudo com idosos institucionalizados, antes, durante e após intervenções – Petrolina (PE), 2019.	28
Figura 2 – Graduação dos critérios de estratificação dos participantes em idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.	29
Figura 3 – Descrição do estudo piloto com detalhamento das etapas de avaliação e procedimentos adotados para intervenção com idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.	30
Figura 4 – Parâmetros para valores pressóricos para adultos maiores de 18 anos – Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2019.	34
Figura 5 – Representação gráfica do comparativo da distribuição da população no Estado de Pernambuco em relação ao número de homens e mulheres – instituição de longa permanência – Petrolina (PE), 2019.	40
Figura 6 – Representação gráfica dos níveis de escolaridade para homens e mulheres de acordo com o tempo de estudo em instituição de longa permanência – Petrolina (PE), 2019.	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados - Petrolina (PE), 2019.	38
Tabela 5 – Dados do Questionário Mini Mental (MEEM) – Adaptado Antes e após das intervenções de idosos institucionalizados Petrolina (PE), 2019.	46
Tabela 9 - Avaliação Instrumento Escala de BAI para avaliação da ansiedade - Ansiedade ANTES E APÓS das intervenções Grupo A (TAA) - idosos institucionalizados - Petrolina (PE), 2019.	50
Tabela 10 - Avaliação Instrumento Escala de BAI para avaliação da ansiedade ANTES E APÓS das intervenções Grupo B (Atividades Lúdicas) - idosos institucionalizados - Petrolina (PE), 2019.	50
Tabela 11 - Avaliação Instrumento Escala de BAI para avaliação da ansiedade INICIAL e FINAL Grupo C - idosos institucionalizados - Petrolina (PE), 2019.	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos níveis de assistência estabelecidos pela Medida de Independência Funcional – MIF (versão brasileira adaptada).	31
Quadro 2 – Escore para questionário Mini Mental (MEEM) – versão brasileira adaptada para idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.	32
Quadro 3 – Escalas e escores para avaliação da Escala de BECK – BAI (Instrumento de Avaliação de Ansiedade) para idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.	33
Quadro 4 – Identificação e atividades do grupo A de idosos institucionalizados sob intervenção com Terapia Assistida por Animais (TAA) – Petrolina (PE), 2019.	36
Quadro 5 – Identificação e atividade do grupo B – idosos institucionalizados sob intervenção com atividades lúdicas – Petrolina (PE), 2019.	36
Quadro 6 – Identificação dos participantes do grupo C – controle – idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.	37
Quadro 7 – Tempo de institucionalização e motivos de internação – idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAA – Atividade assistida por animais
- ATV – Área tegumentar ventral
- AVC – Acidente vascular cerebral
- AVD – Atividade de Vida Diária
- AVE – Acidente vascular encefálico
- DCDNT – Doenças crônicas degenerativas não transmissíveis
- DCV – Doenças cardiovasculares
- DM – Diabetes mellitus
- FC – Frequência cardíaca
- IAA – Intervenções assistida por animais
- IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatísticas
- ILP – Instituição de longa permanência
- MEEM – Mini mental
- MIF – Medida de independência funcional
- PA – Pressão arterial
- PAC – Práticas de atividades complementares
- PNAD – Pesquisa nacional de amostras de domicílios
- PNSPI – Política nacional de saúde da pessoa idosa
- QV – Qualidade de vida
- SBC – Sociedade brasileira de cardiologia
- SpO₂ – Saturação periférica de oxigênio
- SUS – Sistema Único de saúde
- TAA – Terapia assistida por animais
- TAC – Terapias Alternativas Complementares
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Os impactos causados pelo envelhecimento	17
2.2 Doenças crônico degenerativas não transmissíveis	17
2.3 O processo de institucionalização	19
2.4 Práticas Alternativas Complementares (PAC)	20
2.4.1 Arteterapia	21
2.4.2 Musicoterapia	22
2.4.3 Terapia assistida por animais	22
3. OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral	25
3.1 Objetivos específicos	25
4. MATERIAIS E MÉTODOS	26
4.1 Aspectos éticos	26
4.2 Tipo de estudo	26
4.3 Local do estudo	26
4.4 População do estudo	26
4.5 Critérios de inclusão e exclusão	27
4.6 Pesquisadores e colaboradores da pesquisa	27
4.7 Desenho experimental	27
4.7.1 Processo de estratificação dos participantes	28
4.7.2 Projeto piloto	29
4.8 Instrumentos de coleta	30
4.8.1 Questionário sociodemográfico e químico	30
4.8.2 Medida de Independência Funcional (MIF) – versão brasileira (adaptada)	31
4.8.3 Questionário Mini Mental (MEEM) – versão brasileira (adaptado)	32

4.8.4 Versão Brasileira do questionário de qualidade de vida – SF 36 (adaptado)	32
4.8.5 Escala de BAI – Intensidade de ansiedade	33
4.8.6 Acompanhamento da pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC) e saturação periférica de oxigênio (SpO ₂)	33
4.9 Triagem e estratificação dos riscos	34
4.10 Protocolo das intervenções	34
4.10.1 Aferição da pressão arterial (PA)	35
4.10.2 Medida da frequência cardíaca (FC)	35
4.10.3 Medida de saturação periférica de oxigênio (SpO ₂)	36
4.11 Procedimentos das intervenções	36
4.12 Avaliação dos resultados quantitativos	37
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
5.1 Questionário socioeconômico e clínico	38
5.2 Distribuição da população por sexo e faixa etária	39
5.3 Doenças diagnosticadas	40
5.4 Nível de escolaridade	43
5.5 Acompanhamento da pressão arterial, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigênio	44
5.6 Mini mental (MEEM) – versão brasileira (adaptado)	46
5.7 Versão brasileira do questionário de qualidade de vida – SF 36 – (adaptado)	48
5.8 Escala de BAI avaliação da ansiedade	50
5.9 Medida de independência funcional – MIF – versão brasileira (adaptada)	52
5.10 Análise estatística Mini Mental (MEEM) – versão brasileira (adaptado)	53
5.11 Análise estatística questionário qualidade de vida SF 36 – versão brasileira (adaptado)	54
5.12 Análise estatística da medida de independência funcional (MIF)- versão brasileira (adaptada)	54
5.13 Análise qualitativa	55

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
APÊNDICES	65
ANEXOS	100
REFERÊNCIAS	59

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer é entendido como um percurso progressivo, natural e irreversível, que resulta em alterações fisiológicas de relação mútua com fatores sociais culturais e biológicos. A definição pode ser entendida como algo subjetivo com transformações biopsicossociais que interferem no comportamento dos indivíduos e, conseqüentemente, em percepções individuais baseadas na trajetória de vida e na relação com o meio (MENEZES et al., 2018).

Mudanças demográficas e de saúde modificaram o perfil mundial da população, resultando no aumento significativo do número de idosos, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento. Tal fato é atribuído a fatores como redução dos índices de natalidade e, aumento da expectativa de vida da população. Além disso, avanços tecnológicos, o acesso à informação e a conscientização sobre saúde tem colaborado para redesenhar a pirâmide etária mundial (MENEZES et al., 2018).

Estudo realizado pela Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (PNAD), referente ao ano de 2016, apontou que a população com idade acima de 60 anos atingiu 14,4% da população, com projeção de que chegue a 22% em 2020 (SOUZA, 2018).

Para compreender o comportamento populacional brasileiro, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou uma projeção referente ao envelhecimento, apresentando crescimento acelerado. A pesquisa realizada em 2016 identificou a expectativa de vida para 2018 em 75 anos, 77 anos e, para 2021, para 2041 estima-se que é expectativa aumente para 80 anos e em 2053, a população atingirá a idade de 88 anos em expectativa de vida. Observa-se assim uma preocupação diante do crescimento da população idosa, visto que não há preparo relacionado às questões sociais e de saúde, indicando a necessidade de atenção especial às particularidades do idoso (IBGE, 2015).

O crescimento da população idosa no Nordeste começa a acelerar, assim como no restante do país, estimando-se que, em 2020, 9,4% da população seja idosa e, que alcançará 18% de idosos em 2040. Este comportamento é observado devido à melhoria das condições de vida da população do nordeste, mais acesso a

informação e, conseqüente prevenção de doenças, mas ainda não podemos afirmar que abrange a totalidade da população (MACENA, 2018).

Para lidar com a realidade da população é necessário entender os conceitos de envelhecimento e velhice, visto que os mesmos têm denominações diferentes. O envelhecimento é um processo inseparável da condição humana, pois inicia-se no momento do nascimento, não há como evitar. A velhice está ligada às particularidades dos indivíduos, suas vivências, experiências e contribuição social (COSTA, 2018).

A forma como o sujeito envelhece relaciona-se com o contexto socioeconômico e cultural no qual está inserido; condições de saúde, além das redes de relações estabelecidas, familiar e social e, a depender destas condições o processo de envelhecer torna-se mais fácil ou mais impactante. O contexto sociocultural dirá como enfrentará os impactos e limitações durante a vida, assim como determinará como ele perceberá que envelheceu (MASSA, 2019).

Diante de alterações decorrentes do envelhecimento, é possível observar a fragilidade, um indicador importante para a condição de saúde dos idosos, pois impacta nas atividades de vida diária e conseqüentemente na qualidade de vida. Esta são vistas como um desafio em relação ao cuidado e quais abordagens na promoção da saúde de forma geral são as mais adequadas para cada indivíduo (FLEUTTI et al., 2018).

Embora o processo seja inerente a todos, não há como afirmar que há um padrão e níveis de evolução desse processo, pois cada um tem uma forma particular de perceber os impactos do envelhecimento, uns recebem de forma sutil, outros encaram a situação como um impacto altamente limitante. Frente às realidades, as abordagens para promoção da saúde, devem ser de acordo com a necessidade de características de cada um, pois é impossível traçar atenção única para todos os indivíduos, talvez por uma visão equivocada a respeito do estereótipo do envelhecimento provoque tanta dificuldade em entender como cada um envelhece (TEIXEIRA, 2019).

A percepção do envelhecimento por parte do idoso varia de acordo com seu grupo e classe social, os quais determinam os níveis de qualidade de vida de cada indivíduo, de acordo com o contexto em que está inserido, bem como sua relação com familiares e amigos (COSTA, 2018).

Os impactos observados em relação ao envelhecimento são observados com maior veemência com a transferência da responsabilidade do cuidar para as ILP'S (Instituições de Longa Permanência) os idosos sentem o impacto da retirada do convívio familiar e estes interferem diretamente no estado emocional. Estas alterações emocionais, cognitivas e funcionais alteram as rotinas, e consequente aceleração das limitações inerentes ao processo de envelhecimento (SILVA et al., 2019).

Uma das alterações que vem sendo avaliada na população idosa são os níveis de dependência funcional que impactam na qualidade de vida (QV). À medida que alterações motoras vão acontecendo, como por exemplo, redução do equilíbrio e lentificação dos movimentos, aumentam as necessidades de auxílio para realização das atividades, as quais eram realizadas de maneira autônoma e que se torna gradativamente mais complexas (AGUIAR et al., 2019).

A independência funcional é definida como a capacidade de realizar as atividades de vida diárias com autonomia. E quanto mais precoce a identificação das limitações funcionais, por maior tempo se mantém a independência dos idosos. Para medir os níveis de funcionalidade em idosos alguns instrumentos são utilizados, o que contribui com o planejamento e execução de ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde na melhoria à funcionalidade e suas perdas (SÁ, 2019).

Outro quesito que não pode ser desconsiderado é o estado emocional, como por exemplo, alterações que interferem na qualidade de vida, dentre estas os níveis de ansiedade desenvolvida em idosos, que pode ser decorrente da ociosidade e da falta de desafios diários, realidade que tem sido mais comum em razão da dificuldade em acompanhar e entender o processo de envelhecer. Tanto a funcionalidade, quanto os níveis de ansiedade causam impactos na QV, independentemente da idade, contudo é possível perceber que a ansiedade, depressão tem afetado cada vez mais a população idosa (LIPPERT et al., 2017).

A fim de minimizar os impactos do envelhecimento algumas estratégias de atenção e cuidado vêm sendo adotadas, tais como as chamadas Terapias Alternativas Complementares (TAC). As terapias alternativas complementares foram reconhecidas em 2006, e fazem parte do rol de tratamentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (REIS, 2018).

Uma das alternativas complementares de terapia que tem sido estudada em idosos é a Terapia assistida por animais (TAA). Tem como objetivo estreitar a

relação de afeto entre homem e animal, as abordagens direcionadas para questões emocionais mostram-se eficazes para a população idosa (LIMA, 2018).

Diante da complexidade do processo de envelhecimento, a interdisciplinaridade tem contribuído para as abordagens em idoso. Caracterizada como a união dos conhecimentos e operações entre as disciplinas e saberes, na busca da harmonia entre as diversas abordagens, visando contemplar os níveis da saúde, com abordagem integradas entre as três esferas, os fatores biológicos, psicológicos e sociais (PEREIRA et al.,2019).

A atuação interdisciplinar vai além dos cuidados depositados em idosos, requer preparo e a capacidade de entender as nuances do processo de cada indivíduo, ou seja, não há como trata-los com as mesmas abordagens, mas sim entender as necessidades, valores e anseios de cada um.

Para os idosos institucionalizados a realidade permanece, com a responsabilidade de minimizar os impactos causados pela institucionalização. Um desses fatores, por exemplo, são os sociais. A retirada do convívio familiar e social geram a sensação de perda das raízes e a referência de família. Por esta razão o cuidado não deve limita-se apenas aos fatores biológicos, mas também os psicológicos e sociais (SILVA et al., 2019).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Os impactos causados pelo envelhecimento

O envelhecimento considerado satisfatório consiste em um estilo de vida saudável, com prática de atividade física, alimentação adequada e, ausência de vícios. No entanto, em se tratando da terceira idade, há outra compreensão, visto que apresentam alterações biológicas, cognitivas e emocionais, de forma progressiva e irreversível que requer atenção diferenciada (MACENA, 2018).

O processo de envelhecimento traz consigo a dimensão existencial, levando em consideração a particularidade dos indivíduos ao longo do tempo e com o mundo que proporciona um desafio para familiares e profissionais de saúde a fim de prover um envelhecimento saudável e ainda possibilite mantê-los ativos (CARDOSO, 2019).

Dentro do processo da senescência, existem diversas alterações (anatômicas, sistema nervoso central, sistema osteomuscular e sistema nervoso autônomo) que caracterizam o processo natural do envelhecimento. As alterações morfológicas proporcionam aparecimento de rugas, assim como alterações orgânicas e bioquímicas. As modificações psicológicas, por sua vez, ocorrem da necessidade de adaptar-se ao cotidiano e às novas situações enfrentadas. Por fim, as alterações sociais ocorrem em virtude da redução da produtividade e do ritmo de realização das atividades. Além disso, há o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis que levam na maioria das vezes a redução da capacidade funcional (DANTAS, 2017).

No Brasil, a mudança populacional causou vários impactos, pois junto ao aumento da população da terceira idade houve aumento de doenças crônicas degenerativas, câncer, distúrbios mentais, estresse e depressão, tendo esta última uma frequência cada vez maior (SILVA, 2018).

2.2 Doenças crônicas degenerativas não transmissíveis

As principais causas do número de óbitos de forma prematura no mundo têm como uma das principais causas as doenças crônicas degenerativas não

transmissíveis (DCDNT). No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, as DCDNT constituem um problema de saúde pública, responsável por 72% das causas de morte. Destas, merecem destaque as doenças do aparelho circulatório com (31,3%), diabetes mellitus (5,2%), doença do trato respiratório (5,8%) e câncer, que soma cerca de 5,2% dos casos. Atingem todas as faixas etárias, porém em idosos são mais recorrentes e os sintomas mais agravados, em razão da vulnerabilidade decorrente do processo de envelhecimento (OLIVEIRA et al., 2017).

De etiologia multifatorial, as DCDNT possuem períodos longos de latência de origem não infecciosa e estão associadas à diversas incapacidades funcionais. Múltiplos fatores contribuem para o desenvolvimento e agravamento dessas doenças, tais como por exemplo, fatores sociais, relacionados ao estilo de vida adotado pelos indivíduos, desordens mentais e neurológicas, ósseas, articulares e doenças autoimunes (OLIVEIRA et al., 2017).

Em relação às doenças cardiovasculares, a Organização Mundial da Saúde (OMS), relata um aumento global, principalmente em países de baixa renda, reflexo do aumento da expectativa de vida e, conseqüente maior tempo de exposição aos riscos. No Brasil, nas últimas décadas doenças cardiovasculares foram responsáveis por 27,7% dos óbitos, sendo que desses 57,2% aconteceram com idosos (MASSA, 2019).

Outra patologia que se destaca dentre as DCDNT está a Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), caracterizada pela limitação do fluxo aéreo, na maioria dos casos associada ao tabagismo. Afeta cerca de 210 milhões de pessoas no mundo, sendo mais prevalente em homens, porém observa-se um aumento de casos da doença no sexo feminino (GUERRA, 2018).

A diabetes mellitus, também considerada uma doença crônica não transmissível é caracterizada como um distúrbio proveniente dos níveis elevados de glicose no sangue. Por se tratar de uma doença crônica que acomete ambos os sexos, com maior índice de mortalidade para o sexo feminino. Após o diagnóstico, o tratamento consiste em fazer o controle glicêmico dos pacientes, além da necessidade da mobilização dos familiares no controle alimentar e ingestão de açúcares (BURITTI et al., 2019).

Dentre as doenças crônicas cada vez mais presentes na população idosa está a demência, definida como uma síndrome neurodegenerativa, progressiva e

crônica, caracterizada pelo declínio cognitivo, que interfere nas atividades de vida diária (AVD'S) e interação social. Acomete cerca de 46,8 milhões de indivíduos no mundo, sendo que desses 58% dos casos estão concentrados na população de baixa renda. No Brasil, estima-se que 1,6 milhão de pessoas possuem a doença em razão da mudança do perfil populacional, com o aumento significativo de idosos, em decorrência do aumento da expectativa de vida (CONFORTIN et al., 2019).

Mais recentemente podemos citar a depressão, considerada a doença do século, que vem acometendo indivíduos de diversas faixas etárias, inclusive a população idosa. A depressão não possui uma causa específica, sendo atribuídos alguns fatores que podem contribuir para o desencadeamento da doença como: biológicas, psicológicas e sociais. Em idosos, o abandono familiar, a sensação de incapacidade, a perda do cônjuge, solidão, aposentadoria, limitações de mobilidade e locomoção podem desencadear quadros depressivos (SANTOS, 2019).

2.3 O processo de institucionalização

Levando em conta que o processo de envelhecimento acarreta mudanças biopsicossociais que impactam tanto na dinâmica dos idosos quanto na dinâmica familiar e, aumento da expectativa de vida que faz com que os familiares passem a lidar por maior tempo dos familiares com as dificuldades no cuidado é cada vez mais comum a busca pela institucionalização. Diante dessa nova realidade as instituições de longa permanência (ILP'S) surgem como alternativa, cujo objetivo é proporcionar atenção integral em saúde, de acordo com a necessidade de cada interno da instituição (FIGUEIREDO et al., 2018).

Se por um lado as ILP'S surgem como alternativa em lidar com as dificuldades diante do despreparo de familiares no cuidado de idosos, a retirada do convívio familiar, a redução do convívio social, a alteração da auto identidade, autoestima e liberdade de ir e vir poderão se apresentar como fatores de risco para aceleração do declínio cognitivo. Uma das dimensões a respeito da institucionalização está o cuidado em deixar claro para o idoso que não está indo para o internato por não ser apto para o convívio social, mas por necessitar de cuidados especializados, os quais vão além das habilidades dos familiares. (JÚNIOR et al., 2019).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída em 2006, define como imprescindível oferecer cuidado integral e adequado, seja para lares ou instituições de longa permanência. Segundo a legislação brasileira a responsabilidade do cuidado ao idoso está em cargo da família, sendo esta incumbida em prover o bem-estar físico e mental (SILVA, 2009).

O contexto familiar é visto como elemento fundamental para o bem-estar de idosos, com a oferta de apoio, acolhimento e carinho, porém essa realidade não vem sendo observada, e o argumento da falta de tempo para o cuidado com o idoso é uma das justificativas para a institucionalização. Outra realidade enfrentada pelos idosos é a violência, tanto psicológica, quanto física, não restando alternativa aos órgãos de proteção ao idoso transferir a responsabilidade para as instituições de longa permanência (FIGUEIREDO et al., 2018).

2.4 Práticas alternativas complementares (PAC)

Práticas alternativas complementares (PAC) são terapias alternativas, utilizadas para promover a atenção ao cuidado em saúde, valorizando a autonomia, cultura e o ambiente dos indivíduos, e preconiza a potencialização de habilidades individuais como complementação dos tratamentos de saúde (REIS, 2018).

As PAC'S têm como estratégia assistencial e do cuidado, entendida como abordagem prática para o bem-estar, contribuindo para a subjetividade e expressão, com o estímulo da criatividade, consciência corporal, concentração e memória (AGUIAR, 2010).

As PAC têm ganhado espaço dentro do processo terapêutico, pois além de promover a sensação de bem estar dos pacientes tem possibilitado a redução do número de medicamentos utilizados para o tratamento. Em idosos, a prática tem sido utilizada nas instituições de longa permanência, como uma alternativa de baixo custo com resultados especialmente quando as abordagens buscam o tratamento para causas emocionais (REIS, 2018).

Desde a regulamentação estabelecida em 2006, as TAC'S vêm ganhando espaço e aumentando o rol de serviços reconhecidos pelo SUS. No período de implantação eram ofertados apenas cinco procedimentos: medicina tradicional chinesa (acupuntura), homeopatia, plantas medicinais (fitoterapia), termalismo social (crenoterapia) e medicina antroposófica (OLIVEIRA, 2019).

Em 2017 outras 14 práticas foram incorporadas às terapias: arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Em 2018 foram incluídas também a apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais, totalizando 29 técnicas reconhecidas e regulamentadas pelo SUS atualmente (OLIVEIRA, 2019).

2.4.1 Arteterapia

A utilização da Arte terapia pode ser utilizada aos que se interessam pela busca do bem-estar e melhoria das relações sociais. Na geriatria e gerontologia, estimulam a criatividade, melhorias na socialização e reestabelecimento da confiança; facilita a expressão de alguns processos internos pela presença do lúdico no processo da terapia (PORTELLA, 2010).

As atividades desenvolvidas promovem a redução da frequência ou intensidade dos sintomas depressivos e estados de ansiedade, contribuem com o autoconhecimento, criatividade, resgate da autoestima e confiança em idosos (AGUIAR, 2010).

Por ser utilizada de maneira grupal a terapia tem apresentado resultados nas abordagens com objetivo de melhoria do estado emocional. A aplicabilidade em idosos, além de promover o estímulo cognitivo, promove a interação e o convívio social (OLIVEIRA et al., 2018).

A arteterapia tem ganhado ênfase no tratamento terapêutico de pacientes da terceira idade, promovendo o resgate da autonomia, autoconhecimento e ressignificação das emoções. Quando aliada às práticas terapêuticas, com a associação as práticas tradicionais a técnica potencializa os resultados na prática do cuidado em geriatria (ALMEIDA, 2018).

De origem milenar, atualmente ganha novo significado para abordagem voltada aos diversos tratamentos de saúde, aplicada não apenas como recreação para estímulos cognitivos, emocionais e motores (ALMEIDA, 2018).

A práticas da arteterapia em instituições de longa permanência (ILP'S) tem aumentado desde a implementação como serviço reconhecido pelo SUS. A terapia tem contribuído para progresso do estado geral de saúde e redução da

medicalização, e conseqüente casos de polifarmácia. Observa-se ainda que os idosos submetidos à arteterapia mostram maior vitalidade, em razão da sensação de bem estar e do estímulo à criatividade (SOUZA, 2016).

2.4.2 Musicoterapia

A musicoterapia vem sendo utilizada como terapia alternativa no tratamento de saúde, sendo utilizada de diversas formas a depender do objetivo: forma grupal ou individual, com instrumentos musicais, ou com o estímulo através de músicas gravadas (FALCÃO et al., 2018).

A música em si cria espaço de acolhimento, contribuindo para melhoria da autoestima, criatividade, autoconfiança, melhoria das habilidades sociais e de comunicação, redução da ansiedade, melhorando a qualidade de vida em idosos (LEITE et al., 2018).

Na maioria dos casos a musicoterapia é utilizada em pacientes em ambiente hospitalar, e os pacientes submetidos a terapia tem apresentado redução nos dias de internamento. Sabe-se que quando submetidos à musicoterapia os pacientes relatam sensação de bem estar, assim como referem que o ambiente muitas vezes hostil e frio dos hospitais se torna mais acolhedor e mais fácil para enfrentamento da doença. Assim como a arteterapia, promovem sensação de bem estar e conseqüente melhoria do estado geral de saúde e menor tempo de cura (ABRAHAN, 2019).

Embora a aplicabilidade em instituições de longa permanência, destinadas para o público idoso, ainda não seja uma prática para pacientes atendidos pelo SUS, a presente pesquisa teve como proposta verificar a efetividade da técnica para a terceira idade.

2.4.3 A Terapia Assistida por Animais (TAA)

A terapia assistida por animais, considerada uma terapia complementar ainda não faz parte do rol oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém vem sendo utilizada como auxiliar em terapias voltadas para diversos públicos e patologias, tanto motoras, quanto neurológicas. Diante disso, o estudo propõe a aplicação da técnica para avaliar os efeitos em idosos institucionalizados.

A Terapia Assistida por Animais (TAA) é definida como uma intervenção da qual os animais fazem parte do tratamento, utilizado de forma direcionada e intencional. A aplicação pode ser tanto individual, quanto em grupo, sempre com objetivos definidos de acordo com a abordagem e a utilização do animal na terapia, que podem ser para trabalhar questões emocionais, físicas e sociais (PEZANONI et al., 2018).

Os primeiros relatos a respeito da utilização de animais para tratamento com humanos ocorreram na Inglaterra em 1792, em pacientes diagnosticados com transtornos mentais. Na ocasião, o contato com animal foi de forma experimental, mas com resultados satisfatórios relacionados ao estado emocional e cognitivo. Desde então a terapia vem sendo disseminada em todo mundo, com resultados promissores (SAPIN et al., 2018).

No Brasil, a Terapia Assistida por animais (TAA) começou a ser utilizada como tratamento terapêutico na década de 60, pela psiquiatra Nise Silveira, aplicada como tratamento para pacientes diagnosticados com esquizofrenia. Estes indivíduos apresentavam dificuldade em comunicação e interação social, mas após o contato com o animal apresentaram melhora significativa nestes aspectos (COSTA, 2018).

A TAA é adequada para o ser humano, visto que proporciona comunicação recíproca, na melhoria da autoestima, bem-estar, respeito e companheirismo, além de facilitar a comunicação com o terapeuta (COSTA, 2018).

As Intervenções Assistida por Animais (IAA) são subdivididas entre Atividades Assistida por Animais (AAA), que são direcionadas ao processo de recreação e educação com a utilização de animais. Já as Terapias Assistidas por Animais (TAA), consistem na utilização de animais como tratamento terapêutico, sendo utilizada por profissionais de saúde (SAPIN et al., 2018).

A relação homem e animal propicia a utilização desses para diversos tratamentos, além da relação de afetividade e amizade pode contribuir para a realização de atividades que facilitam o contato do terapeuta com o paciente, estreitando o vínculo e aumentando a relação de confiança, potencializando resultados. Esses efeitos são possíveis de se observar em razão da afetividade do homem com o cão, por exemplo, que favorecem a socialização, estímulo mental e interação social (JORGE et al., 2018).

Vários são os benefícios físico e mentais observados quando adotada a TAA, como por exemplo, estimulação de exercícios, melhoria da mobilidade, estabilização

da pressão arterial, redução dos quadros álgicos, bem-estar geral, melhoria da memória. Em relação aos benefícios sociais, destacam-se: momentos de lazer, menor sentimento de solidão, melhor interação social, melhoria de comunicação. Para benefícios emocionais os achados foram: redução da ansiedade, espontaneidade das emoções, trocas de afeto, sentimentos de segurança, momentos de relaxamento, alegria, bem como o estímulo ao autocuidado (LIMA, 2018).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar de que forma o estado emocional pode interferir na funcionalidade e qualidade de vida de idosos institucionalizados

3.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos foram:

- Avaliar através de questionários e testes validados os níveis de ansiedade e a funcionalidade dos idosos institucionalizados;
- Avaliar os impactos na qualidade de vida em decorrência das alterações funcionais e níveis de ansiedade;
- Descrever os efeitos das terapias alternativas complementares em idosos institucionalizados.

4. MATERAIS E MÉTODOS

4.1 Aspectos éticos

A pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466/2012 Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovada pelo Comitê de ética da Universidade Federal do Vale do São Francisco, sob CAAEE Nº 89477618.1.000.5196.

4.2. Tipo de estudo

Esta pesquisa caracteriza-se com caráter experimental, qualiquantitativa, analítica, com aspecto interdisciplinar.

4.3 Local do estudo

O local do estudo foi uma casa de longa permanência para idosos, localizada na cidade de Petrolina (PE). A instituição sem fins lucrativos possui, capacidade para 60 internos de ambos os sexos, com 10 anos de funcionamento, mantida através de doações de terceiros, benefícios dos internos, voluntários e contrapartida para prefeitura do município.

A instituição conta com profissionais que atuam de forma voluntária, como também profissionais decido pelo município para o cuidado com os internos. Atualmente conta com 04 técnicos de enfermagem 01 enfermeiro, um geriatra, 01 assistente social e 08 cuidadoras que se revezam, com prestação de cuidado 24 horas.

4.4 População do estudo

A amostra foi composta por 36 (trinta e seis) idosos com idade média de 78 anos. Dentre os participantes os homens somaram 24 (66,7%), enquanto que as mulheres eram em número de 12 (33,3%).

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão foi estabelecido indivíduos com idade a partir de 60 anos que concordasse em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

Dentro do total de 54 internos na instituição não foram elegíveis para participar da pesquisa 18 (dezoito) internos, pois desses, 04(quatro) estavam acamados, 04 (quatro) tinham idade inferior a 60 anos e 10 (dez) não apresentaram capacidade cognitiva para a realização das atividades propostas (Demência e Alzheimer em estágio avançado, conforme diagnóstico coletado no prontuários dos participantes).

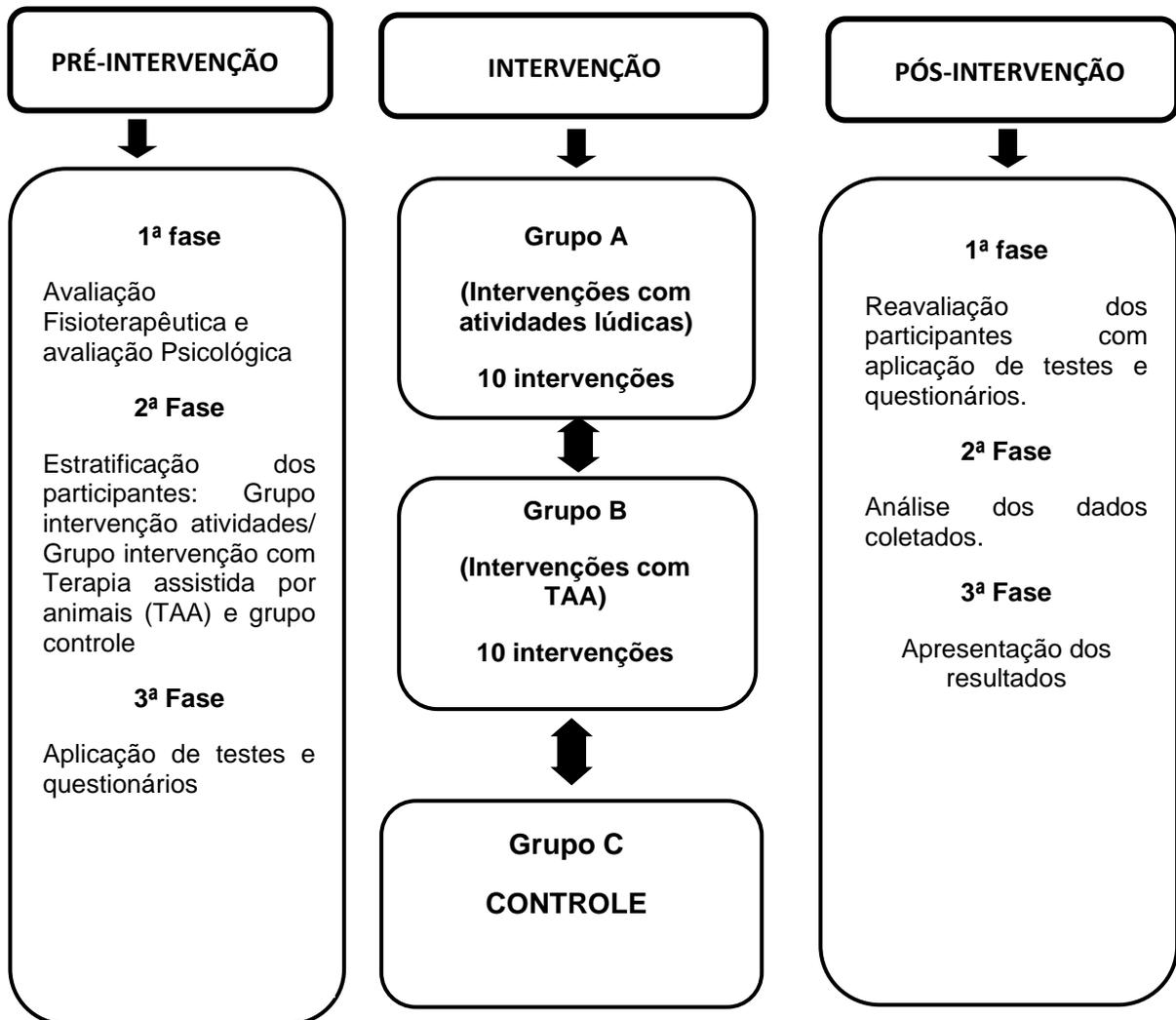
4.6 Pesquisadores e colaboradores da pesquisa

Fizeram parte da pesquisa: 01 fisioterapeuta (Pesquisadora principal), uma psicóloga, 02 médicos veterinários, 03 graduandas de fisioterapia, 03 graduandas de psicologia. Todos que fizeram parte da coleta dos dados foram orientados sobre o estudo e treinados para cada tipo de atividade realizada.

4.7 Desenho experimental

A pesquisa constou de 04 (quatro) momentos, com avaliações, estratificação dos participantes, intervenção e reavaliação, conforme detalhado na Figura 1

Figura 1 - Fluxograma do desenho experimental do estudo com idosos institucionalizados, antes, durante e após intervenções - Petrolina (PE), 2019.

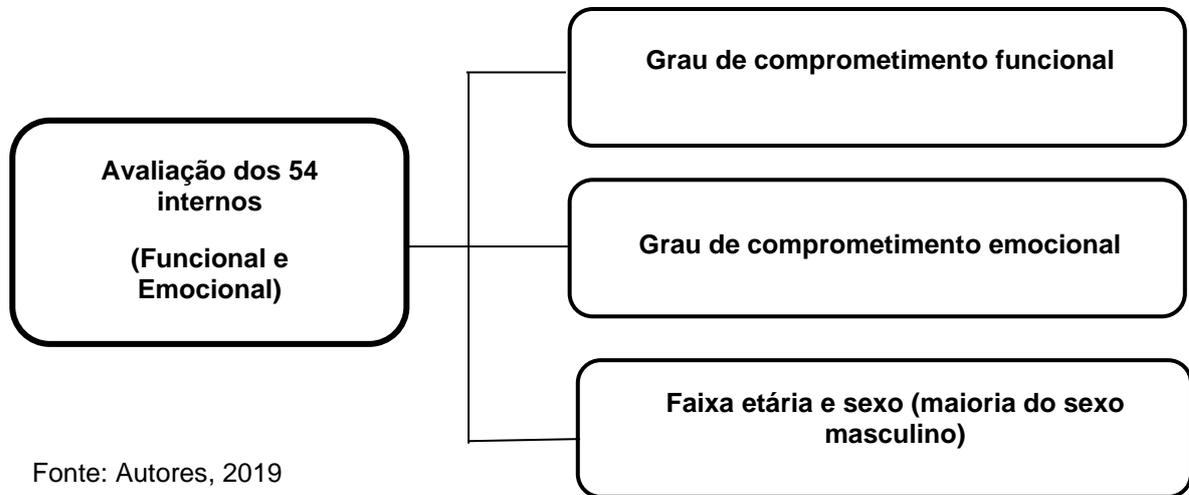


Fonte: Autores, 2019

4.7.1 Processo de estratificação dos participantes

O fluxograma dos critérios de estratificação dos participantes está evidenciado na Figura 2.

Figura 2 – Graduação dos critérios de estratificação dos participantes em Idosos Institucionalizados - Petrolina (PE), 2019.

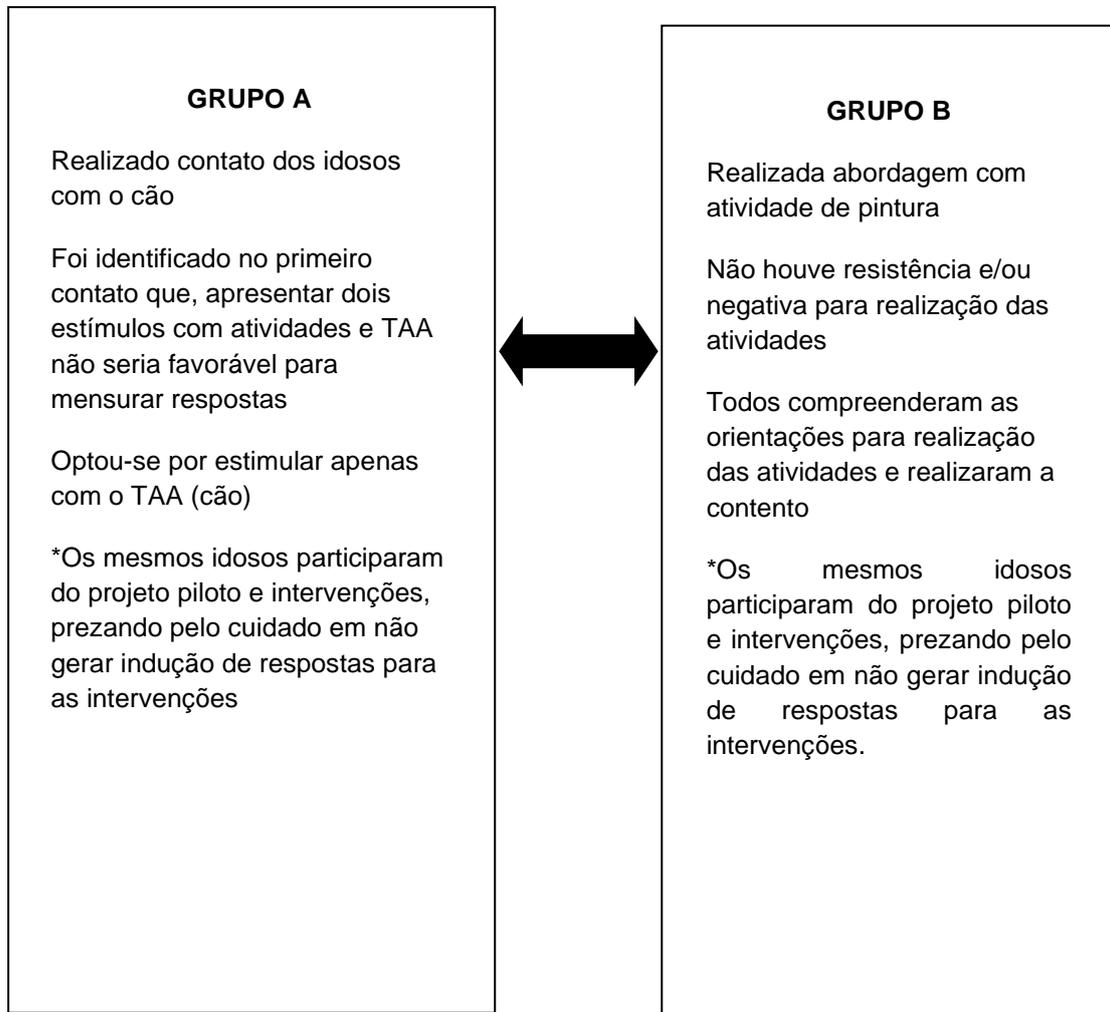


Os participantes foram selecionados por conveniência dos pesquisadores, levando em consideração as características dos idosos, como por exemplo, nível de comprometimento cognitivo (avaliado pela psicologia), nível de comprometimento funcional para realização das atividades diárias (avaliado pela fisioterapia), com distribuição por sexo, idade e características funcionais e psicológicas semelhantes para cada grupo a fim de manter o equilíbrio de características dos participantes e possível presença de viés.

4.7.2 Estudo piloto

Antes das intervenções foi realizado um estudo piloto, com objetivo de identificar necessidades de ajustes e/ou adaptações para execução da pesquisa, bem como reduzir riscos de vieses. Como protocolo, foram realizadas 03 (três) intervenções para cada grupo, não sendo considerados os resultados obtidos para fins de análise na pesquisa definitiva. As intervenções foram realizadas em dias diferentes para evitar interferências entre os 02 (dois) grupos de intervenção. Para realização desse estudo piloto foi reproduzido o mesmo protocolo utilizado nas intervenções como: aparelhos, equipamentos, atividades, ambiente e critérios de avaliação. As etapas da realização do projeto piloto estão detalhadas na Figura 3.

Figura 3 – Descrição do Estudo Piloto com detalhamento das etapas de avaliação e procedimentos adotados para intervenção com idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.



Fonte: Autores, 2019.

Os registros das intervenções foram realizados por meio de fotografias, para grupo A (Terapia assistida por animais), nas imagens 1,2,3 3 4 (APÊNDICE B), e para grupo B (Atividades lúdicas), nas imagens 5, 6, 7 e 8 (APÊNDICE C).

4.8 Instrumentos de coleta

4.8.1 Questionário socioeconômico e clínico

Questionário aplicado para identificação do perfil dos participantes, com dados sobre: idade, sexo, tempo de institucionalização, escolaridade, diagnóstico de doenças (APÊNDICE D).

4.8.2 Medida de Independência Funcional – MIF (versão Brasileira adaptada por Fernandes et al., 2019)

A Medida de Independência Funcional (MIF) emprega uma escala de 07 pontos para avaliar 18 itens (cuidados pessoais, controle dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social), com escala que variam entre assistência completa, que pode ser definida como atividades realizadas com segurança e tempo normal, ou assistência modificada, a qual necessita de ajuda técnica (identificada pela adaptação do ambiente) até dependência total. Para os sujeitos identificados com algum tipo de dificuldade na realização das atividades, o questionário adota uma escala para mensurar o grau de limitação apresentado, sendo atribuídas as seguintes categorias: autonomia $\geq 75\%$ (setenta e cinco por cento), com assistência mínima; autonomia $\geq 50\%$ (cinquenta por cento), com assistência moderada; autonomia $\geq 25\%$ (vinte e cinco por cento) para assistência máxima; e autonomia $\geq 10\%$ (dez por cento) com assistência total. O questionário ainda define como necessidade de supervisão indivíduos que apresentem autonomia $> 75\%$ (setenta e cinco por cento). Dentre os idosos avaliados, nenhum apresentou independência para realização das AVD'S (ANEXO A). Os níveis de dependência e tipo de assistência para a funcionalidade podem observados, conforme descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos níveis de assistência estabelecidos pela Medida de Independência Funcional – MIF (versão brasileira adaptada).

NÍVEIS	<p>Independente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independência completa (com segurança e tempo normal) • Independência modificada (ajuda técnica) 	SEM ASSISTÊNCIA
	<p>Dependência Modificada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisão • Assistência Mínima (sujeito com independência $\geq 75\%$). • Assistência Moderada (sujeito com independência $\geq 50\%$). <p>Dependência Completa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistência Máxima (sujeito com independência $\geq 25\%$). • Assistência Total (Sujeito com independência $\geq 10\%$). 	COM ASSISTÊNCIA

Fonte: Dados extraídos do questionário MIF (adaptado), 2019.

4.8.3 Questionário Mini Mental – Versão Brasileira - (Adaptado)

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva, é de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreamento não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), não serve como teste diagnóstico, mas apenas para indicar funções que precisam ser investigadas mais detalhadamente. A pontuação atribuída soma 30 (trinta) pontos e, para avaliação, é considerado como tendo funções cognitivas preservadas os indivíduos que somem \geq que 27 (vinte e sete) pontos, para indivíduos alfabetizados; e \geq que 24 (vinte e quatro) pontos para indivíduos não alfabetizados. Para a realização do teste, foi questionado o grau de escolaridade dos participantes (ANEXO B). Os escores nos níveis de cognição e pontuação pode serem observados conforme segue abaixo no Quadro 2.

Quadro 2 – Escore para questionário Mini Mental (MEEM) – versão brasileira adaptada para idosos institucionalizados - Petrolina (PE), 2019.

Escore	Pontuação
Cognitivo Preservado	27 a 30 pontos
Comprometimento Leve	24 a 26 pontos
Comprometimento Moderado	23 a 10 pontos
Comprometimento Severo	Abaixo de 10 pontos
Para indivíduos analfabetos o escore leva em consideração pontuação 24 pontos para cognitivo preservado, seguindo as ponderações de 03 pontos para menos nos escores acima.	

Fonte: Dados extraídos do MEEM (adaptado), 2019.

4.8.4 Versão brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF 36 adaptado

É um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida (QV), multidimensional, formado por 36 itens, englobado em 08 escalas ou domínios, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta escore final de 0 (zero) à 100 (cem), obtido por meio do cálculo do *Raw Scale*, onde zero corresponde ao pior estado geral e o 100, ao melhor estado geral de saúde (ANEXO C).

4.8.5 Escala de BAI – intensidade de ansiedade

Instrumento utilizado para medir a grau de ansiedade. Constituído de 21 questões de múltipla escolha com pontuação de 0 (zero) a 3 (três). Tem como critério de avaliação um escore que varia de acordo com o grau de comprometimento. Sendo 0-7 (grau mínimo de ansiedade), 8-15 (Ansiedade leve), 16-25 (Ansiedade moderada) e 26-63 (Ansiedade grave) (ANEXO D), conforme proposto por Nascimento (2017).

Os escores para avaliação dos níveis de intensidade da ansiedade, para realização dos cálculos, estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3 - Escala e escore para avaliação da Escala de BECK - BAI (Instrumento de Avaliação de Ansiedade) para idosos institucionalizados - Petrolina (PE), 2019.

Escala de Comprometimento	
Número	Níveis de intensidade
0	Absolutamente não
1	Levemente - não me incomodou muito
2	Moderadamente – Foi muito desagradável, mas consegui suportar.
3	Gravemente dificilmente pude suportar
Interpretação do Escore Total do BAI	
0-7	Grau mínimo de ansiedade
8-15	Ansiedade leve
16-25	Ansiedade moderada
26-63	Ansiedade Grave

Fonte: Extraído da Escala BAI de Ansiedade, 2019.

4.8.6 Acompanhamento da pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC) e saturação periférica de oxigênio (SpO₂)

Foram mensurados 30 (trinta) minutos antes e 30 (trinta) minutos depois de cada sessão de intervenção, a Pressão Arterial (PA), a Frequência Cardíaca (FC), a Saturação Periférica de Oxigênio (SpO₂), tanto para os participantes do grupo de atividades lúdicas quanto para o grupo com a terapia assistida por animais. Para o grupo controle foram mensurados com o objetivo de comparar o comportamento dos sinais dos grupos de intervenção. Os parâmetros para medidas dos sinais vitais foram realizados conforme Diretrizes estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC (APÊNCICE E). Os parâmetros para níveis pressóricos foram

baseados nos valores estabelecidos SBC, conforme seguem discriminados na Figura 4.

Figura 4 – Parâmetros para valores pressóricos para adultos maiores de 18 anos, conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) - 2019.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 – 89
Hipertensão Estágio 1	140 - 159	90 – 99
Hipertensão Estágio 2	160 - 179	100 -109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	≥ 90

* Quando houverem divergências em relação a classificação considerar classificação maior.

Fonte: Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019

4.9 Triagem e estratificação dos riscos

Com relação aos riscos, foi identificado um possível constrangimento no momento da aplicação dos testes e questionários. Como forma de minimizar os questionários foram aplicados individualmente, com a preocupação de informar que as informações contidas seriam utilizadas apenas para fins científicos (para pesquisa), não havendo risco de exposição e/ou identificação dos participantes a qualquer tempo.

4.10 Protocolo das intervenções

Os protocolos dos atendimentos seguiram as recomendações descritas no Consórcio de Ensaio Clínico, para garantir a padronização das coletas e evitar possíveis vieses que possam comprometer a qualidade da pesquisa. Para a intervenção dos grupos foram fornecidas condições semelhantes, bem como as abordagens foram realizadas sem a presença de grupo diferente aos que recebiam estímulo, para não produzir interferência condicionada.

Antes de cada intervenção foram medidos Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca (FC) e Saturação periférica de Oxigênio (SPO₂) de cada participante e, anotados em formulário de acompanhamento elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE E).

Os dados coletados tiveram como objetivo avaliar como esses parâmetros se modificam antes e após cada intervenção, de acordo com cada grupo. As medidas foram coletadas sempre pelo mesmo pesquisador, usando os mesmos equipamentos e seguiram os protocolos recomendados.

4.10.1 Aferição da pressão arterial (PA)

A aferição da Pressão Arterial, conforme recomendado pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC), os participantes foram informados dos procedimentos, deixando-os em repouso de pelo menos 05 minutos, antes e depois das medições. Como critério para participação da coleta seria estar devidamente medicado, nos casos de usuários de anti-hipertensivos.

Antes dos procedimentos algumas orientações foram dadas aos participantes, a fim de garantir fidedignidade dos resultados, conforme seguem:

- Orientado não conversar durante a medida;
- Estar em posição sentada, pés apoiados no chão e, em posição confortável para não gerar estresse;
- Posicionada a braçadeira, livre de roupas, com o braço apoiado, com a palma da mão posicionada para cima e cotovelo levemente fletido.

4.10.2 Medida da frequência cardíaca (FC)

A medida da Frequência Cardíaca seguiu o protocolo da pressão arterial, paciente sentado, sem conversar durante o procedimento, livre de roupas e/ou relógios. A medida foi feita com posicionamento bi digital na artéria radial do membro superior esquerdo, durante 60 segundos, antes e após as intervenções.

4.10.3 Medida de saturação Periférica de oxigênio (SpO₂)

Para medir a Saturação Periférica de Oxigênio, foi posicionado oxímetro de pulso digital no dedo indicador esquerdo. Os valores obtidos para frequência cardíaca (FC) no oxímetro de pulso foram desconsiderados.

4.11 Procedimento das intervenções

Para cada grupo houve a adoção de procedimentos específicos, com abordagens adotadas, conforme pode ser observado nos Quadros 4, 5 e 6.

Quadro 4 – Identificação dos participantes e atividades do grupo A de idosos institucionalizados sob intervenção com Terapia Assistida por Animais (TAA) – Petrolina (PE), 2019.

Número de Participantes: 12 Média de idade Geral: 78 anos Média homens: 77 Média mulheres: 79 Número de Intervenções: 10 Tempo médio e intervenção: 50 minutos Local da Intervenção: Ambiente externo da Instituição	
Atividade	Objetivos
Terapia Assistida por Animais (TAA)	Estímulo emocional, estímulo à comunicação, estímulo à interação social, estímulo à auto confiança, estímulo cognitivo, estímulo à memória afetiva.

Fonte: Autores, 2019.

Quadro 5 – Identificação dos participantes e atividades do grupo B de idosos institucionalizados sob intervenção com atividades lúdicas - Petrolina (PE), 2019.

Número de Participantes: 12 Média de idade Geral: 78 anos Média homens: 79 Média mulheres: 76 Número de Intervenções: 10 Tempo médio e intervenção: 50 minutos Local da Intervenção: Ambiente interno da Instituição	
Atividade	Objetivos
Colagem em papel	Estímulo da motricidade fina, estímulo cognitivo, estímulo do raciocínio, estímulo da orientação espacial e interação social.
Pintura em Papel	Estímulo da motricidade fina, estímulo para coordenação, estímulo cognitivo e interação social.
Pintura com tinta	Estímulo da motricidade fina, estímulo cognitivo, estímulo do raciocínio e interação social.
Atividade com Massa de modelar	Estímulo da motricidade fina, estímulo cognitivo, estímulo do raciocínio, estímulo da criatividade e interação social.
Musicoterapia	Estímulo da memória afetiva e interação social.

Fonte: Autores, 2019.

Quadro 6: Identificação do perfil dos participantes do grupo C de idosos institucionalizados (Controle) - Petrolina (PE), 2019.

<p>Número de Participantes: 12 Média de idade Geral: 84 anos Média homens: 82 Média mulheres: 86 Número de Intervenções: Não houve Tempo médio e intervenção: Não houve Local da Intervenção: Não houve</p>
<p>Não houve intervenções para este grupo. Os participantes foram avaliados no mesmo período dos grupos de intervenção e após o período das intervenções para realizar comparativo entre os grupos.</p>

Fonte: Autores, 2019.

4.12 Avaliação dos resultados quantitativos

Os resultados encontrados para os instrumentos de avaliação aplicados apresentaram resultados significativos, em valores relativos. Contudo, para verificar as respostas obtidas, antes e após as intervenções, fez-se necessária análise estatística para investigar confiabilidade dos valores.

Para análise estatística, foi utilizado o Teste qui-quadrado de Pearson, definido como teste estatístico aplicado para dados categóricos, avaliando a probabilidade de um evento acontecer ao acaso, indicado para amostras não pareadas. O teste avalia a probabilidade se há nulidade da hipótese, afirmando quanto a distribuição de frequência de certo evento observado numa amostra (TORMAN, 2012).

Razão de verossimilhança é um teste de hipóteses que compara a qualidade do ajuste de dois modelos: um deles, irrestrito, com todos os parâmetros livres; e seu modelo correspondente, restrito pela hipótese nula para menos parâmetros, para determinar qual oferece melhor ajuste para seus dados amostrais (TORMAN, 2012).

A associação linear tem por objetivo, avaliar a associação entre variáveis quantitativas, observando o nível de relação entre os eventos (TORMAN, 2012).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Questionário socioeconômico e clínico

O instrumento foi elaborado pelos pesquisadores e aplicado na instituição com o objetivo de traçar o perfil socioeconômico dos participantes, para identificação da distribuição por sexo, idade, escolaridade e doenças diagnosticadas que pudessem interferir direta ou indiretamente nos resultados. O grau de escolaridade foi utilizado ainda para cálculos dos resultados do Mini Mental (MEEM). Os resultados encontrados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados e participantes da pesquisa – Petrolina (PE), 2019.

Variáveis	Quantidade (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	12	33,3
Masculino	24	66,7
Diagnóstico Médico		
Cardiopatias	13	36,1
Diabetes	11	30,6
Circulatório (TVP)*	06	16,7
AVC**	05	13,9
Alzheimer	09	25,0
Demência	13	36,1
Escolaridade		
Analfabetos	05	13,9
1-11 anos de estudo	27	75,0
>11 anos de estudo	04	11,1

* TVP – Trombose Venosa Profunda. ** AVC – Acidente Vascular Cerebral.

×(n) para as doenças diagnosticadas apresentam valores maiores, em razão de alguns idosos apresentarem mais de uma das patologias citadas.

Fonte: Autores, 2019.

Ainda para o questionário socioeconômico foi investigado o período de internação e os motivos que levaram a internação dos idosos, para entendermos até que ponto o tempo de institucionalização associado aos motivos podem interferir na funcionalidade e no estado cognitivo dos internos. A partir desses dados foram encontrados os resultados descritos no Quadro 7.

Quadro 7– Tempo de institucionalização e motivos da internação de idosos – Petrolina (PE), 2019.

Tempo médio de Institucionalização dos internos		
X Geral de institucionalização	2,3 anos	
X Institucionalização de mulheres	2,8 anos	
X Institucionalização Homens	1,7 anos	
Motivos para internação dos idosos		
Motivos Encontrados**	n	%
Falta de tempo dos familiares para cuidar do idoso	12	33,3
Falta de preparo dos familiares para cuidar do idoso (doenças/ envelhecimento/ limitações)	10	27,8
Decisão judicial	08	22,2
Por iniciativa do idoso	01	2,8
Abandono	05	13,9
Total	36	100
** Os motivos mencionados na pesquisa foram verificados nas fichas fornecidas pela instituição.		

Fonte: Autores, 2019.

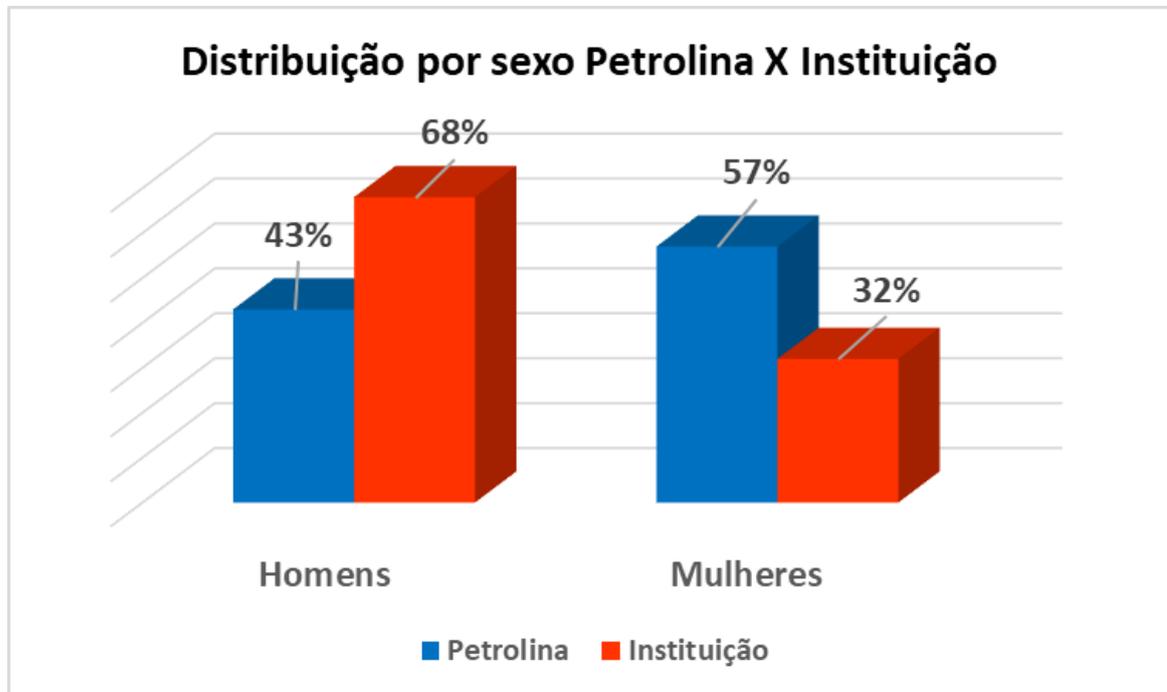
5.2 Distribuição da população por sexo e faixa etária

A instituição pesquisada apresentou maior número de idosos do sexo masculino (66,7%), na mesma direção dos dados obtidos por Santos et al. (2019) (59% de homens; e 41% de mulheres), durante um estudo em instituição de longa permanência ao aplicar questionário sociodemográfico, com o objetivo de traçar o perfil de idosos institucionalizados. Já, outra pesquisa realizada por Teixeira (2019) em ILP, apresentou maior número de internos do sexo feminino (54,8%). Assim como a pesquisa realizada por Júnior et al. (2019) em uma instituição com características semelhantes, abrangendo 57,1% do sexo feminino e 42,9% do sexo masculino.

Quanto à distribuição por faixa etária, a instituição apresentou perfil semelhante à distribuição populacional nacional. Em relação ao sexo feminino, a média de idade foi de 80 anos, conforme perfil identificado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE (2018). Ao analisar a média de idade para homens, a instituição difere do perfil nacional, que segundo IBGE, é de 78 anos. Contudo, vale ressaltar que neste estudo, havia dois idosos com idades de 102 e 104 anos, aumentando a média em relação à média brasileira. Teixeira (2019) também encontrou expectativa de vida de 80 anos para mulheres e 80 anos para homens.

A distribuição populacional comparativa entre Petrolina (PE) e a instituição segue representada na Figura 5.

Figura 5 - Representação gráfica do comparativo da distribuição da população no Estado Pernambuco, com valores relativos, em relação ao número de homens e mulheres idosos numa instituição de longa permanência – Petrolina (PE), 2019.



Fonte: IBGE, 2018.

5.3 Doenças diagnosticadas

As DCDNT influenciam de forma negativa na qualidade de vida de idosos, pois sempre aparecem associadas a outras patologias, dentre estas, a limitação para realização das atividades de vida diária (SANTOS, 2019). Com relação às doenças diagnosticadas no presente estudo, o maior número está a demência com 09 (25,0%), para as Cardiopatias e Alzheimer, ambas com 13 (36,1%) dos idosos; seguido de diabetes, com 11 (30,6%) idosos diagnosticados com a doença; 06 (16,7%) com problemas circulatórios; e 05 (13,9%) já tiveram pelo menos um AVC.

Avaliando os prontuários dos idosos institucionalizados, foi possível perceber que os efeitos dos pacientes com Alzheimer, na maioria dos casos, são mais impactantes sobre os familiares do que sobre os próprios idosos conforme as informações descritas nos prontuários dos internos. Falcão et al. (2018) identificaram que os familiares e cuidadores não possuem capacidade emocional para lidar com os impactos da doença. O estudo mostrou que, ao perceber os primeiros sinais, os

familiares demonstram medo, e na maioria das vezes transferem a responsabilidade para terceiros - instituições de longa permanência (59% dos casos) -, pois entendem que não terão habilidade para lidar com a nova realidade, sendo que 7% assumem a responsabilidade em tempo integral para o cuidado

Bernardo (2018), buscando entender a relação do Alzheimer com comportamentos emocionais de pacientes e familiares, percebeu que estes não possuem habilidade suficiente para lidar com a doença. Foi identificado que familiares temem os impactos a longo prazo, não sabendo como agir diante do agravamento da doença, como a falta de memória, identificando como alternativa para enfrentamento a transferência da responsabilidade para as ILP'S.

Neste estudo, foi possível verificar que outra doença que causa impactos é a demência. Embora seja um processo inerente ao envelhecimento, não pode ser negligenciada, visto que tem impactos diretos na qualidade de vida de idosos, dentre eles, os psicológicos são os que mais afetam. Queiroz et al. (2018) descrevem que, em ILP, 45,7% dos idosos apresentaram algum tipo de alteração psicológica, seguido da mobilidade com 37,1%, e 17,2% outras causas. Dentre os motivos citados para os impactos identificados estão a falta de atividades que estimulem a memória, mobilidade e a dificuldade de comunicação entre idosos e cuidadores.

Quanto ao DM (diabete melitus), não há limitação direta causada pela doença, porém, alguns cuidados afetam a funcionalidade em idosos. A redução da autonomia é um dos impactos causados pela doença e há o receio em causar lesões, visto que a dificuldade de recuperação e/ cicatrização tem impactado na capacidade funcional, em especial em idosos (BORGES et al., 2019). Nesta pesquisa, durante as entrevistas, os idosos relataram que a limitação da realização das AVD'S, afetam o estado emocional, gerando sensação de incapacidade – o que interfere negativamente na qualidade de vida.

Ao analisar o perfil em relação às doenças cardiovasculares, foi possível identificar que a falta de estímulo à mobilidade tem contribuído para o aparecimento e/ ou agravamento da doença. Não foram identificadas atividades, como por exemplo, aeróbicas ou funcionais com o intuito de prevenir o aparecimento da doença. Além disto, atividades como deslocamento para pegar água, ir ao banheiro não é corriqueiro dentro da instituição, sendo realizadas pelos cuidadores. Massa (2019) estudando a relação das doenças cardiovasculares (DCV) e a institucionalização, percebeu que a rotina dos idosos é favorável ao

desenvolvimento das alterações circulatórias. A maioria das ILP'S não realizam atividades estimulantes, como caminhadas e/ou atividades aeróbicas, as quais contribuem com o bom funcionamento do sistema cardiovascular.

Oliveira (2018) evidenciou, em estudo realizado com idosos que, pelo menos 20 minutos diários de atividades, como caminhada em ritmo lento, associadas a hábitos alimentares saudáveis, reduzem em 23% o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Observou que idosos que realizam atividades que estimulem o funcionamento encefálico, além da sensação de bem-estar, contribuem para melhoria da memória, cognição e interação social, após estudo em instituição de longa permanência, para entender a relação da institucionalização, sedentarismo e DCV.

No que diz respeito ao acidente vascular encefálico (AVE), foi possível perceber que os idosos acometidos pela doença apresentaram limitação funcional superior aos demais idosos. Observou-se redução em 32% da capacidade funcional, com maior impacto para mobilidade e locomoção, seguido do autocuidado e controle de esfíncter. Como reflexo da limitação, identificou alteração, por exemplo, na comunicação e interação social, acompanhada de isolamento e para alguns casos aumento do nível de ansiedade (identificado pela aplicação da BAI).

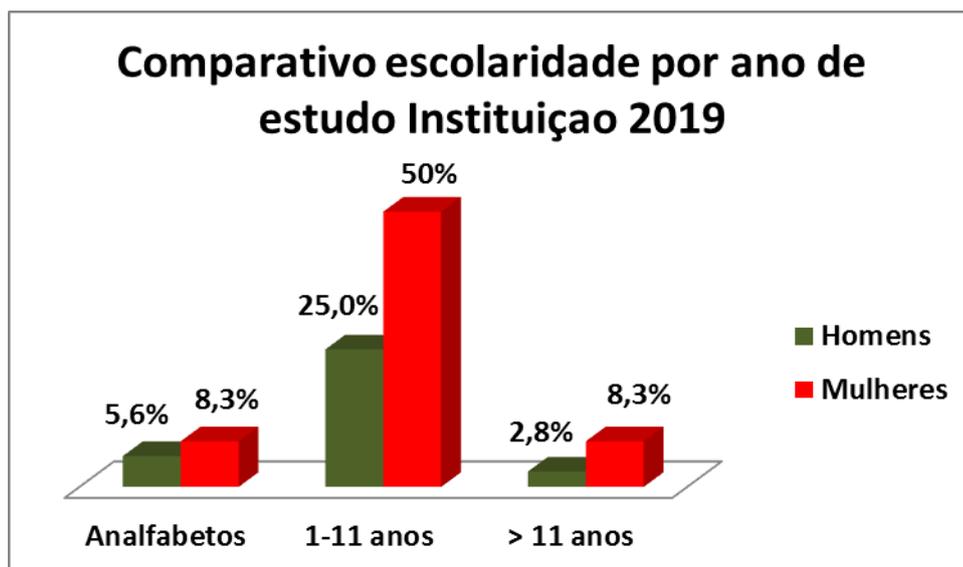
Um estudo realizado em uma ILP, em condições semelhantes, onde fora aplicado o MIF para identificar a relação da limitação funcional, em idosos antes e após serem acometidos com AVE, foi possível entender que, após serem acometidos pela doença, a capacidade funcional piorou em 54%, para as atividades de auto cuidado (vestir-se, alimentar-se); quando analisado para as relações sociais (comunicação, interação), o número apresentou-se maior, com aumento de 60%. Avaliando mobilidade e locomoção, a limitação apresentou-se em 64%, após o acometimento, os números foram atribuídos às sequelas de patologias, assim como o início tardio de reabilitação (ARAÚJO, 2018).

Outras alterações podem ser percebidas nos indivíduos acometidos com AVE, como por exemplo, comportamental e emocional, como mostra o estudo realizado por Alves (2018), o qual identificou que, em 72% dos casos, os indivíduos apresentam algum tipo de alteração comportamental, dentre estas estão o desenvolvimento de depressão, isolamento, dificuldade de compreensão, alteração da sensibilidade emocional e, em alguns casos, a tentativa de suicídio.

5.4 Nível de escolaridade

Mais um ponto avaliado no questionário socioeconômico foi o nível de escolaridade dos participantes, quando se constatou os seguintes resultados: 05 (13,9%) eram analfabetos, 27 (75%) apresentaram escolaridade entre 1- 11 anos e, 04 (11,1%) >11 anos de estudo. Dentre os que somaram os analfabetos 03 (8,3%) eram do sexo feminino e, 02 (5,6%) do sexo masculino. Os idosos que se classificaram com escolaridade entre 1-11 anos, 18 (50,0%) eram do sexo feminino e 09 (25%) do sexo masculino. Para escolaridade > 11 anos 03 (8,3%) do sexo feminino e, 01 (2,8%) do sexo masculino, conforme segue representado na Figura 6.

Figura 6 – Representação gráfica dos níveis de escolaridade para homens e mulheres de acordo com o tempo de estudo em instituição de longa permanência – Petrolina (PE), 2019.



Fonte: Autores, 2019.

Em pesquisa quanto ao grau de escolaridade dos participantes, observou-se que 75% apresentaram entre 01 a 11 anos de escolaridade, não havendo dificuldades para compreensão e execução das atividades propostas. No início do contato, percebeu-se que havia dificuldade de compreensão nos idosos analfabetos (13,9%), sendo necessário maior tempo de explicação das atividades, o que não comprometeu a realização dos objetivos da pesquisa. Vale ressaltar que, à medida que os idosos analfabetos foram estimulados, foram reduzindo as dificuldades de compreensão para a realização das tarefas. Para os que possuíam escolaridade superior a 11 anos (11,1%), foi possível perceber que, ao observar a demonstração

das atividades, mostravam-se aptos a reproduzi-las sem dificuldades. Freire et al. (2018) observaram que o tempo de estudo reflete principalmente na comunicação, compreensão e interação social. Os autores identificaram que, dentre os idosos institucionalizados, a prevalência foi para baixo nível de escolaridade, 10,5% analfabetos, 50,3% com escolaridade entre 1-11 anos, e 39,2% maior que 11 anos. Observou-se ainda, que os idosos com nível de escolaridade inferior, mostraram maior dificuldade na compreensão e comunicação.

Saintrain et al. (2018) descrevem a escolaridade sob a perspectiva do estado emocional de idosos institucionalizados, evidencia que o número de idosos com nível de escolaridade baixa está em maior número nas ILP'S, porém não especifica a quantidade de anos de estudo, menciona que a média é de 05 anos de escolaridade. Evidencia que não há como definir relação direta da escolaridade e o estado emocional, contudo, o estudo mostra que os idosos pesquisados mencionam o nível baixo de escolaridade como motivo para institucionalização, referindo que o internamento se deu por "não saber ler direito".

5.5 Acompanhamento da pressão arterial, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigênio.

Antes e após as intervenções foram mensurados PA, FC e SpO₂ para acompanhar o comportamento do sistema simpático e parassimpático dos participantes, conforme protocolos detalhados anteriormente (APÊNDICES F, G e H).

Em avaliação dos parâmetros mensurados na pesquisa, não houve alterações, mantendo-se dentro dos parâmetros estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Contudo, mesmo medicados, 02 (dois) idosos apresentavam picos hipertensivos no início das intervenções, os quais pertenciam aos grupos de intervenção, sendo 01 (um) no grupo A (TAA); e 01 (um) no grupo B (atividades lúdicas).

Os picos hipertensivos variavam entre 150x90mmHg e 160x100mmHg e conseqüente alteração da frequência cardíaca (FC) e saturação periférica de oxigênio SpO₂, estabilizando durante o período da pesquisa, com valores dentro dos níveis de normalidade (entre 130x80mmHg e 140x90mmHg). Vale destacar que,

durante o estudo não houve intercorrências ou mudança de medicamentos dos referidos participantes.

Costa et al. (2018), em pesquisa de intervenção com idosos institucionalizados, utilizando a Terapia Assistida por Animais, semanalmente, perceberam que PA, FC e SpO₂, melhoraram após o contato com o cão. Este fato pode ser explicado em razão dos benefícios proporcionados pela TAA.

Lima (2018) acompanhou o comportamento da PA em idosos quando submetidos a terapia e notou que pacientes quando submetidos ao TAA melhoram a sensação de bem-estar, com redução dos níveis de ansiedade e consequente controle da Pressão Arterial.

Com o objetivo de entender a relação de causa-efeito do estado emocional e alterações cardiovasculares, os pesquisadores buscaram informações que contribuíssem para comprovação científica dos resultados e, para tanto, utilizaram como base referencial, um termo utilizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), “o estresse oxidativo”. Definido como a modificação das células responsáveis pelo controle da homeostase, alterando a reação no organismo de acordo com o estímulo que o indivíduo recebe, como por exemplo, estímulos que acalmam tendem a regular, o funcionamento do organismo, promovendo equilíbrio.

Definido como a alteração de células responsáveis pelo controle da homeostase de acordo com o tipo de estímulo externo recebido pelo indivíduo. Este vem sendo apontado como fenótipo intermediário no desenvolvimento da hipertensão arterial. Estudos experimentais e epidemiológicos apontam o estresse oxidativo como possível gatilho para provocar o “desbalanço” autonômico, por outro lado, em situações prazerosas, apresenta efeito contrário, o balanço autonômico (LOPES, 2019).

Outra razão que pode explicar a regulação dos parâmetros é a realização da arteterapia. Segundo Aguiar (2010), ao realizar estudo com idosos, percebeu melhoria nas relações interpessoais e comunicação. Os idosos expuseram sensação de bem-estar ao realizar atividades (pintura, colagem, etc.). Em razão dos efeitos proporcionados, percebeu o controle da PA e FC.

Reis (2018) descreveu que a musicoterapia mostra benefícios emocionais e propicia sensação de prazer e consequente regulação da pressão arterial, batimentos cardíacos proporcionados pela sensação de prazer em razão do estímulo à memória afetiva.

5.6 Mini Mental (MEEM) – versão brasileira adaptada

Foi aplicado com os idosos o questionário Mini Mental (MEEM) – Versão brasileira adaptado, com o objetivo de identificar o estado cognitivo (demência) dos participantes, conforme segue na Tabela 5.

Tabela 5 – Dados do Questionário Mini Mental (MEEM), versão brasileira e adaptada, antes e após intervenções de idosos institucionalizados - Petrolina (PE), 2019.

Comprometimento Cognitivo	N Antes	% Antes	N Após	% Após
Preservado	02	5,6	05 ↑	13,9 ↑
Leve	15	41,7	12 ↓	33,4 ↓
Moderado	14	38,9	14	38,9
Severo	05	13,9	05	13,9
Total	36	100,0	36	100,0

* Foi considerado escore conforme nível de escolaridade e, realizada média dentre os participantes.

** n corresponde ao total da amostra (composto pelos três grupos).

Fonte: Autores, 2019

Diante dos resultados encontrados, foi possível perceber que houve evolução no estado cognitivo de idosos que apresentaram comprometimento leve de cognição após estímulos, o que reforça a importância de estímulo precoce.

Na instituição estudada podemos perceber que os comprometimentos aparecem em maior número leve com 15 (41,7%) e moderado com 14 (38,9%), valores encontrados, antes da realização das intervenções. Após as intervenções houve mudança no comportamento dos indivíduos com comprometimento leve, apresentando melhora no estado cognitivo, para os idosos que apresentaram comprometimento leve 03 (8,3%), houve melhora quanto à orientação espacial e temporal, passando para o nível de cognição preservado.

Santos et al. (2019) aplicaram o MEEM em uma instituição de longa permanência, a fim de identificar o nível de cognição relacionado ao tempo de institucionalização, advertindo que o tempo interfere no nível do comprometimento cognitivo. Em relação aos resultados encontrados o maior número dos idosos apresentaram comprometimento leve com 33,9%, seguido de 39,9% para moderado, enquanto 12,1% apresentaram comprometimento severo, e 14,4% preservado, assemelhando-se à pesquisa.

Outra pesquisa em um ILP, realizada por Júnior et al. (2019), com objetivo semelhante ao deste estudo, identificou comprometimento cognitivo dos idosos,

observou-se que havia maior número dos idosos com comprometimento moderado, contudo, não mencionam valores relativos quanto à distribuição do comprometimento, referindo-se apenas ao grau encontrado em maior número. Os autores descrevem que o comprometimento cognitivo afeta diretamente na funcionalidade dos idosos estudados, bem como um comprometimento significativo para o quesito consciência social, constante nos escores estabelecidos no MIF.

É possível citar ainda outro estudo realizado por Júnior¹ et al. (2019), que também obteve resultados semelhantes, realizado em Instituições de longa permanência na Região Sudeste do Brasil. Neste, 62,4% dos internos apresentaram comprometimento moderado para o estado cognitivo, comparando com a Região Nordeste do país, que apontou 62,5% de comprometimento cognitivo, indicando no que diz respeito ao estado cognitivo, independe da região do país.

Paloski et al. (2018) estudaram os efeitos da TAA no estado cognitivo em idosos institucionalizados, observando que os participantes se mostraram receptivos ao serem submetidos à terapia, obtivendo respostas satisfatórias, como por exemplo, o aumento dos níveis de orientação espacial e temporal. A capacidade de retomada da memória para situações simples (data, cidade, horário) puderam ser observadas como resultados positivos na intervenção com os participantes. Outro resultado a ser levado em consideração foi a retomada da comunicação com significado, após contato com o animal, com capacidade de formular ideias lógicas e expor necessidades, queixas e expressar situações de estresse ou bem-estar propiciados pela terapia e/ou situações corriqueiras. Os efeitos causados pela terapia assistida por animais puderam ser justificados, visto que o contato com o animal estimula a memória afetiva, respostas fisiológicas e comportamentais (Wright et al., 2010).

Portella (2010) evidenciou que a Arteterapia promove diversos benefícios em idosos, não menciona resultado diretamente ligados ao estado cognitivo, mas outros fatores que contribuem de alguma forma, como por exemplo, o exercício de atividades no espaço – tempo, qualidade na autonomia e relação social. Menciona ainda que as atividades proporcionaram estado de felicidade ao realizar as atividade e estímulo para novos desafios que ativam a Área tegumentar ventral (VTA), com a liberação da dopamina, neurotransmissor responsável pela sensação de prazer. Este é distribuído pelas diversas áreas do encéfalo, como por exemplo, a amígdala que controla as reações emocionais, núcleo acumens, responsável pelas funções

motoras e o córtex pré-frontal responsável pela concentração das atividades que geram prazer.

5.7 Versão Brasileira do questionário de qualidade de Vida – SF 36 (adaptado)

A definição da qualidade de vida está diretamente ligada à autoestima e ao bem estar, estes abrangem uma série de aspectos como: capacidade funcional, estado emocional, interação social, nível socioeconômico, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores, ética, espiritualidade, estilo de vida, satisfação e ambiente (MENDONÇA, 2018).

Para medir o nível da qualidade de vida dos idosos da instituição foi aplicado o Questionário SF 36 modificado, antes e após as intervenções (APÊNDICES I, J e K).

Em relação à qualidade de vida, os idosos submetidos à TAA obtiveram melhora na capacidade funcional (16,7%), aspectos sociais (33,4%), emocionais (33,3%) e saúde mental (41,6%). Para o grupo submetido às atividades lúdicas, os resultados foram para aspectos sociais (16,7%), emocionais (25,0%), saúde mental (8,3%). Para o grupo controle, em alguns critérios, houve agravamento, como por exemplo, aspecto geral de saúde em 8,3%, aspectos emocionais 33,3%, e saúde mental em 8,3%.

Foi possível perceber que a qualidade de vida está relacionada a diversos fatores, dentre eles, a retirada do convívio familiar, dificuldade de adaptação ao ambiente e o sentimento de solidão, observados de acordo com o comportamento dos idosos e a realização da oitiva, a fim de explicitar os sentimentos dos participantes, os quais descreveram os sentimentos em relação à nova atividade realizada, como algo alheio às suas escolhas, mas a imposição dos familiares, segundo alguns depoimentos, conforme seguem:

“Essa não é minha casa. Eu queria ir pra casa. A senhora pode me levar? Eu não estou aqui porque eu quero, meu filho me deixou aqui e me esqueceu. Não sei o que fiz para estar preso aqui”. (Manoel, 2019).

“Como uma pessoa pode viver bem desse jeito? Tenho minha casa, meus cachorros, está tudo largado lá. Eu tenho 06 filhos e nenhum vem me ver, nem me buscar. Nem conheço ninguém aqui.” (Maria, 2019).

“Eu vim porque eu quis. Melhor do que ficar dependendo da boa vontade do meu filho. Mas tem uns aqui que tenho muita pena, pois não recebem visita nenhuma. Vivem triste num canto.” (João, 2019).

Júnior et al. (2019), descrevem em pesquisa realizada em uma ILP, com a aplicação do Questionário SF de qualidade vida, que os idosos apresentam comprometimento na em decorrência do processo de institucionalização. A perda da autonomia para a realização das atividades aparece como um dos maiores problemas relacionados à QV. Outros fatores, como a dificuldade em adaptação ao ambiente institucional, falta de atividades recreativas (como assistir TV, ler, etc.), também são mencionados. Como impactos, referem declínio no estado emocional, no estado geral de saúde e interação social.

Outro trabalho que corrobora para compreender a qualidade de vida relacionada à institucionalização foi um estudo comparativo entre ILP'S com a aplicação dos SF 36. Realizada em 03 instituições, os resultados assemelharam entre si, assim como com esta pesquisa. Dentre os resultados, foram mencionadas a falta de identificação da instituição como um lar, falta de atividades recreativas, e a insatisfação com a casa. Os impactos foram referidos como piora do estado geral de saúde e relações sociais, (SILVA, 2018).

Portella (2010) aponta que a arteterapia proporciona benefícios físicos e mentais, visto que as atividades lúdicas estimulam a autonomia, níveis de percepção, melhora a autoestima e autoconfiança, as quais refletem na qualidade de vida dos idosos submetidos à terapia. Percebeu, ainda, que houve redução do uso de medicamentos, sendo perceptível os benefícios para o estado geral de saúde.

Bastos (2018) descreve que o contato do animal com seres humanos promove efeitos que nem sempre podem ser mensurados de maneira quantitativa, mas os benefícios proporcionados podem ser observados diante dos comportamentos e expressões faciais. Menciona que os resultados no âmbito emocional foram considerados significativos, instigando a memória afetiva e consequente bem-estar geral em idosos. Os resultados evidenciados pelo autor corroboram com os resultados desta pesquisa, sendo que os efeitos não foram medidos de maneira quantitativa, mas a receptividade em relação à terapia foi considerada marcador para seus efeitos.

5.8 Escala de BAI – avaliação da ansiedade

A escala de BAI de ansiedade serviu para identificar o nível de ansiedade dos participantes da pesquisa. Para a aplicação do questionário foi identificado se algum idoso havia sido diagnosticado com transtorno de ansiedade, sendo negativo para todos, tornando possível a aplicação com todos os participantes. Vale ressaltar que a referida escala não habilita o profissional de psicologia a definir diagnóstico, mas a identificação de alterações emocionais que possam interferir no resultado da pesquisa.

A aplicação foi feita por grupos, visto que os estímulos embora com mesmo objetivo, mas a realização das atividades dos grupos experimentais tem abordagens com cargas emocionais diferenciadas. E assim, permitir fidedignidade nos resultados encontrados, descritos nas Tabelas 9, 10 e 11.

Tabela 9 - Escala de BAI para avaliação da ansiedade, antes e após intervenções no Grupo A (TAA) – Petrolina (PE), 2019.

Níveis de ansiedade	n Antes	% Antes	n Após	% Após
Grau mínimo	07	58,3	08↑	66,7↑
Grau leve	04	33,3	03↓	25,0↓
Grau moderado	01	8,3	01	8,3
Grau Grave	00	0,0	00	0,0
Total	12	100,0	12	100,0

Fonte: Autores, 2019.

Tabela 10 - Escala de BAI para avaliação da ansiedade antes e após intervenções no Grupo B (Atividades Lúdicas) – Petrolina (PE), 2019.

Níveis de ansiedade	N Antes	% Antes	n Após	% Após
Grau mínimo	05	41,7	06↑	50,0↑
Grau leve	05	41,7	06↑	50,0↑
Grau moderado	02	16,6	00↓	0,0↓
Grau Grave	00	0,0	00	0,0
Total	12	100,0	12	100,0

Fonte: Autores, 2019.

Tabela 11 - Escala de BAI para avaliação da ansiedade inicial e final no Grupo C – Petrolina (PE), 2019.

Níveis de ansiedade	N Antes	% Antes	N Após	% Após
Grau mínimo	05	41,7	05	41,7
Grau leve	04	33,3	04	33,3
Grau moderado	03	25,0	03	25,0
Grau Grave	00	0,0	00	0,0
Total	12	100,0	12	100,0

*Avaliações realizadas no mesmo período dos grupos de intervenção.

OBS.: Permaneceram os mesmos valores encontrados na fase inicial da pesquisa.

Fonte: Autores, 2019.

Foi possível perceber que houve evolução no estado cognitivo de idosos submetidos as Terapias complementares. Para o grupo A, submetido à terapia assistida por animais (TAA) com mudança do perfil dos idosos; para os níveis de ansiedade com aumento do nível mínimo de ansiedade e queda o nível moderado. O mesmo comportamento pôde ser observado para os idosos do grupo B submetidos às atividades lúdicas. Diferente dos primeiros grupos, o grupo C (controle), permaneceu sem alterações.

Lima (2018) submeteu idosos à TAA com a presença do cão, os quais foram identificados com níveis de ansiedade leve e mínimo, assim como evidenciado na pesquisa, percebeu melhora nos quadros de ansiedade. Assim como nos resultados deste estudo, observou que o grau de comprometimento cognitivo estavam entre leve e mínimo, utilizando a TAA para identificar os benefícios proporcionados. Em ambos estudos, a TAA contribuiu para redução dos níveis de ansiedade, especialmente quando estão classificados nos níveis mais leves, quando ainda são capazes de manter interação com o animal. Os resultados encontrados nas duas pesquisas podem ser explicados a partir de um estudo realizado por Costa et al. (2018), evidenciando que a TAA promove melhoria na comunicação, com estreitamento do diálogo entre paciente e terapeuta, sensação de bem-estar, autoestima, controle emocional e consequente redução dos níveis de ansiedade.

Mandrá et al. (2019) realizaram pesquisa para entender os efeitos da TAA com o cão, em idosos institucionalizados, e observaram que houve evolução na comunicação, interação social e consequente redução dos níveis de ansiedade. Os efeitos observados foram atribuídos após realização de entrevista com os idosos

que elencaram seus sentimentos em contato com o cão os quais foram citados: estímulo à memória afetiva, sensação de bem-estar em lidar um ser vivo, facilidade em lidar com o animal.

Costa et al. (2018) aplicaram a TAA como terapia alternativa para identificar a variação dos níveis de ansiedade em idosos institucionalizados, e perceberam que o contato com o cão, promove a regulação, por exemplo, da pressão arterial, e conseqüente redução dos níveis de ansiedade. Os resultados encontrados pelos pesquisadores foram semelhantes aos encontrados neste estudo, quanto a sensação de bem-estar promovido pelo contato com o cão. Não foram aplicados testes específicos para medir níveis hormonais, contudo, à análise observacional comportamental tornou possível evidenciar a receptividade da terapia.

Leite et al. (2018), em estudo com musicoterapia para idosos institucionalizados, descreveu como resultados a promoção da sensação de bem-estar, autoconfiança, interação social e redução dos níveis de ansiedade. Enquanto Aguiar (2010), aplicando a arteterapia percebeu que tem a capacidade de proporcionar a redução de quadros depressivos, ansiedade, além de estimular a criatividade e autoestima em idosos.

5.9 Medida de independência funcional (MIF) – versão brasileira adaptada

A medida de independência funcional foi aplicada nos participantes antes e após intervenções para os grupos A e B e, com o grupo C (controle), no início e após realizada das intervenções dos demais grupos para identificar se houve alterações funcionais quando submetidos às atividades propostas pela pesquisa.

Para a atribuição dos níveis de dependência, obedeceram aos critérios estabelecidos pelo instrumento de avaliação. Os resultados em relação à medida de independência funcional estão relacionados nas Tabelas 12, 13 e 14 (APÊNDICES L, M e N).

Lima (2018) descreve diversos benefícios da Terapia Assistida por Animais em idosos institucionalizados. Após período de 02 (dois) anos de intervenção, possibilitou observar benefícios como: físicos (mobilidade), autocuidado, mentais (cognitivos, memória), interação social, comunicação, redução dos níveis de ansiedade. Menciona, ainda, que os benefícios observados em sua pesquisa não

contemplam todas as áreas de possível atuação da TAA e acredita que há muito a ser explorado.

Paloski et al. (2018) observaram benefícios da TAA em relação a comunicação e interação social em idosos, realizando intervenções com atividades recreativas, utilizando o cão. Como resultado, notou facilidade na comunicação e interação com os demais idosos e cuidadores. A resposta pode ser atribuída ao estímulo de comando verbal dado ao animal no momento da realização das atividades propostas.

Leite et al. (2018), utilizando a musicoterapia para idosos, estudou a relação da música e relação com o meio. A TAC permitiu o ganho da resignificação da fala, da escuta e capacidade de comunicação, assim como a capacidade de expressão corporal e compreensão da realidade. Os resultados assemelham-se à esta pesquisa quando se comparam os ganhos em relação a comunicação e interação social. O contato com a música promoveu o resgate da memória afetiva, possibilitou a capacidade de interação com o meio e mudança na comunicação, saindo de falas monossilábicas (sem significado) para a construção de frases com significado e significância.

Aguiar (2010), no uso da arteterapia, enfatizou que permite ao indivíduo o resgate da memória, autoconhecimento e a capacidade de expressar suas ideias. Assim, é possível estimular a criatividade, a interação com o meio e a comunicação. Além disto, é possível observar que a motricidade é estimulada quando submetidos à terapia, realizando atividades como pintura, colagem, etc., especialmente se estas são realizadas de maneira coletiva.

5.10 Análise estatística Mini Mental (MEEM) – versão brasileira (Adaptado)

Em relação ao MEEM, com objetivo de avaliar o nível de cognição dos participantes, os grupos TAA e de atividades lúdicas apresentaram resultados relevantes após intervenções, passando do nível moderado para nível leve. Contudo, para o grupo controle, houve alteração de maneira negativa, passando de moderado para severo.

Para os grupos de intervenção, os idosos submetidos às atividades lúdicas apresentaram melhores resultados. A falta de orientação espacial e temporal, como

por exemplo, não saber localização, datas e até mesmo o próprio nome, observadas nos participantes na avaliação pré-intervenção, foram reduzidas. Foi possível perceber que, à medida que os contatos foram acontecendo, os participantes começaram a associar a visita dos pesquisadores aos dias e horários, bem como a compreensão das atividades realizadas e seus objetivos (APÊNDICES O, P, Q e R).

5.11 Análise estatística Questionário qualidade de vida SF 36 – Versão brasileira (adaptado)

Para o questionário SF 36, os resultados foram significativos ($p \leq 0,005$) para Dor, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental. Contudo, o grupo das atividades lúdicas nos quesitos: dor, vitalidade aspectos sociais e emocionais. Quanto ao quesito saúde mental, apresentou melhor resultado para o grupo submetido a TAA.

As atividades para os grupos foram realizadas de maneira coletiva, com dias específicos, com o objetivo de estimular não apenas o desenvolvimento individual, com também as habilidades coletivas.

Embora haja resultados significativos para ambos, os valores expressos para as atividades lúdicas podem ser explicados pela diversificação das atividades realizadas, como por exemplo, pintura, colagem, modelagem e música.

Diferentemente das atividades lúdicas, mesmo a TAA oferecendo estímulos diversos, o uso do cão esteve presente em todas as intervenções, podendo ser considerado um fator limitador para as respostas. O condicionamento às atividades realizadas pode sugerir que os idosos tenham limitado o estímulo para outras áreas relacionadas aos demais quesitos avaliados (APÊNDICES S, T, U, V, X, Z, AA, AB, AC, AD, A, AF, AG, AH, AI, AJ, AK, AL).

5.12 Análise estatística da Medida de Independência Funcional (MIF) – Versão brasileira (adaptada)

Para análise estatística em relação aos MIF, apenas os quesitos Compreensão e memória apresentaram resultados estatisticamente relevantes. Diferentemente dos resultados obtidos nos outros instrumentos de avaliação, os

dados mais significativos foram para o grupo de submetido a TAA, para os quesitos compreensão e memória.

Os estudos realizados com a terapia assistida por animais já descreveram a respeito dos resultados relacionados ao resgate da memória afetiva em razão da relação de afeto entre homem e animal.

Fazendo análise comparativa dos valores estatísticos e os comportamentos observados pelos idosos, é possível perceber que as atividades propostas para os dois grupos de intervenção apresentaram respostas positivas, sendo que a relação de confiança e a empatia nas abordagens contribuíram para o engajamento e realização das atividades propostas.

Nesse processo, foi possível observar a construção da afetividade durante o contato, facilitando a compreensão das fragilidades e anseios dos participantes, bem como as mudanças de comportamento, com o resgate da consciência como ser atuante na sociedade, e que ainda pode contribuir para o conhecimento, transmitindo suas experiências e valores adquiridos ao longo dos anos e esquecidos em razão do processo de institucionalização.

O grupo controle mostrou piora durante o período de pesquisa. Estes não receberam os estímulos dos demais grupos, reforçando que a falta de atividade que estimule a cognição pode acelerar os impactos relacionados ao envelhecimento.

Deve-se levar em consideração a institucionalização, porém não apenas isto é fator agravante, mas todo contexto no qual o idoso está inserido, a relação familiar, a aceitação das limitações inerentes ao envelhecimento e a consciência da condição atual (APÊNDICES AM, AN, AO, AP, AQ, AR e AS).

5.13 Análise qualitativa

Durante as avaliações, foi possível perceber o sentimento de abandono e apatia dos idosos institucionalizados. Inicialmente, a resistência na recepção, definida posteriormente como “*cisma*”, visivelmente percebida nas respostas monossilábicas; ou até mesmo ausência de resposta em alguns momentos:

“Eu num queria responder muito as perguntas não. Não sabia pra que era. Quase num vem ninguém visitar a gente, mas quando vem faz umas “pergunta” que nem sei dizer como é que diz. Por isso fiquei meio assim em falar com a Dra.” (Lourdes, 2019).

“Quando a doutora começou a vim aqui eu não entendia muito porque, mas agora eu sei que tá aqui pra gente conversar, e fazer essas brincadeiras de pintar, colar, escrever, eu gosto porque me distraio e paro de pensar no meu filho que esqueceu de vim me buscar. Acho que ela nem sabe que estou aqui... a senhora tem o número dele?” (Egrácida, 2019).

“Eu não queria fazer as “brincadeira” com o cachorro, porque eu achava que queria fazer “nóis” de besta, mas agora eu já sei que dia de quarta e sexta vocês vem e traz o cachorro para gente brincar e dá comida pra ele. Ele gosta de vim aqui né? Só tem um monte de velho, mas tem nada não (risos)” (José, 2019).

Conforme os contatos aconteciam, a resistência para realização das atividades foi dando espaço para motivação em fazer mais do que era proposto. Uns ficavam eufóricos com a presença do cão, outros para realização das atividades lúdicas. Os grupos não se encontravam nos momentos das intervenções. As reações para cada grupo foram observadas assim como as evoluções e anotadas para fins de apresentação do resultado (análise qualitativa).

A expressão de receio no início foi dando espaço para relação de afeto e confiança entre os envolvidos, permitindo a melhoria da cognição, comunicação e interação social. O ambiente silencioso e monossilábico deu espaço a momentos de descontração e conversas simultâneas que, por vezes, tornava difícil a compreensão. Todavia, com o avançar do contato, verificava-se a mudança da recepção e da interação, bem como do quanto cada encontro trazia novos comportamentos.

Aos poucos, as respostas dadas pelos idosos foram cada vez mais estruturadas, além de lembrar do próprio nome e a identificação do dia exato de cada visita:

“Agora já sei os “dia” que essas meninas vêm pra cá, quarta e sexta. Já digo logo, cuida menina que elas chegam e quero fazer um desenho bem bonito. No outro dia estava meio cansado e deixei o desenho feio, mas hoje vou fazer com cuidado” (Pereira, 2019).

“Eu ia guardar um pouquinho do meu almoço para os cachorros, mas acabei esquecendo. Você trouxe a comida dele? Porque eu quero dar, deve tá com fome, uma hora dessa e ainda não comeu. Ele só come dia de quarta e sexta é? Tadinho (expressão de pena) (Madá, 2019).

“Hoje é quarta né? Eu sei porque é o dia que tem os “cachorro”. Ei menina, você tem um cachorro desse pra vender? É caro?” (Ana, 2019).

Foi possível perceber que os benefícios foram além dos fisiológicos, mas também emocionais. A percepção da necessidade de atenção foi algo que despertou a necessidade de manter relação estreita entre os participantes, como conversar após as intervenções. Os relatos de cada um foram guiando os procedimentos, desvelando-se que necessitavam não apenas de cuidado

profissional de saúde, como também carinho e afeto. Então, as atividades eram ajustadas de acordo com a necessidade do grupo. Por exemplo, quando havia a necessidade de atenção e contato, a atividade escolhida era a musicoterapia; quando demanda era relacionada ao estímulo cognitivo, a atividade era colagem, montagem.

Um dos momentos mais difíceis foi a despedida, com a conclusão das atividades, diante dos benefícios proporcionados aos participantes. O sentimento foi evidenciado por comoção de todos, diante da tristeza do afastamento, mas com a gratificação em observar os resultados obtidos:

“E as meninas não vêm mais nunca aqui né? Eu sei que não pois todo mundo vem e vai embora. Agora toda quarta e sexta vou ficar na intenção que vocês vão entrar aqui sorrindo e alegrando “nóis tudo”” (tristeza) (João, 2019).
“Lembra daquela casa que eu fiz? Vou construir uma de verdade e vou te carregar você pra morar comigo, você vai? Vai eu, você e o cachorro. Vou pintar a casa de amarelo com azul. Igualzinha aquela que fiz. Ai todo dia eu vou dar comida do cachorro e você cuida dele porque é doutora de cachorro (risos)” (Nercy, 2019).

A experiência durante o período da pesquisa evidenciou a importância do contato, com estímulo ao diálogo. A troca de experiências foi significativa para ambos, a transmissão dos conhecimentos dos idosos aliado as práticas aplicadas pelos pesquisadores enriqueceram os resultados do projeto.

Para Nigro (2020) a liberação da ocitocina em humanos é comum quando estes são submetidos a situações prazerosas, promovendo a sensação de bem-estar e gratidão, o que pode explicar as respostas observadas no comportamento dos idosos quando submetidos às terapias.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as instituições busquem atender as necessidades dos idosos, ainda não há a capacidade de prover o sentimento encontrado no ambiente familiar, o vínculo, a trajetória de vida e os laços que estreitam a relação de confiança e acolhimento. Diante disto, é comum a perda da identidade enquanto indivíduo, seus valores e a relação social adquirida ao longo da vida.

Durante o contato com os internos, dentre os diversos achados, foi possível perceber que a falta de acolhimento e afeto por parte por familiares, em especial os filhos, são os que mais impactam. A saudade e o sentimento de abandono são mencionados pelos idosos, com a conotação de desmoronamento familiar, a base mais sólida entendida até então pelos internos.

Na instituição estudada, pôde-se identificar a lacuna entre internos e filhos, a ruptura de uma relação de confiança e respeito, considerada essencial para a manutenção da família, que vai além do prover da saúde e bem-estar, mas a cultura de legado, que passa de pai para filho. Como consequência, observaram-se impactos emocionais e funcionais, decorrentes da institucionalização. Tal comportamento ficou evidenciado com os resultados na avaliação dos níveis de ansiedade dos internos, que, mesmo em grau leve e moderado, geram impactos na qualidade de vida.

Assim como os níveis de ansiedade, percebeu-se a redução dos níveis de funcionalidade dos internos, sendo os maiores impactos relativos à interação social e comunicação, atribuídos à dificuldade de adaptação ao ambiente, e pelas circunstâncias do processo de interação, onde a maioria é feita sem consentimento do idoso.

Como consequências das alterações emocionais e funcionais, alguns comportamentos puderam ser evidenciados, como por exemplo, aumento da pressão arterial e agravamento de algumas doenças, diretamente ligadas aos hábitos de vida e estado emocional, como diabetes, Alzheimer e demência.

Durante as intervenções, observou-se o estímulo da memória afetiva, a interação social e o resgate do afeto; foi possível perceber mudanças dos internos no âmbito emocional. As excitações no momento das atividades propiciaram o

resgate de experiências vividas ao longo da vida, assim como a lembrança da consciência social e relações.

Foi possível perceber resultados positivos em relação às terapias alternativas complementares. Tanto a arteterapia quanto a terapia assistida por animais mostraram-se eficazes no trabalho do estado emocional dos idosos. A arteterapia mostrou-se satisfatória para melhora da memória, concentração, interação social e redução dos níveis de ansiedade. Para a terapia assistida por animais, os resultados apresentados foram evolução da memória, interação social, comunicação e redução dos níveis de ansiedade.

A percepção dos pesquisadores quanto às respostas deu-se através de expressões corporais e relatos dos internos, os quais demonstraram receptividade quanto às atividades desenvolvidas e a sensação de bem-estar ao realizá-las, reforçando o entendimento que o cuidar vai além de técnicas, incluindo a atenção conferida ao outro.

Os relatos mostram o quanto houve benefícios que não podem ser mensurados em números, mas com a vivência e a experiência adquiridas a cada intervenção.

Como resultado das análises estatísticas realizadas, observou-se que as técnicas utilizadas nas intervenções dos internos apresentaram resultados que podem instigar à novas pesquisas a respeito da temática. Vale ressaltar que, para fins estatísticos de relevância, destacam-se alguns pontos em relação ao questionário de qualidade de vida SF 36, assim como para o estado cognitivo avaliado pelo Mini Mental (MEEM) e alguns pontos como memória e compreensão para o questionário MIF.

Embora os resultados encontrados na pesquisa mostrem-se eficazes para ambas as técnicas, mesmo com tempo reduzido de intervenções, sugere que haja nos estudos com tempo superior a fim de entender os efeitos das técnicas aplicadas a longo prazo.

Espera-se que os resultados desta pesquisa sirvam de estímulo para outros estudos e, assim, surjam maiores possibilidades para compreender o processo do envelhecimento frente à institucionalização, seus impactos e suas relações.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAN, V. D.; JARAMILLO, A. L.; JUSTEL, N. Benefits of Music Therapy in the Quality of Life of Older Adults. **Rev. Cienc. Salud. Bogotá**, Colombia, v.17, n.3, p. 9-19, septiembre-diciembre de 2019.
- AGUIAR, A. P.; MACRI R. Promovendo a qualidade de vida dos idosos através da arteterapia. **R. pesq.: cuid. fundam.** n. 2 (supl.), p.710 – 713, 2010.
- AGUIAR, B. M.; SILVA, P. O.; VIEIRA, M. A.; COSTA, F. M.; CARNEIRO, J. A. Evaluation of functional disability and associated factors in the elderly. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.22, n.2, p.163-180, 2019.
- ALMEIDA, C. R.; ONATIVIA, A. C. A arteterapia e o enriquecimento emocional da terceira idade [Dissertação de Mestrado], Universidade de Santo Amaro, 2018
- ARAÚJO, L. S; ASSIS, S. C; BELCHIOR, A. C. S. Avaliação da funcionalidade de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral por meio da escala MIF. **Fisioterapia Brasil**, v.19. n. 5 (supl), p. 208- 217, 2018.
- BASTOS, F. F.; BORBA, J. M. P. Terapia assistida por animais (TAA) e a psicologia: um estudo fenomenológico das diferentes modalidades de vínculos entre humanos e demais animais na terapêutica. **Rev. Ambivalências**, v.6, n.11, p. 242 – 267, 2018.
- BERNARDO, L. D; RAYMUNDO, T. M. Ambiente físico e social no processo de intervenção terapêutico ocupacional para idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 463-477, 2018.
- BORGES, J. E. S., CAMELIER, A. A.; OLIVEIRA, L. V. F.; BRANDÃO, G. S. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos da comunidade: um estudo observacional. **Rev. Pesqui. Fisioter.**, Salvador, Fevereiro, v.9, n.1, p.74-84, 2019.
- BRUTTI, B. et al. Diabete Mellitus: definição, diagnóstico, tratamento e mortalidade no Brasil, Rio Grande do Sul e Santa Maria, no período de 2010 a 2014. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 2, n. 4, p. 3174-3182, 2019.
- COLUSSI, E. L.; PICHLER, N. A.; GROCHOT, L. Percepções de idosos e familiares acerca do envelhecimento. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p.157-180, 2019.
- CARDOSO, E; DIETRICH, T. P; SOUZA, A. P. Envelhecimento da população e desigualdade. **Work Paper. FGV.** v. 1, n. 501, p. 1-69, 2019.
- CONFORTIN, S. C.; MENECHINI, V.; ONO, L. M.; GARCIA, K. C.; SCHNEIDER, I. J. C.; d'ORSI, E.; BARBOSA, A. R. Indicadores antropométricos associados à demência em idosos de Florianópolis – SC, Brasil: Estudo EpiFloripa Idoso. **Temas livres free themes. Univ. Fed. Santa Catarina**, p. 2317–2325, 2019.

COSTA, L. P. D.; KELLERMANN, M.; PERANZONI, V. C.; RODRIGUES, M. C. G.; ARRUDA, A. C.; SILVA, C. N. A eficácia biopsicossocial das terapias assistidas por Animais: cinesioterapia e equoterapia. **Revista Di@logus**, Cruz Alta, v. 7, n. 2, p. 51-62, maio/agos, 2018.

COSTA, S. M. M; SANTOS, N. B. Mobilização social e princípios de envelhecimento ativo como estratégias de redução de vulnerabilidades das pessoas idosas. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 20, n. 3, p. 33-39, 2018.

DANTAS, E. H. M; SANTOS, C. A. S. Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade. **UNOESC**. v. 1, p. 283-313, 2017.

FALCÃO, D.; BRAZ, M.; GARCIA, C.; SANTOS, G.; YASSUDA, M.; CACHIONE, M.; NUNES, P.; FLORENZA, O. Atenção psicogerontológica aos cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 19, n. 2, p. 377-389, 2018.

FIGUEIREDO, M. C. C. M.; FERREIRA, F. A.; NUNES, E. S. C.; ARAÚJO, A. M.; ARAÚJO, P. E.; SOUZA, G. P.; DAMASO, C. R. Idosos institucionalizados: decisão e consequências nas relações familiares. **Revista Kairós-Gerontologia**, v.21, n.2, p. 241-252, 2018.

FLEUTTI, M. T.; FHON, J. R. S.; OLIVEIRA, A. P.; CHIQUITO, L. M. O.; MARQUES, S. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.21, n.1, p. 62-71, 2018.

FREIRE, N. S. A.; CRUZ, M. V.; GUEDES, J. M.; CAMPOS, L. M.; SILVA, D. C. S.; LOPES, W. J. P.; LOPES, F. M. M.; MENDES, B. R. Perfil sociodemográfico e de adoecimento de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência: estudo observacional. **Revista Kairós-Gerontologia**. v. 21, n. 2, p. 227-240, 2018.

GUERRA, F; CANELLO, R. Descompensação do DPOC – Revisão de Literatura. **REVISTAS UNIPLAC**, v. 1, n.1, p.1-4 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional 2015**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>>. Acesso em: dezembro, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção Populacional 2018 - 2060**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>>. Acesso em: dezembro, 2019.

JORGE, S. S.; BARBOSA, M. J. B.; WOSIACHI, M. F. Contribuições das intervenções assistidas por animais para o desenvolvimento de crianças. **PUBVET**, v. 12, n. 11, p. 1-9, 2018.

JÚNIOR, G. S.; RODRIGUES, M. I. B.; PASSOS, K. G.; PORTELA, O. T.; ALONSO, A. C.; BALASCO, A. G. S. Cognição prejudicada de idosos em instituições de longa permanência pública de São Paulo. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 3, p. 339-348, 2019.

LEITE, J. K. S.; SORES, J. O.; SANTOS, C. P.; LIMA, B. S. S. Musicoterapia como método para o fortalecimento das relações entre idosos abrigados em institutos de longa permanência. **GEP NEWS**, v. 2, n. 2, p. 108-113, 2018.

LIMA, A. S.; SOUZA, M. B. Os benefícios apresentados na utilização da terapia assistida por animais: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.12, n.10, P. 1-18, 2018.

LIPPERT, A. K.; FERNANDES, F. S.; JERÔNIMO, R. N. T.; GOMES, K. M. Avaliação de depressão, ansiedade e nível cognitivo em idosos de uma instituição no município de Criciúma, Santa Catarina. **Revista Inova Saúde, Criciúma**, v. 6, n.2, p.1-16, dez., 2017.

LOPES, H. F. Hipertensão arterial: aspectos fisiopatológicos, estresse psicossocial e preferência por alimentos. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. São Paulo, v. 3, n.4, p. 382-384, 2019.

MACENA, W. G; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. Alterações fisiológicas de decorrentes do envelhecimento. **Revista Mocaicum**, v.1, n. 1 p. 223-237, 2018.

MANDRÁ, P. P.; MORETTI, T. C. F.; AVEZUM, L. A.; KUROIISHI, R. C. S. Terapia assistida por animais: revisão sistemática da literatura. **Rev. CODAS**, v .31, n. 3, p. 1-13, 2019.

MASSA, K. H. C; DUARTE, Y. A. O.; FILHO, A. D. P. C. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 105-114, 2019.

MENDONÇA, M. A.; MARINHO, M. S.; SANTANA, E. S.; CHAVES, R. N.; OLIVEIRA, A. S.; LOPES, A. O. S.; REIS, L. A. Avaliação da qualidade de vida de idosos dependentes no município de Vitória da Conquista/BA. **Fisioterapia Brasil**, v. 19, n. 5, p. 624-630, 2018.

MENEZES, J. N. R.; COSTA, M.P.M.; IWATA, A.C.N.S.; ARAÚJO, P.M.; OLIVIERA, L.G.; SOUZA, C.G.D.; FERNANDES, P.H.P.D. A Visão do Idoso Sobre o Seu Processo de Envelhecimento. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 8–12, 2018.

OLIVEIRA, F. A.; SOUSA, F.S.; CAVALVANTE, S.L.; COUTO, A.R.M.; ALMEIDA, A.N.S.; BRANCO, M.F.C.C. Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosos para promoção do autocuidado em saúde. **R. Eletr. de Extensão**, Florianópolis, v. 15, n. 28, p. 137-150, 2018.

OLIVEIRA, M. A. P.; PARENTE, R. C. M. Entendendo Ensaios Clínicos Randomizados. **Bras. J. Video-Sur**, v. 3, n. 4, p. 176-180, 2010.

OLIVEIRA, V. S.; MALA, P. C. G. G. S.; SANTOS, J.; SOUSA, M. N. A. Análise dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: estudo com

colaboradores de uma instituição privada. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 1, p. 1-12 2017.

OLIVEIRA, I. B. S.; PONTE, A. B. M. Práticas integrativas e complementares: experiências na rede de atenção psicossocial de Belém/Pará. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.**, Belém, v. 11, n. 3, p. 32-44, 2019.

ORSINI, M.; MORENO, A.M.; CASTRI, R.; BASTOS, V.H.; FIORELLI, R.; ROQUE, G.; AZIZI, M.A.A. Interdisciplinaridade em cuidados paliativos em neurologia: um olhar para o idoso. **Fisioterapia Brasil**, v.20, n.6, p.819-822

PALOSKI, L. H.; SCHUTZ, P.K.L.; SANTOS, E.L.M.; ARGIMON, I.I.L.; IRIGARAY, T.Q. Efeitos da Terapia Assistida por Animais na Qualidade de Vida de Idosos: uma Revisão Sistemática. **Contextos Clínicos**, v. 11, n. 2, p. 174-183, 2018.

PORTELLA, M. R.; ORMEZZANO, G. Arte-terapia no cuidado gerontológico: reflexões sobre vivências criativas na velhice e na educação. **Revista Transdisciplinar de Gerontologia**. v. 1, n. 2, p. 100-104, 2010.

PERANZONI, V.C.; CUNHA, A.; SILVA, C.N.; KELLERMANN, M. **As terapias assistidas por animais como facilitadora do desenvolvimento social**. Anais do III Congresso Internacional Uma Nova Pedagogia para a Sociedade Futura, 2018.

PEREIRA, M. P. B.; MARINHO, G. E.; AFUSO, P. G. Práticas alternativas, complementares e integrativas em saúde na cidade de Campina Grande-PB: caracterização do setor privado de prestação de serviços. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.15, n. 33, p. 54 - 66, 2019.

QUEIROZ, R. S.; CAMACHO, A. C. L. F.; GURGEL, J. L.; ASSIS, C. R. C.; SANTOS, L. M.; SANTOS, M. L. S. C. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 21, n. 2, p. 210-219, 2018.

REIS, B. O.; ESTEVES, L. R; GRECO, R. M. Avanços e desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares no brasil. **Rev. APS**, v. 3, p. 355–354, 2018.

SÁ, G. G. M.; SANTOS. A. M. R. Independência funcional de idosos que sofreram queda: estudo de seguimento. **Rev. Bras. Enferm.** v. 72, n. 6, p.1795-802, 2019.

SANTOS, J. L. F.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Condições pregressas e saúde no estudo “Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento” (SABE). **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 2, n. 21, p. 1-15, 2019.

SAINTRAIN, M. V. L.; BANDEIRA, C.B.; NOBRE, M.A.; SANDRIN, R.L.P. Idosos com depressão: uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1-7, 2018.

SAPIN, C. F.; LIMA, C.M.; SILVA, E.P.; SCHMALFUSS, M.M.; NOBRE, M.O. **Pet terapia: a terapia do afeto**. Anais do 10º salão internacional de ensino, pesquisa e

extensão – SIEPE. Universidade Federal do Pampa. Santana do livramento, 6 a 8 de novembro de 2018.

SILVA, F. L. C; SANTANA, W. R; RODRIGUES, T. S. Envelhecimento ativo: o papel da fisioterapia na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa. **Rev. UNINGÁ**, v. 56, n. 4, p. 134-144, 2019.

SILVA, S. C; SILVA, G. R; SANTOS, N. A. R. O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **Rev. Educ. Amb. Sau.** v. 8, n. 1, p. 1-14, 2018.

SILVA, J. C. A.; MASCIMENTO, A.L.S.; MENDONÇA, A.C.S.; SILVA, L.N.; CAVALCANTE, T.B. Análise comparativa do nível de dependência funcional de idosos submetidos a artroplastia parcial de quadril e artroplastia total de quadril. **Rev. Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas**, Pelotas, v. 4, n. 2, p.1-2, 2019.

SOUZA, S.F. **Do lamento à esperança: melhorando a qualidade de vida de idosos institucionalizados por meio da arteterapia.** Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. Belo Horizonte, 2016.

SOUZA, A. N. V; MARQUETTE, F. R. envelhecimento da população brasileira: avanço legislativo e o compromisso social. **Revista Univap**, v.24, n.45 (edição especial), p. 1-14 2018.

TEIXEIRA, A. S. F.; VASCONCELOS, K. R. C.; FREIRE, R. F. análise comparativa da capacidade funcional e mobilidade de idosos institucionalizados e não institucionalizados na cidade de Maceió/AL. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 5, n. 3, p. 127-138, 2019.

TORMAN, V. B. L.; COSTER, R.; RIBOLDI, J. Normality of variables: diagnosis methods and comparison of some nonparametric tests by simulation. **Rev HCPA**, v. 32, n. 2, p. 227-234, 2012.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Funcionalidade e nível de ansiedade em idosos institucionalizados sob práticas alternativas complementares”.

CAEE Nº 89477618.1.0000.5196

Nome da Pesquisadora responsável: **Jucélia Gonçalves Ferreira de Almeida**

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá avaliar o estado emocional dos idosos, mediante avaliação psicológica, seguida de intervenção fisioterapêutica e atuação da Terapia assistida por animais com a presença do cão, com o objetivo de minimizar os impactos causados pelo processo de institucionalização

Sua participação é importante, porém você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento antes de concordar.

Envolvimento na pesquisa: A pesquisa será realizada por um período de março de 2019 a dezembro de 2019, que compreenderá na triagem dos participantes quanto ao estado emocional, com avaliação psicológica. Após essa etapa haverá a inclusão da atuação fisioterapêutica com intervenções semanais após avaliação e identificação da necessidade, com o objetivo de manter e/ou reestabelecer a funcionalidade, e a terapia assistida por animais com a presença de um cão devidamente treinado para o contato com os participantes. Antes de todos os atendimentos serão mensurados sinais vitais (pressão arterial, saturação periférica de oxigênio, batimentos cardíacos), assim como será realizado teste Schimer que medirá o nível de produção a lágrima, associado ao estado emocional; ao final dos atendimentos será medido novamente todos os sinais para avaliarmos o comportamento dos participantes. Todas as informações coletadas durante a pesquisa serão mantidas em absoluto sigilo, assim como a identificação da instituição, nome dos participantes.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em

Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Riscos, desconfortos e benefícios: a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, contudo poderá ocorrer possível constrangimento durante a realização dos questionários, mesmo sendo respondido de forma individualizada e reforçado o critério do sigilo das informações; desconforto com a presença do cão e ainda dificuldade em adaptação às intervenções fisioterapêuticas. Os resultados permitirão avaliar se o contato com animais trará benefícios na melhoria da qualidade de vida dos idosos, contribuindo de forma positiva aos questionamentos relativos ao estado emocional e funcional. Todos os procedimentos serão realizados obedecendo aos critérios de segurança necessários para manter a integridade dos participantes, respeitando as limitações. Todas as intervenções não gerarão custos aos participantes, ficando sob a responsabilidade dos pesquisadores assistência imediata e integral durante o período da realização da pesquisa.

Confidencialidade: é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, mesmo após o término da pesquisa. Somente os pesquisadores terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados. As informações estarão de posse dos pesquisadores em arquivos digitalizados, bem como documentos impressos, não disponibilizando acesso a terceiros.

É garantido ainda que você terá acesso aos resultados com os pesquisadores. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com os pesquisadores do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, que serão assinadas e rubricadas em todas as páginas uma das quais ficará com o(a) senhor(a) e a outra com o(s) pesquisador(es).

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

_____, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Impressão
digital

Nome de testemunha (quando aplicável na pesquisa)

Nome de testemunha (quando aplicável na pesquisa)

Nome do Responsável Legal (quando aplicável na pesquisa)

Assinatura do Representante Legal (quando aplicável na pesquisa)

Nome do Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE

Assinatura do Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE

Pesquisador Responsável: Jucélia Gonçalves Ferreira de Almeida, Rua 01, 314 Bairro Alto sa Maravilha, E-mail: jufisioterapia2014@gmail.com, Telefone: (87) 98841-8259.

Demais pesquisadores da equipe de pesquisa: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria, Telefone: (87) 99101-7377.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIVASF

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF

Av. José de Sá Maniçoba, S/N – Centro - Petrolina/PE – Prédio da Reitoria – 2º andar

Telefone do Comitê: (87) 2101-6896 - E-mail: cep@univasf.edu.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIVASF) é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que visa defender e proteger o bem-estar dos indivíduos que participam de pesquisas científicas.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do (s) pesquisador (a) (es).

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Sujeito (ou responsável)

APÊNDICE B

Registro Fotográfico das Intervenções na Instituição de Longa Permanência no período de março de 2019 a agosto de 2019 – Petrolina (PE)

Registos das intervenções com a Terapia Assistida por Animais (TAA) – Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE).



Fonte: Própria autora, 2019.

APÊNDICE C

Registos fotográfico das intervenções com Atividades Lúdicas (TAA) com Idosos Institucionalizados. Em A, oficina com massa de modelar. Em B, oficina com pintura com tinta. Em C, pintura com lápis de cor e caneta hidrográfica. Em D, colagem de figuras – Petrolina (PE).



Fonte: Própria autora, 2019.

APÊNDICE D
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO
PROJETO ACONCHEGO

Nome: _____
_____/_____/_____

Data:

Sexo: _____ Idade: _____

Escolaridade:

() Analfabeto () 1 – 11 anos de estudo () >11 anos de estudo

Diagnóstico Médico:

Tempo de Institucionalização:

Motivos da Institucionalização:

Jucélia Gonçalves Ferreira de Almeida

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE E



Projeto Aconchego

Mestrado Ciências e Saúde Biológicas

ACOMPANHAMENTO SINAIS VITAIS CANTINHO DO ACONCHEGO

GRUPO:

Data:

	Participante	PA Antes	PA Depois	SPo2 Antes	SPO2 Depois	FC Antes	FC Depois
1							
2							
3							
4							
5							
6							

APÊNDICE F

Apêndice F – Tabela de Acompanhamento da Pressão Arterial (PA)/ Frequência Cardíaca (FC)/ Saturação Periférica de Oxigênio (SpO²) intervenções para grupo A (TAA) de idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

Intervenção	Ẋ PA Antes (mmHg)	Ẋ PA Após (mmHg)	Ẋ PA Geral (mmHg)	Ẋ FC Antes (Bpm)	Ẋ FC Após (Bpm)	Ẋ FC Geral (Bpm)	Ẋ SpO ² Antes (%)	Ẋ SpO ² Após (%)	Ẋ SpO ² Geral (%)
1 ^a	123 X 83	120 X 83	122 X 83	68	68	68	97	98	98
2 ^a	119 X 83	123 X 78	121 x 81	81	81	81	90	98	94
3 ^a	113 x 73	121 x 80	117 x 77	80	93	87	96	98	97
4 ^a	112 x 70	114 x 71	113 x 71	84	78	81	90	94	92
5 ^a	125 x 76	127 x 72	126 x 74	78	78	78	93	97	95
6 ^a	114 x 76	114 x 75	114 x 75	71	76	74	97	97	97
7 ^a	112 x 73	121 x 76	117 x 75	75	74	75	97	97	97
8 ^a	118 x 69	126 x 80	122 x 75	78	69	74	95	97	96
9 ^a	130 x 67	114x 68	117 x 68	84	78	81	95	94	94
10 ^a	116 x 71	120 x 74	118 x 73	85	78	82	94	97	95
Ẋ Geral	118 x 74	120 x 76 ↑	119 x 75	78	77 ↓	78	94	97 ↑	96

Ẋ - Média aritmética simples

*Parâmetro segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (140x90 mmHg).

** Parâmetro segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (60 – 100 Bpm) – Bpm – Batimentos por minuto.

***Parâmetros de cálculos que variam de 0 – 100.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE G

Apêndice G – Tabela de Acompanhamento da Pressão Arterial (PA)/ Frequência Cardíaca (FC)/ Saturação Periférica de Oxigênio (SpO²) intervenções para grupo B (Atividades Lúdicas) com idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

Intervenção	Ẋ PA Antes (mmHg)*	Ẋ PA Após (mmHg)*	Ẋ PA Geral (mmHg)*	Ẋ FC Antes (Bpm)**	Ẋ FC Após (Bpm)**	Ẋ FC Geral (Bpm)**	Ẋ SpO ² Antes (%)***	Ẋ SpO ² Após (%)***	Ẋ SpO ² Geral (%)***
1 ^a	128 X 64	119 X 66	124 X 65	72	75	74	98	99	99
2 ^a	118 X 69	128 X 70	123 X 70	80	71	76	96	97	97
3 ^a	127 X 69	120 X 73	124 X 71	80	78	79	99	96	98
4 ^a	134 X 76	125 X 70	130 X 73	77	70	74	97	98	98
5 ^a	129 X 73	129 X 81	129 X 77	70	75	73	96	96	96
6 ^a	127 X 79	121 X 76	124 X 78	77	77	77	98	99	99
7 ^a	128 X 76	124 X 80	126 X 78	74	77	76	98	98	98
8 ^a	132 X 82	122 X 74	127 X 78	78	76	77	96	99	98
9 ^a	129 X 73	123 X 69	126 X 71	68	70	69	98	97	98
10 ^a	133 X 82	132 X 79	133 X 81	74	73	74	95	97	96
Ẋ Geral	129 X 74	124 X 74↓	126 X 74	75	74↓	75	97	98↑	98

Ẋ - Média aritmética simples

*Parâmetro segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (140x90 mmHg).

** Parâmetro segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (60 – 100 Bpm) – Bpm – Batimentos por minuto.

***Parâmetros de cálculos que variam de 0 – 100.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE H

Apêndice H – Tabela de Acompanhamento da Pressão Arterial (PA)/ Frequência Cardíaca (FC)/ Saturação Periférica de Oxigênio (SpO²) intervenções para grupo C (Controle) de idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

Intervenção	Ẋ PA Antes (mmHg)*	Ẋ PA Após (mmHg)*	Ẋ PA Geral (mmHg)*	Ẋ FC Antes (Bpm)**	Ẋ FC Após (Bpm)**	Ẋ FC Geral (Bpm)**	Ẋ SpO ² Antes (%)***	Ẋ SpO ² Após (%)***	Ẋ SpO ² Geral (%)***
1 ^a	124 X 80	125 X 81	125 X 81	78	76	77	99	98	99
2 ^a	122 X 80	122 X 83	122 X 82	65	78	72	98	99	99
3 ^a	134 X 93	133 X 90	134 X 92	79	65	72	96	98	97
4 ^a	129 X 80	128 X 90	129 X 85	87	69	78	97	98	98
5 ^a	133 X 79	134 X 83	134 X 81	88	78	83	95	96	96
6 ^a	140 X 90	139 X 87	140 X 89	90	90	90	98	97	98
7 ^a	120 X 90	122 X 88	121 X 84	94	94	94	95	96	96
8 ^a	126 X 94	125 X 90	126 X 92	76	78	77	99	98	99
9 ^a	125 X 82	123 X 80	124 X 81	63	65	64	98	98	98
10 ^a	120 X 79	122 X 82	121 X 81	65	68	67	97	97	97
Ẋ Geral	127 X 84	127 X 85	127 X 85	79	76↓	77	97	98↑	97

Ẋ - Média aritmética simples

*Parâmetro segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (140x90 mmHg).

** Parâmetro segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (60 – 100 Bpm) – Bpm – Batimentos por minuto.

***Parâmetros de cálculos que variam de 0 – 100.

Fonte: Autores, 2019

APÊNDICE I

Apêndice I – Tabela dos dados do Questionário Qualidade de vida SF 36 – Grupo A (TAA) – ANTES e APÓS das Intervenções com idosos institucionalizados Petrolina (PE), 2019.

ESCORE	PONTUAÇÃO							
	0-25 Antes n (%)	0-25 Depois n (%)	26-50 Antes n (%)	26-50 Depois n (%)	51-75 Antes n (%)	51-75 Depois n (%)	76-100 Antes n (%)	76-100 Depois n (%)
Capacidade funcional	04 (33,3)	01 (8,3)↓	06 (50,0)	06 (50,0)	01 (8,3)	03 (25,0)↑	01 (8,3)	02 (16,7)↑
Aspetos físicos	0 (0,0)	0 (0,0)	04 (33,3)	04 (33,3)	06 (60,0)	06 (60,0)	02 (16,7)	02 (16,7)
Dor	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	05 (47,1)	05 (47,1)	03 (25,0)	03 (25,0)
Estado Geral de Saúde	05 (47,1)	05 (47,1)	04 (33,3)	04 (33,3)	02 (16,7)	02 (16,7)	01 (8,3)	01 (8,3)
Vitalidade	04 (33,3)	04 (33,3)	06 (50,0)	06 (50,0)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)
Aspectos Sociais	06 (50,0)	01 (8,3)↓	04 (33,3)	05 (47,1)↑	01 (8,3)	04 (33,3)↑	01 (8,3)	02 (16,7)↑
Aspectos Emocionais	05 (47,1)	02 (16,7)↓	05 (47,1)	06 (50,0)↑	02 (16,7)	02 (16,7)	0 (0,0)	02 (16,7)↑
Saúde Mental	05 (47,1)	02 (16,7)↓	05 (47,1)	07 (58,3)↑	02 (16,7)	02 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE J

Apêndice J – Tabela dos dados do Questionário Qualidade de vida SF 36 – Grupo B (Atividades lúdicas) – ANTES e DEPOIS das Intervenções com idosos institucionalizados Petrolina (PE), 2019.

ESCORE	PONTUAÇÃO							
	0-25	0-25	26-50	26-50	51-75	51-75	76-100	76-100
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
	n (%)	n (%)						
Capacidade funcional	04 (33,3)	03 (25,0) ↓	05 (41,7)	03 (25,0) ↓	02 (16,7)	03 (25,0) ↑	01 (8,3)	03 (25,0) ↑
Aspetos físicos	0 (0,0)	02 (16,7)	05 (41,7)	03 (25,0)	05 (41,7)	05 (41,7)	02 (16,6)	02 (16,6)
Dor	03 (25,0)	03 (25,0)	04 (33,3)	04 (33,3)	02 (16,7)	02 (16,7)	03 (25,0)	03 (25,0)
Estado Geral de Saúde	06 (50,0)	05 (41,7)	04 (33,3)	04 (33,3)	03 (35,0)	02 (16,7)	01 (8,3)	01 (8,3)
Vitalidade	05 (41,7)	05 (41,7)	06 (50,0)	06 (50,0)	01 (8,3)	01 (8,3)	0 (0,0)	00 (0,0)
Aspectos Sociais	07 (58,3)	04 (33,3) ↓	04 (33,3)	06 (50,0) ↑	01 (8,3)	02 (16,7) ↑	0 (0,0)	02 (16,7) ↑
Aspectos Emocionais	06 (50,0)	03 (25,0) ↓	04 (33,3)	01 (8,3) ↓	01 (8,3)	06 (50,0) ↑	01 (8,3)	02 (16,7) ↑
Saúde Mental	05 (41,7)	03 (25,0) ↓	04 (33,3)	03 (25,0) ↓	02 (16,7)	04 (33,3) ↑	01 (8,3)	02 (16,7) ↑

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE K

Apêndice K – Tabela dos dados do Questionário Qualidade de vida SF 36 – Grupo C (Controle) – INICIAL E FINAL com idosos institucionalizados Petrolina (PE), 2019.

ESCORE	PONTUAÇÃO							
	0-25	0-25	26-50	26-50	51-75	51-75	76-100	76-100
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Capacidade funcional	04 (33,3)	04 (25,0)	04 (33,3)	04 (25,0)	02 (16,7)	02 (25,0)	02 (16,7)	02 (25,0)
Aspetos físicos	02 (16,7)	02 (16,7)	04 (33,3)	04 (25,0)	06 (50,0)	06 (41,7)	00 (0,0)	00 (0,0)
Dor	03 (25,0)	03 (25,0)	03 (25,0)	03 (25,0)	03 (25,0)	03 (25,0)	03 (25,0)	03 (25,0)
Estado Geral de Saúde	02 (16,7)	05 (41,7)↑	03 (33,3)	05 (41,7)↑	04 (33,3)	01 (8,3)↓	03 (25,0)	01 (8,3)↓
Vitalidade	05 (41,7)	05 (41,7)	06 (50,0)	06 (50,0)	01 (8,3)	01 (8,3)	00 (0,0)	00 (0,0)
Aspectos Sociais	06 (50,0)	06 (50,0)	04 (33,3)	04 (33,3)	01 (8,3)	01 (16,7)	01 (8,3)	01 (16,6)
Aspectos Emocionais	06 (50,0)	08 (66,7)↑	02 (16,7)	04 (33,3)↑	03 (25,0)	00 (0,0)↓	01 (8,3)	00 (0,0)↓
Saúde Mental	06 (50,0)	08 (66,7)↑	03 (25,0)	03 (41,7)↑	02 (16,7)	01 (8,3)↓	01 (8,3)	00 (0,0)↓

* Avaliação realizada no mesmo período de avaliação dos grupos de intervenção (A e B).

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE L

Apêndice L - Tabela de avaliação da medida de independência funcional (MIF) – Grupo A (TAA), ANTES e APÓS das intervenções - idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

Domínios	Níveis de Assistência*							
	Mínima n (%)		Moderada n (%)		Máxima n (%)		Total n (%)	
	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
Auto Cuidado								
Alimentar-se	09 (75,0)	09 (75,0)	03 (25,0)	03 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Higiene Pessoal	08 (66,7)	08 (66,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)
Vestir-se	06 (50,0)	06 (50,0)	04 (33,3)	04 (33,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)
Uso do Banheiro	04 (33,3)	04 (33,3)	04 (33,3)	04 (33,3)	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)
Controle de Esfíncter								
Controle Vesical	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	08 (66,7)	08 (66,7)	02 (16,7)	02 (16,7)
Controle Intestinal	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	07 (58,3)	07 (58,3)	01 (8,3)	01 (8,3)
Mobilidade								
Transferência (leito/ cadeira/leito)	03 (25,0)	03 (25,0)	08 (66,7)	08 (66,7)	01 (8,3)	01 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Transferência (leito/vaso/ leito)	03 (25,0)	03 (25,0)	08 (66,7)	08 (66,7)	01 (8,3)	01 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Transferência (leito/chuveiro/leito)	02 (16,7)	02 (16,7)	09 (75,0)	09 (75,0)	01 (8,3)	01 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Locomoção								

Marcha/ Cadeira de rodas	02 (16,7)	02 (16,7)	06 (50,0)	06 (50,0)	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)
Escadas/Rampa	01 (8,3)	01 (8,3)	09 (75,0)	09 (75,0)	01 (8,3)	01 (8,3)	01(8,3)	01(8,3)
Comunicação								
Compreensão	01 (8,3)	04 (33,3)↑	03 (25,0)	05 (41,7)↑	04 (33,3)	02 (16,7)↓	04 (33,3)	01 (8,3)↓
Comunicação	01 (8,3)	06 (50,0)↑	02 (16,7)	04 (33,3)↑	06 (50,0)	02 (16,7)↓	03 (25,0)	00 (0,0)↓
Conhecimento Social								
Interação Social	02 (16,7)	05 (41,7)↑	02 (16,6)	05 (41,7)↑	05 (41,7)	02 (16,7)↓	03 (25,0)	00 (0,0)↓
Resolução de Problemas	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	06 (50,0)	06 (50,0)	04 (33,3)	04 (33,3)
Memória	0 (0,0)	07 (58,3)↑	01 (8,3)	03 (25,0)↑	08 (66,7)	01 (8,3)↓	03 (25,0)	01 (8,3)↓

*Os participantes da pesquisa não se enquadraram na modalidade de independência, necessitando de assistência nas atividades de vida diária. Pontuando apenas na modalidade de dependência modificada dos parâmetros da MIF.

Fonte: Autores, 2019

APÊNDICE M

Apêndice M - Tabela de avaliação da medida de independência funcional – MIF – Grupo B (Atividades Lúdicas), ANTES e APÓS das intervenções - idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

Domínios	Níveis de Assistência*							
	Mínima n (%)		Moderada n (%)		Máxima n (%)		Total n (%)	
	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
Auto Cuidado								
Alimentar-se	07 (58,3)	07 (58,3)	05 (41,7)	05 (41,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Higiene Pessoal	08 (66,6)	08 (66,6)	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Vestir-se	05 (41,7)	05 (41,7)	05 (41,7)	05 (41,7)	01 (8,3)	01 (8,3)	01(8,3)	01(8,3)
Uso do Banheiro	04 (33,3)	04 (33,3)	05 (41,7)	05 (41,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	01 (8,3)	01 (8,3)
Controle de Esfíncter								
Controle Vesical	02 (16,7)	02 (16,7)	01 (8,3)	01 (8,3)	07 (58,3)	07 (58,3)	02 (16,7)	02 (16,7)
Controle Intestinal	02 (16,7)	02 (16,7)	03 (25,0)	03 (25,0)	06 (50,0)	06 (50,0)	01 (8,3)	01 (8,3)
Mobilidade								
Transferência (leito/ cadeira/leito)	05 (41,7)	05 (41,7)	06 (50,0)	06 (50,0)	01 (8,3)	01 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Transferência (leito/vaso/ leito)	04 (33,3)	04 (33,3)	06 (50,0)	06 (50,0)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)
Transferência	03 (25,0)	03 (25,0)	07 (58,3)	07 (58,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)

(leito/chuveiro/leito)

Locomoção

Marcha/ Cadeira de rodas	01 (8,3)	03 (25,0)↑	06 (50,0)	06 (50,0)	03 (25,0)	02 (16,7) ↓	02 (16,7)	01 (8,3) ↓
Escadas/Rampa	02 (16,7)	02 (16,7)	08 (66,7)	08 (66,7)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)

Comunicação

Compreensão	01 (8,3)	04 (33,3) ↑	02 (16,7)	04 (33,3)↑	05 (41,7)	03 (25,0)↓	04 (33,3)	01 (8,3)↓
Comunicação	01 (8,3)	06 (50,0)↑	01 (8,3)	04 (33,3) ↑	07 (58,3)	02 (16,7) ↓	03 (25,0)	00 (0,0)↓

Conhecimento Social

Interação Social	01(8,3)	05 (41,7) ↑	02 (16,7)	05 (41,7) ↑	06 (50,0)	01 (8,3) ↓	03 (25,0)	01 (8,3) ↓
Resolução de Problemas	0 (0,0)	01 (8,3)↑	01 (8,3)	03 (25,0) ↑	07 (58,3)	05 (41,7) ↓	04 (33,3)	03 (25,0) ↓
Memória	0 (0,0)	04 (33,3)↑	01 (8,3)	04 (33,3)↑	08 (66,7)	02 (16,7) ↓	03 (25,0)	02 (16,7) ↓

*Os participantes da pesquisa não se enquadraram na modalidade de independência, necessitando de assistência nas atividades de vida diária. Pontuando apenas na modalidade de dependência modificada dos parâmetros da MIF.

Fonte: Autores, 2019

APÊNDICE N

Apêndice H – Tabela de avaliação da medida de independência funcional – MIF – Grupo C (Controle), INICIAL e FINAL das intervenções - idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

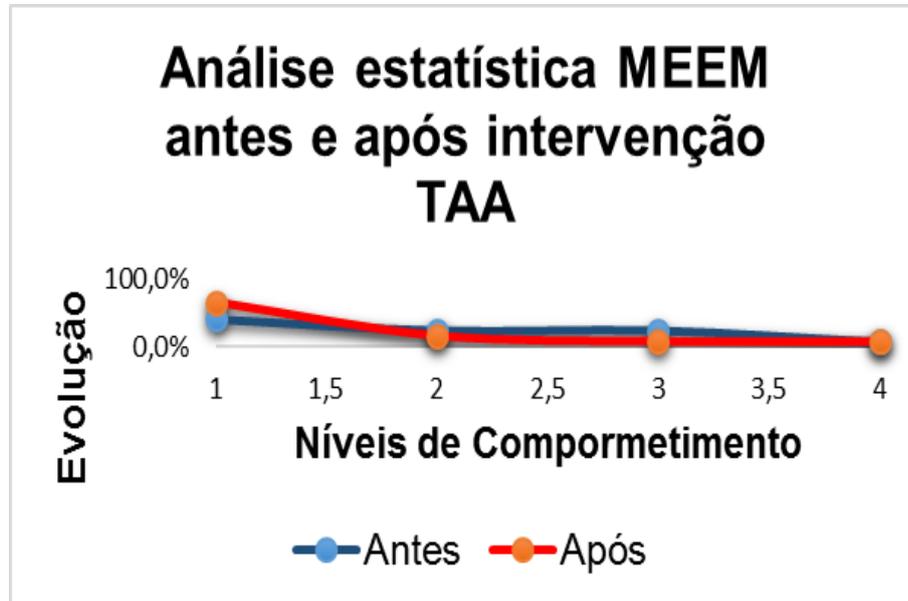
Domínios	Níveis de Assistência*							
	Mínima n (%)		Moderada n (%)		Máxima n (%)		Total n (%)	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Auto Cuidado								
Alimentar-se	08 (66,6)	08 (66,6)	03 (25,0)	03 (25,0)	01 (8,3)	01 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Higiene Pessoal	07 (58,3)	07 (58,3)	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	01 (8,3)	01 (8,3)
Vestir-se	05 (41,7)	05 (41,7)	05 (41,7)	05 (41,7)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)
Uso do Banheiro	06 (50,0)	06 (50,0)	04 (33,3)	04 (33,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)
Controle de Esfíncter								
Controle Vesical	03 (25,0)	03 (25,0)	01(8,3)	01(8,3)	05 (41,7)	05 (41,7)	03 (25,0)	03 (25,0)
Controle Intestinal	02 (16,7)	02 (16,7)	01 (8,3)	01 (8,3)	07 (8,3)	07 (8,3)	02 (16,7)	02 (16,7)
Mobilidade								
Transferência (leito/ cadeira/leito)	02 (16,7)	02 (16,7)	08 (66,7)	08 (66,7)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)
Transferência (leito/vaso/ leito)	01 (8,3)	01 (8,3)	08 (66,7)	08 (66,7)	02 (16,7)	02 (16,7)	01 (8,3)	01 (8,3)
Transferência (leito/chuveiro/leito)	02 (16,7)	02 (16,7)	07 (58,3)	07 (58,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	02 (16,7)	02 (16,7)
Locomoção								

Marcha/ Cadeira de rodas	05 (41,7)	05 (41,7)	04 (33,3)	04 (33,3)	02 (16,7)	02 (16,7)	01 (8,3)	01 (8,3)
Escadas/Rampa	02 (16,7)	02 (16,7)	07 (58,3)	07 (58,3)	02 (16,7)	02 (16,7)	01(8,3)	01(8,3)
Comunicação								
Compreensão	03 (25,0)	03 (25,0)	01 (8,3)	01 (8,3)	04 (33,3)	04 (33,3)	04 (33,3)	04 (33,3)
Comunicação	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	01 (8,3)	06 (50,0)	06 (50,0)	04 (33,3)	04 (33,3)
Conhecimento Social								
Interação Social	01 (8,3)	01 (8,3)	02 (16,7)	01 (8,3) ↓	06 (50,0)	07 (58,3) ↑	03 (25,0)	03 (25,0)
Resolução de Problemas	0 (0,0)	0 (0,0)	01 (8,3)	01 (8,3)	06 (50,0)	06 (50,0)	05 (41,7)	05 (41,7)
Memória	0 (0,0)	0 (0,0)	02 (16,7)	01 (8,3)	07 (58,3)	06 (50,0)	03 (25,0)	04 (33,3)

*Os participantes da pesquisa não se enquadraram na modalidade de independência, necessitando de assistência nas atividades de vida diária. Pontuando apenas na modalidade de dependência modificada dos parâmetros da MIF.

APÊNDICE O

Apêndice O - Representação gráfica da análise estatística do Mini mental (MEEM) antes e após as intervenções TAA com idosos institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

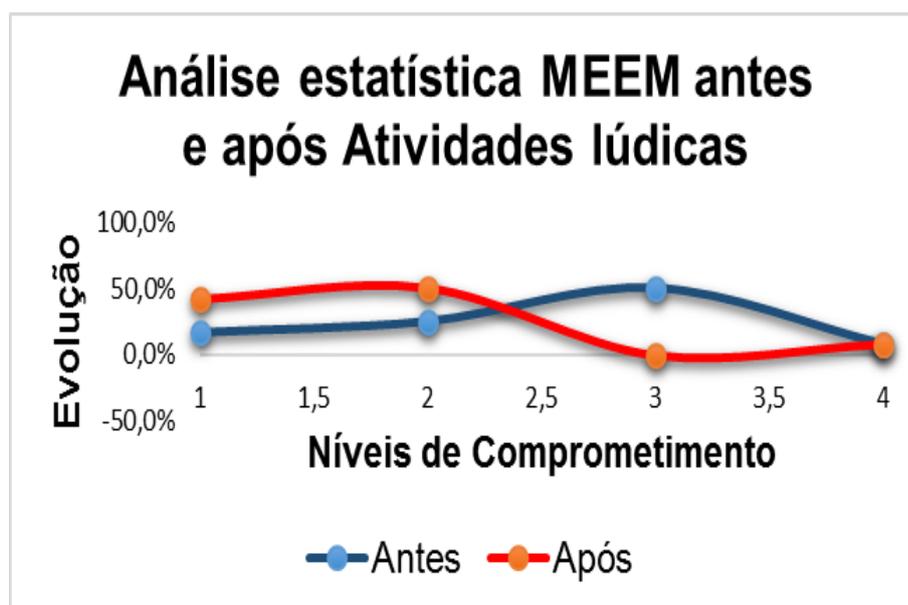


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo a ótimo) escalonados na esquerda para direita

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE P

Apêndice P – Representação gráfica da análise estatística do Mini Mental (MEEM) antes e após as intervenções Atividades lúdicas com Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

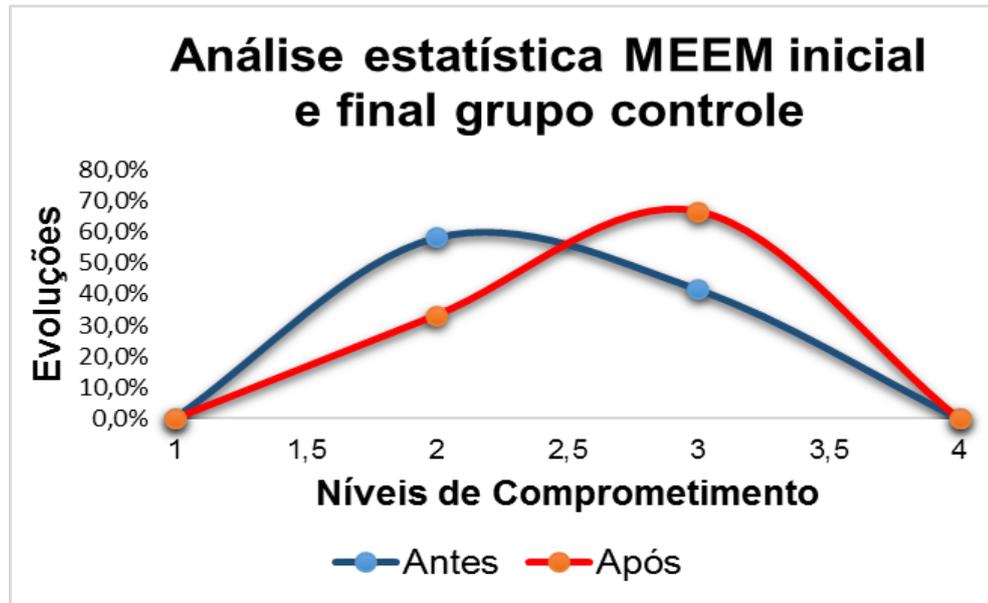


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (preservado à severo) escalonados da esquerda para direita

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE Q

Apêndice Q – Representação gráfica da análise estatística do Mini mental (MEEM) inicial e final grupo controle de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

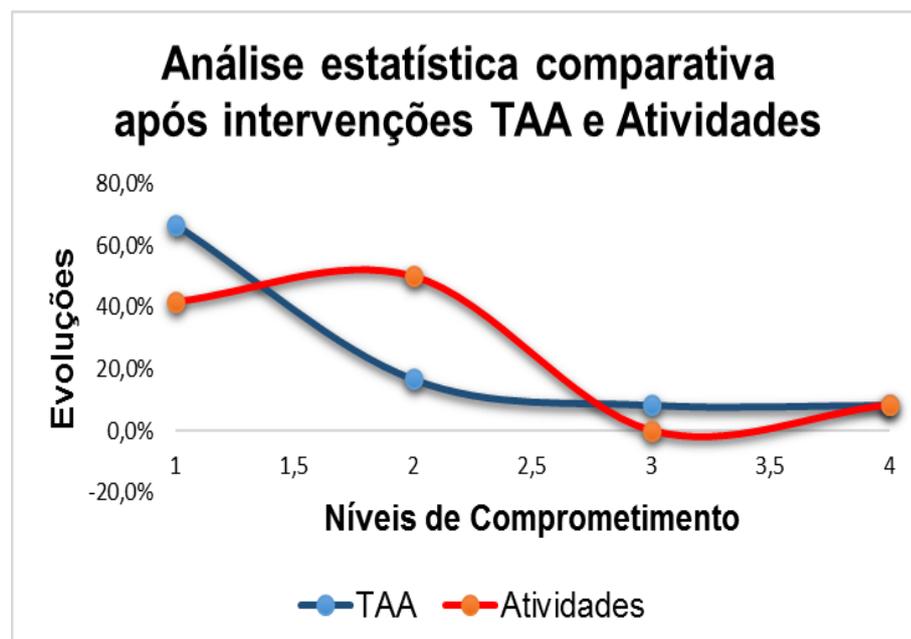


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (preservado à severo) escalonados da esquerda para direita

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE R

Apêndice R – Representação gráfica da análise estatística comparativa Mini mental (MEEM), após intervenção dos grupos TAA e Atividades lúdicas com Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

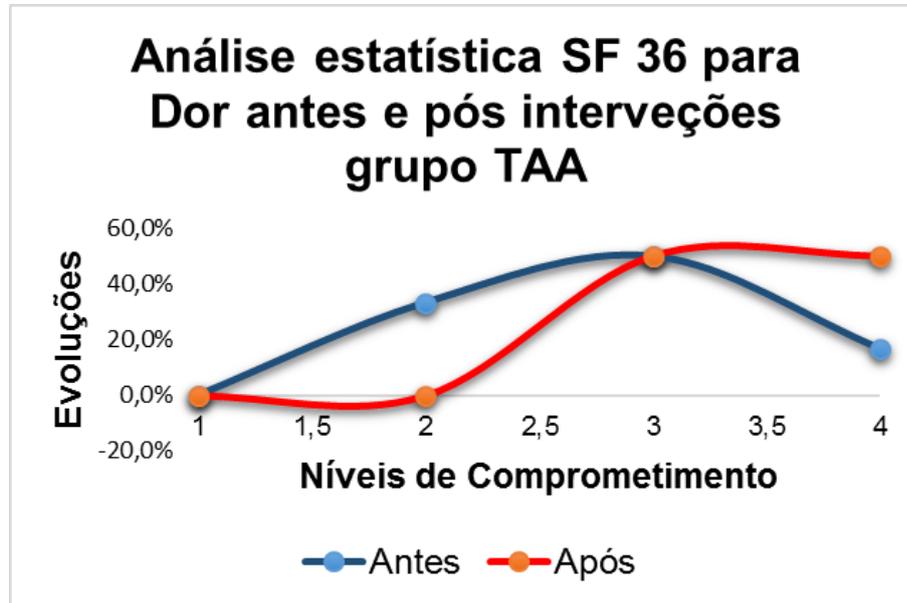


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (preservado à severo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE S

Apêndice S – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para Dor grupo TAA de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

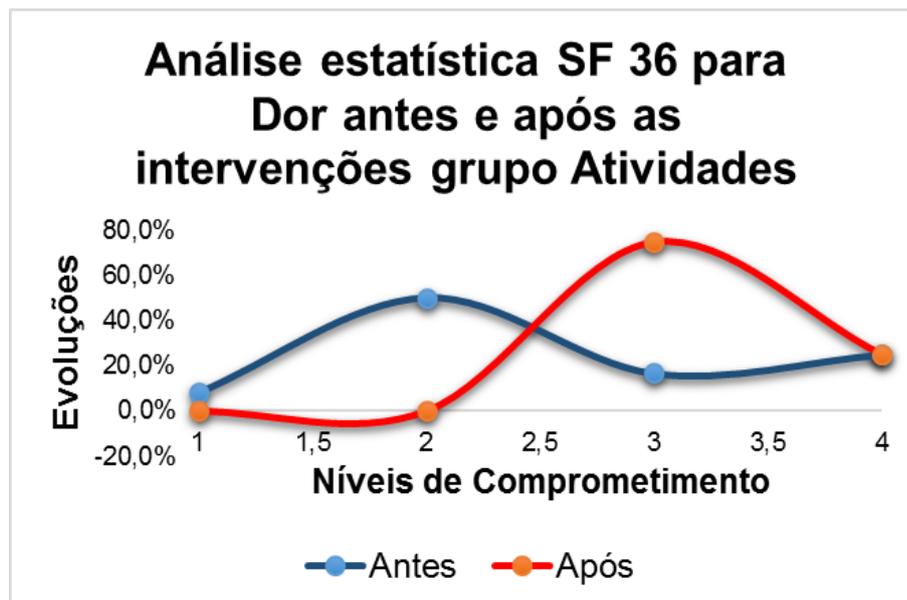


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE T

Apêndice T – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para dor grupo Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

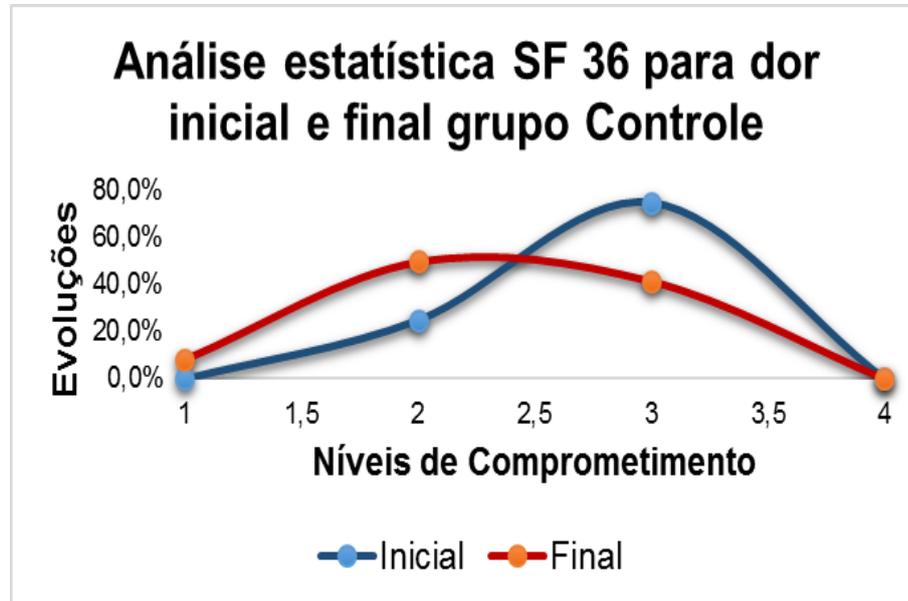


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE U

Apêndice U – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para dor grupo Controle de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

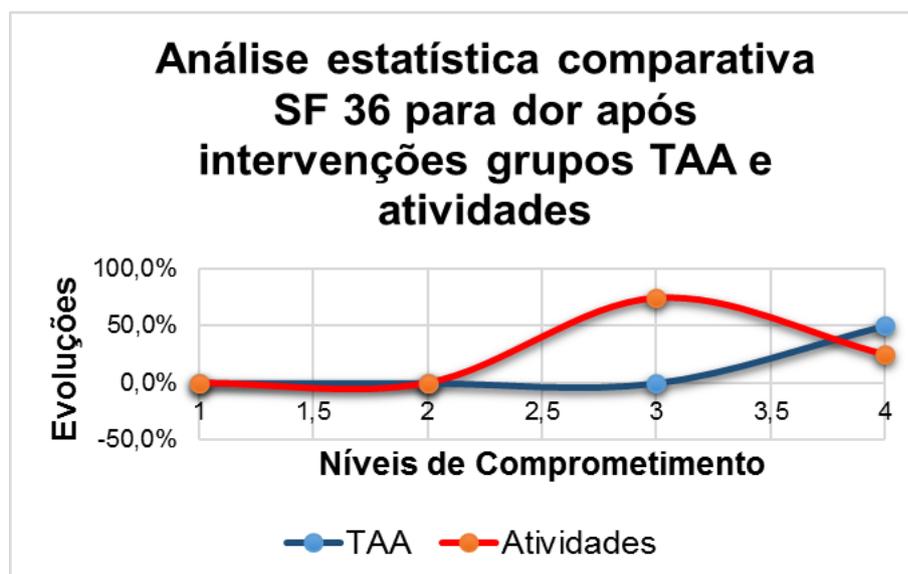


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE V

Apêndice V – Representação gráfica da análise estatística comparativa do Questionário SF 36 para dor grupos TAA e Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

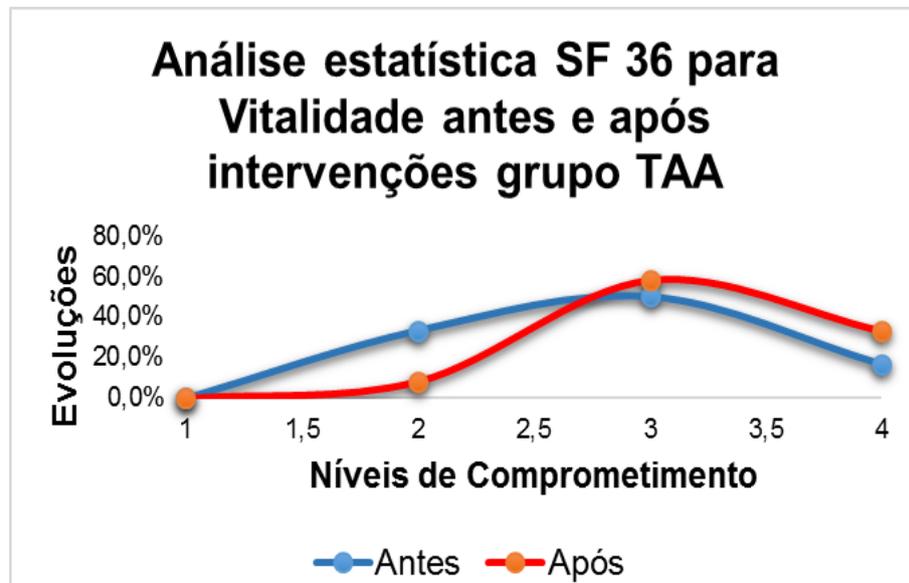


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE X

Apêndice X – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para Vitalidade grupo TAA de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

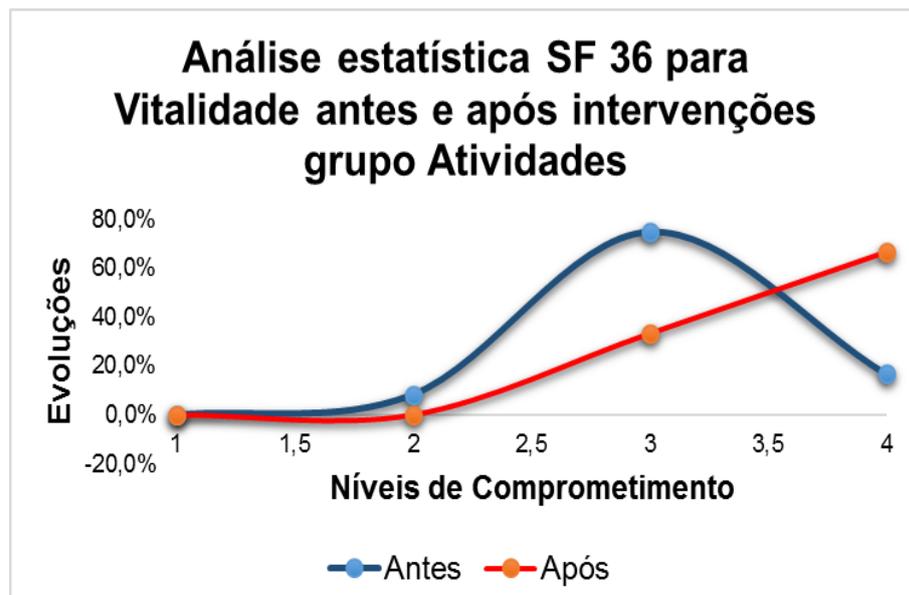


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE Z

Apêndice Z – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para Vitalidade grupo Atividades Lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

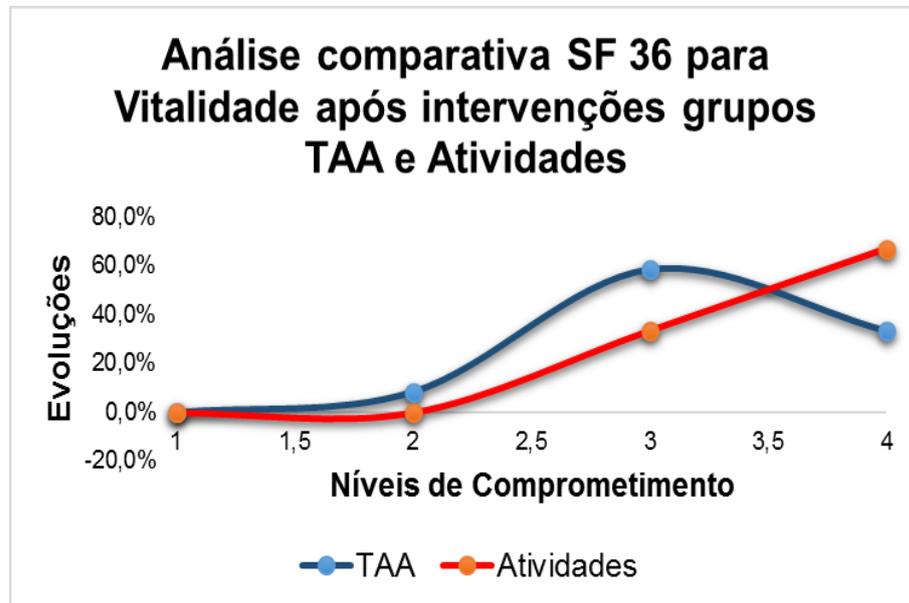


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AA

Apêndice AA – Representação gráfica da análise estatística comparativa do Questionário SF 36 para Vitalidade grupos TAA e Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

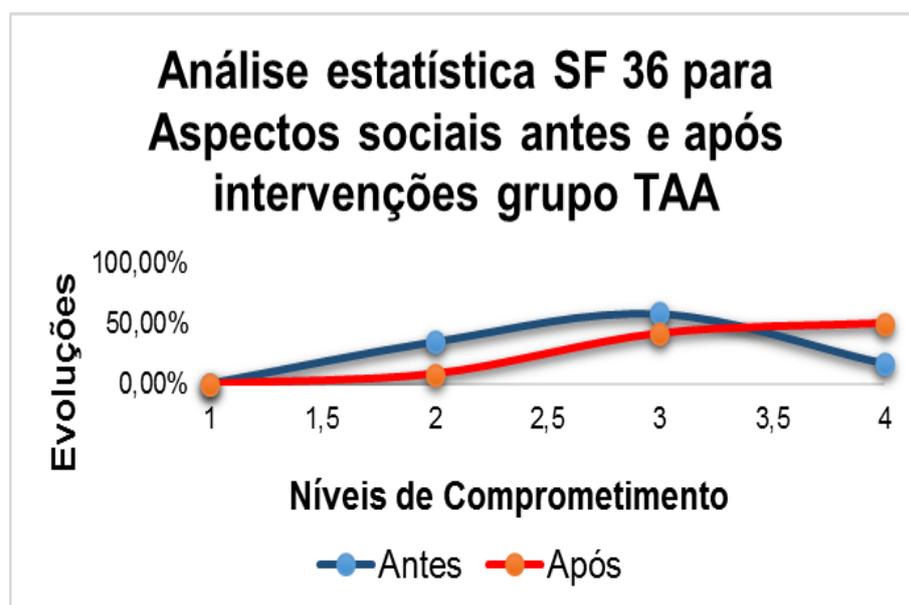


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AB

Apêndice AB – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para Aspectos sociais grupo TAA de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

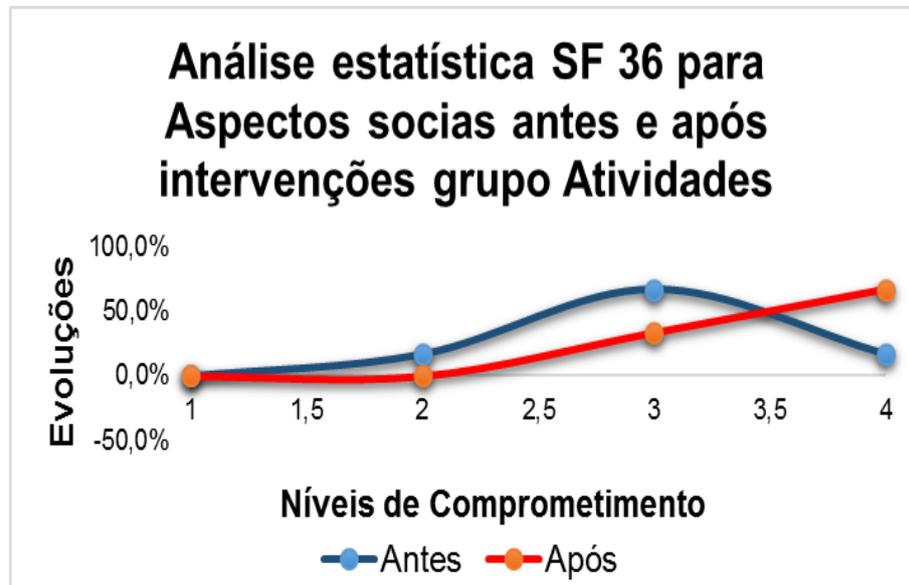


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AC

Apêndice AC – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para Aspectos sociais grupo Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

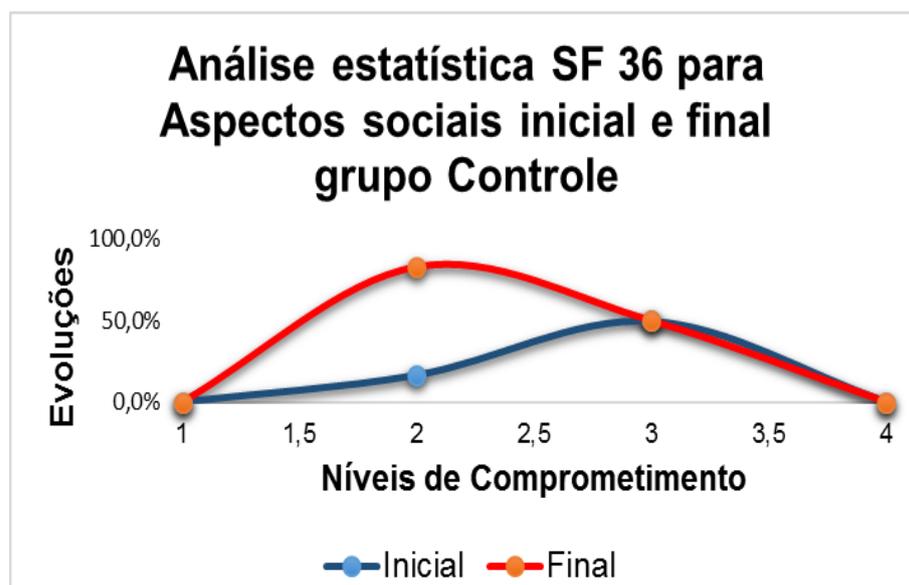


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AD

Apêndice AD – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para Aspectos sociais grupo Controle de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

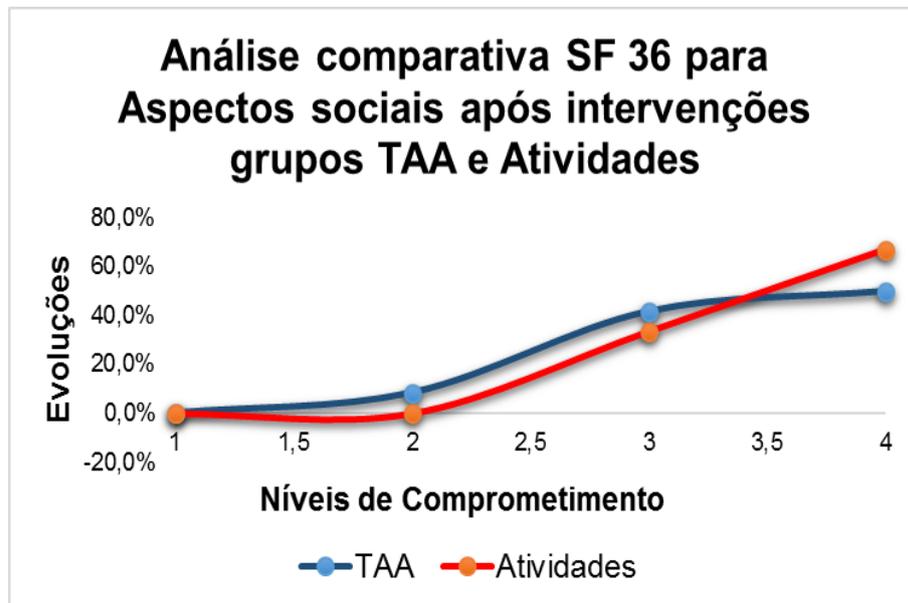


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AE

Apêndice AE – Representação gráfica da análise estatística comparativa do Questionário SF 36 para Aspectos sociais grupos TAA e Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

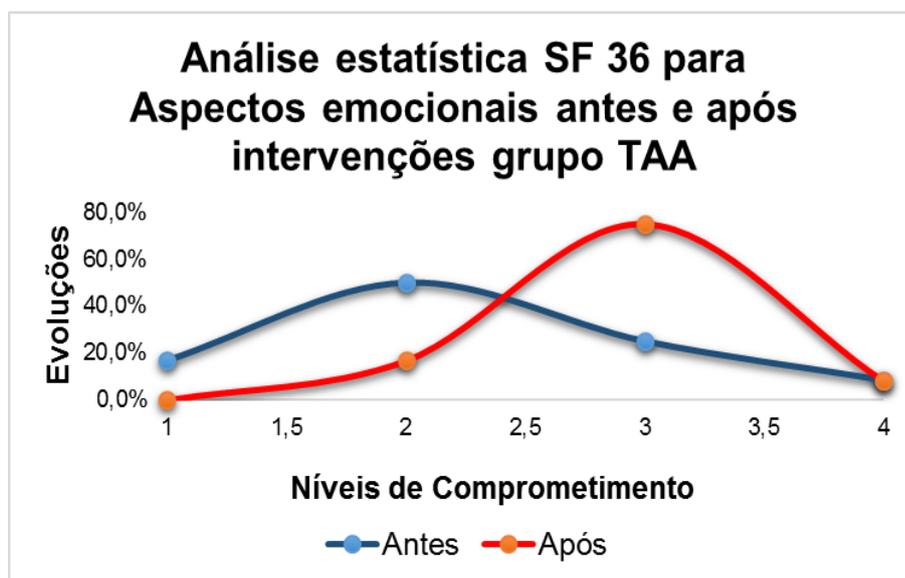


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AF

Apêndice AF – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para Aspectos emocionais grupo TAA de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

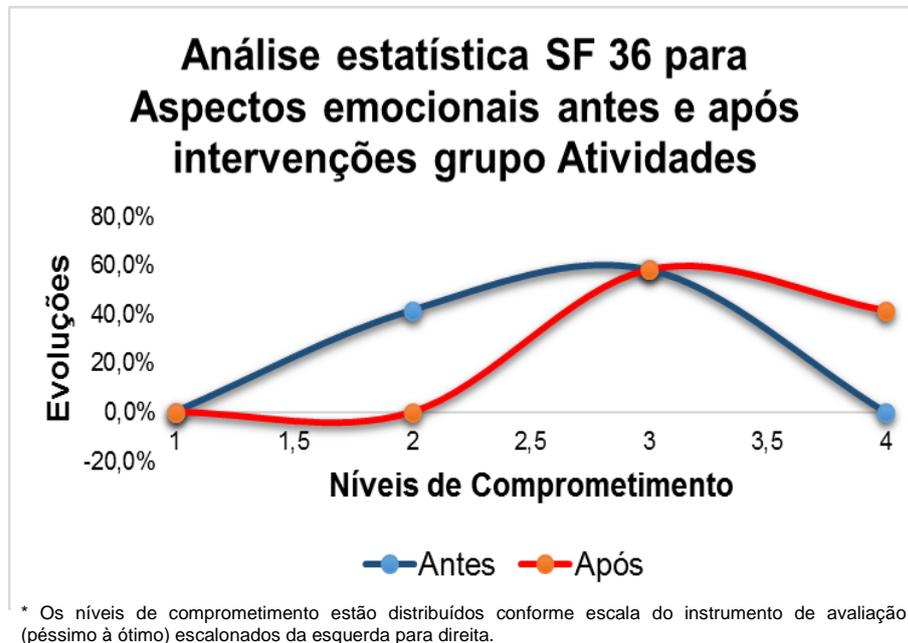


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AG

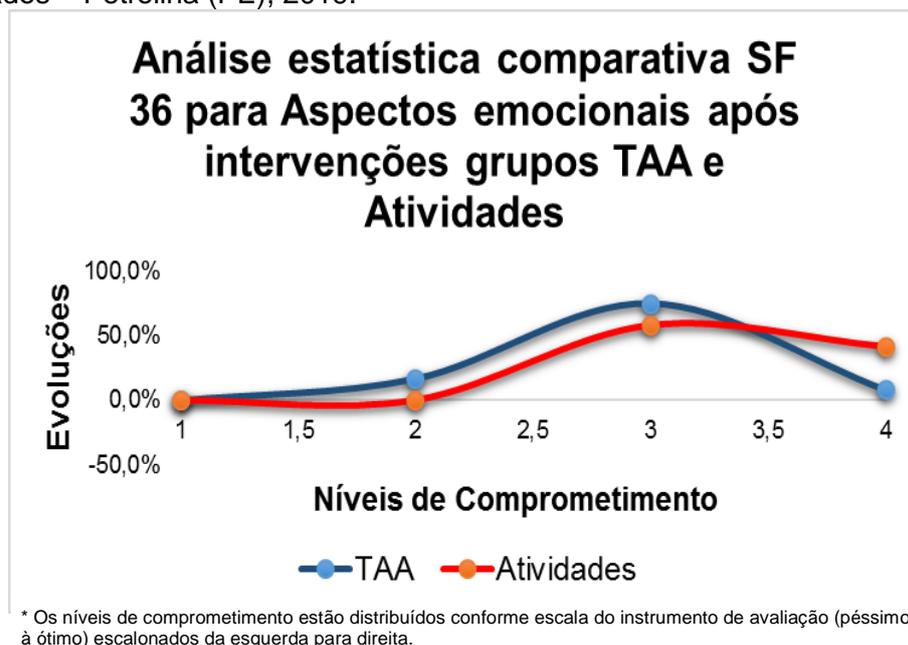
Apêndice AG – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para Aspectos emocionais grupo Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.



Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AH

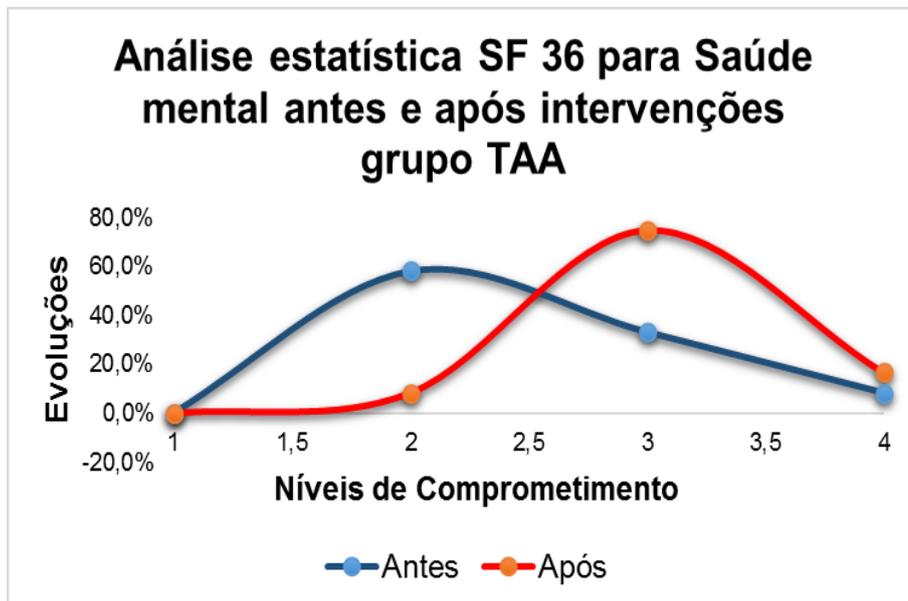
Apêndice AH – Representação gráfica da análise estatística comparativa do Questionário SF 36 para Aspectos emocionais grupos TAA e Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.



Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AI

Apêndice AI – Representação gráfica da análise estatística o Questionário SF 36 para Saúde mental grupo TAA de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

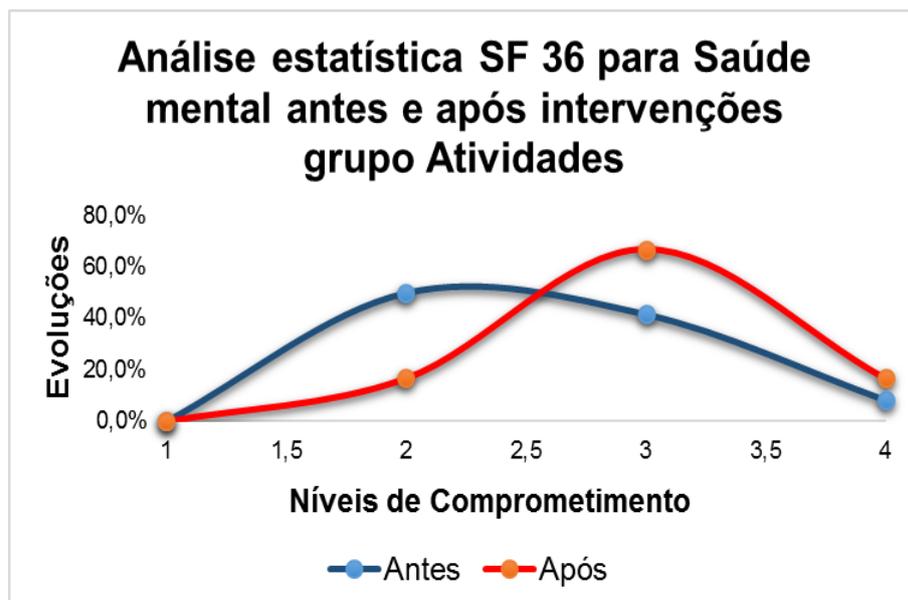


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AJ

Apêndice AJ – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para Saúde mental grupo Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

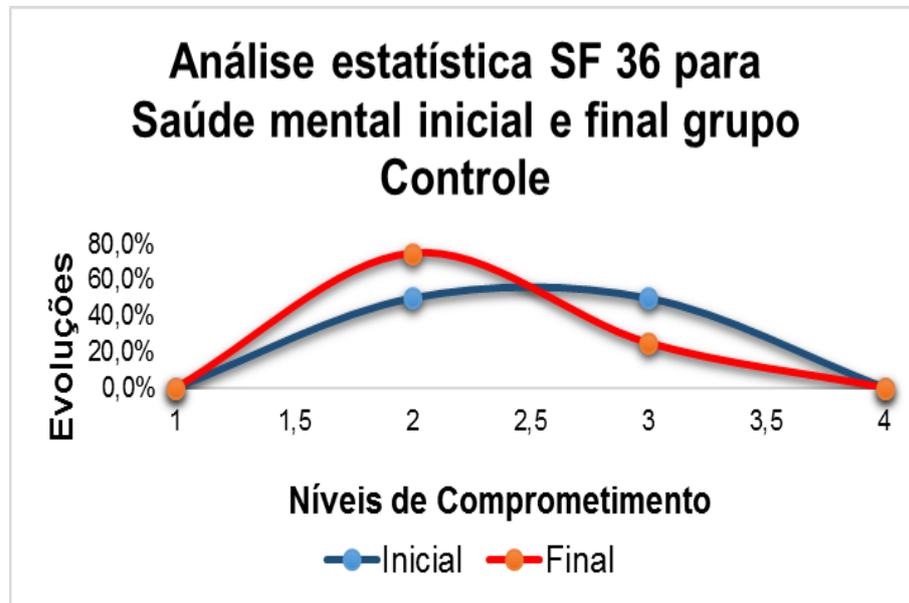


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AK

Apêndice AK – Representação gráfica da análise estatística do Questionário SF 36 para Saúde mental grupo Controle de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

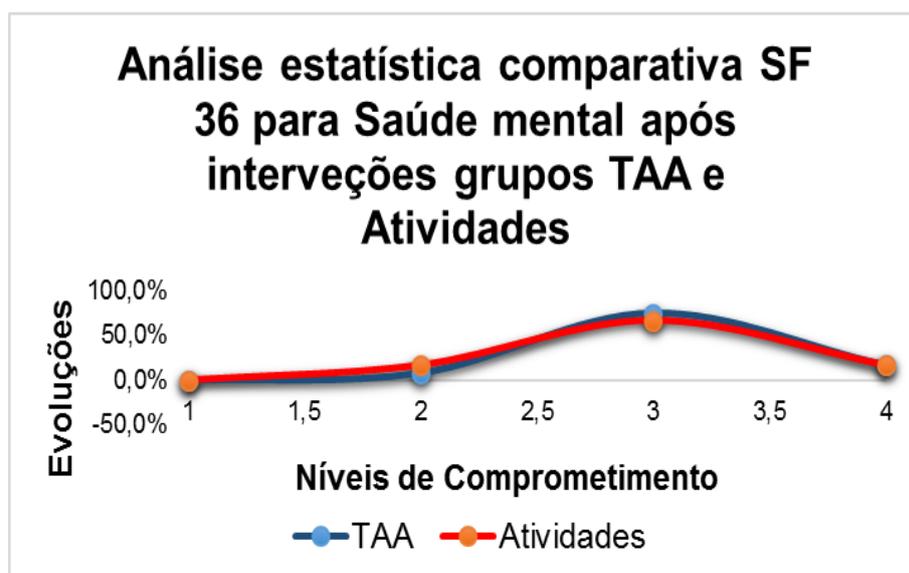


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AL

Apêndice AL – Representação gráfica da análise estatística comparativa do Questionário SF 36 para Saúde Mental grupos TAA e Atividades Lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

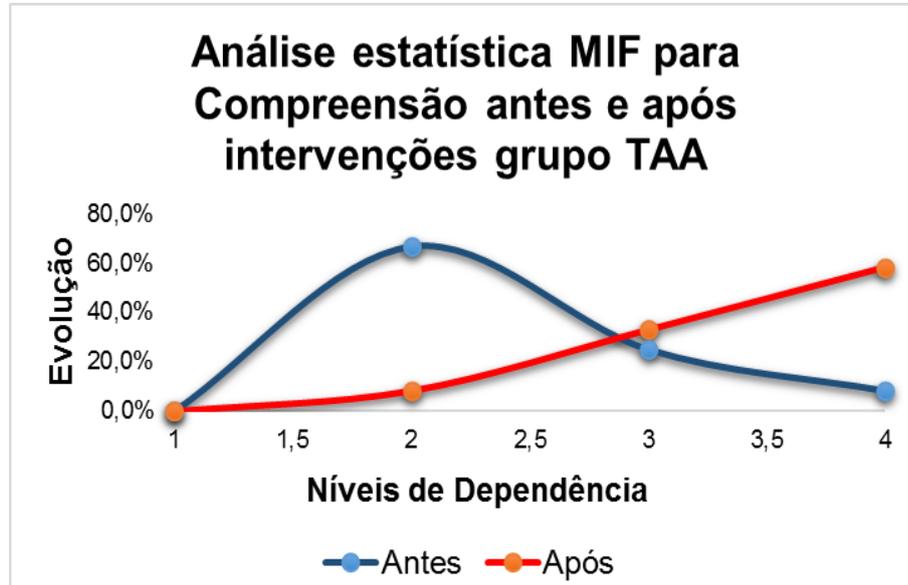


* Os níveis de comprometimento estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (péssimo à ótimo) escalonados da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AM

Apêndice AM – Representação gráfica da análise estatística da Medida de Independência Funcional (MIF) para Compreensão grupo TAA de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

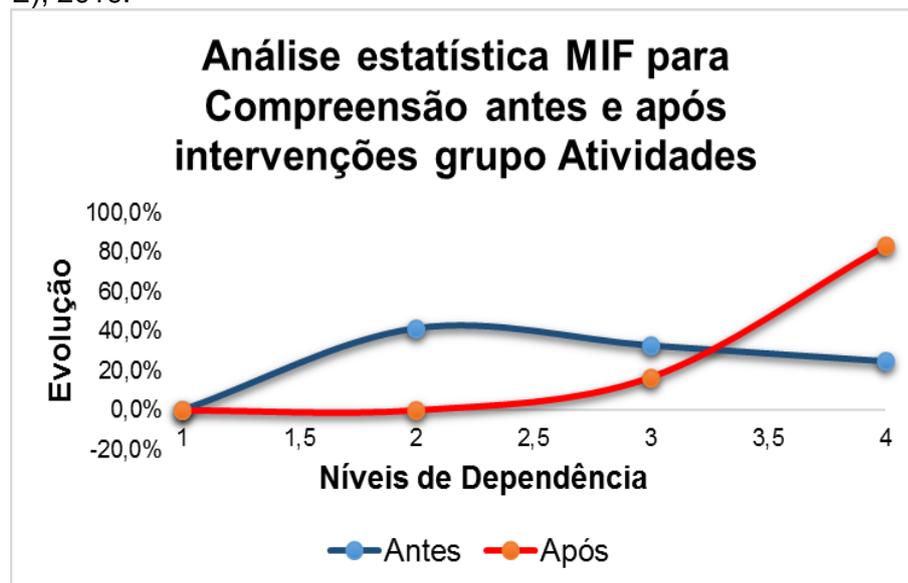


* Os níveis de dependência estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (mínimo à total). Para melhor visualização dos resultados os níveis de dependência estão escalonados na ordem inversa (total à mínima) da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019

APÊNDICE AN

Apêndice AN – Representação gráfica da análise estatística da Medida de independência funcional (MIF) para Compreensão grupo Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

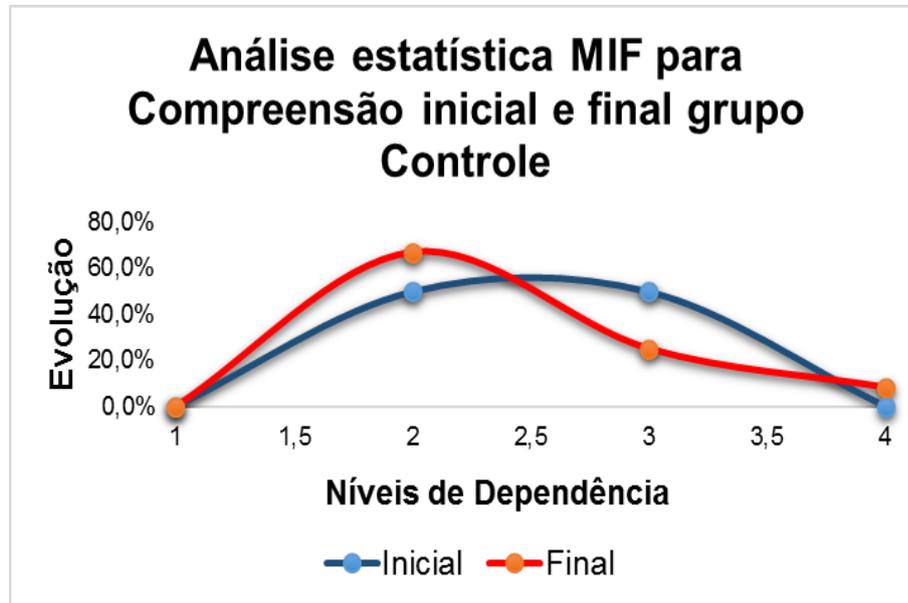


* Os níveis de dependência estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (mínimo à total). Para melhor visualização dos resultados os níveis de dependência estão escalonados na ordem inversa (total à mínima) da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019

APÊNDICE AO

Apêndice AO – Representação gráfica da análise estatística da Medida de independência funcional (MIF) para Compreensão grupo Controle de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

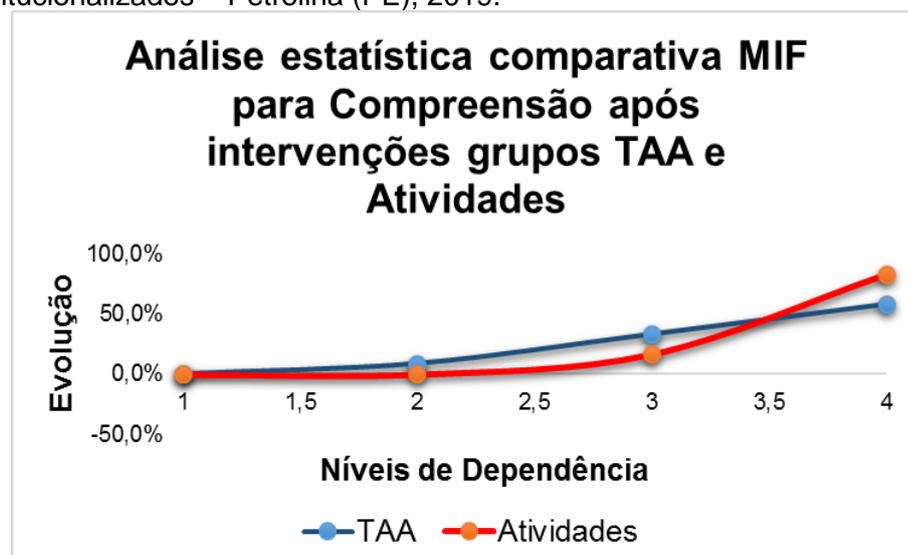


* Os níveis de dependência estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (mínimo à total). Para melhor visualização dos resultados os níveis de dependência estão escalonados na ordem inversa (total à mínima) da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019

APÊNDICE AP

Apêndice AP – Representação gráfica da análise estatística comparativa da Medida de Independência Funcional (MIF) para Compreensão grupos TAA e Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

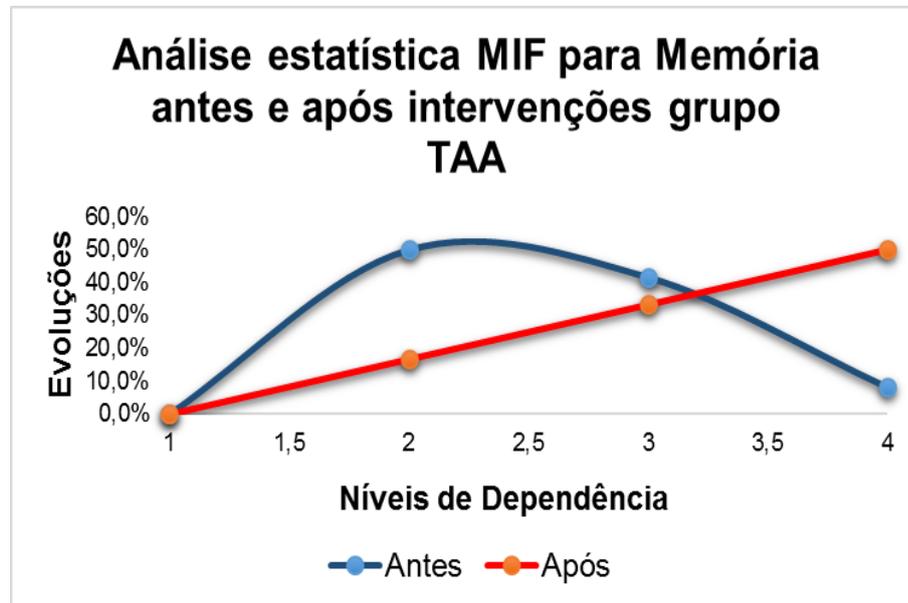


* Os níveis de dependência estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (mínimo à total). Para melhor visualização dos resultados os níveis de dependência estão escalonados na ordem inversa (total à mínima) da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AQ

Apêndice AQ – Representação gráfica da análise estatística da Medida de independência funcional (MIF) para Memória grupo TAA de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

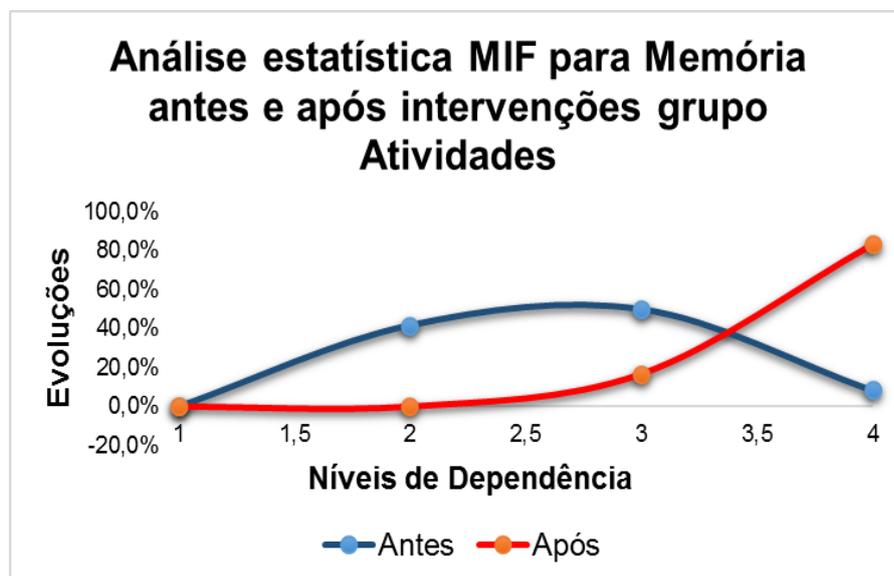


* Os níveis de dependência estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (mínimo à total). Para melhor visualização dos resultados os níveis de dependência estão escalonados na ordem inversa (total à mínima) da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AR

Apêndice AR – Representação gráfica da análise estatística da Medida de independência funcional (MIF) para Memória grupo Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.

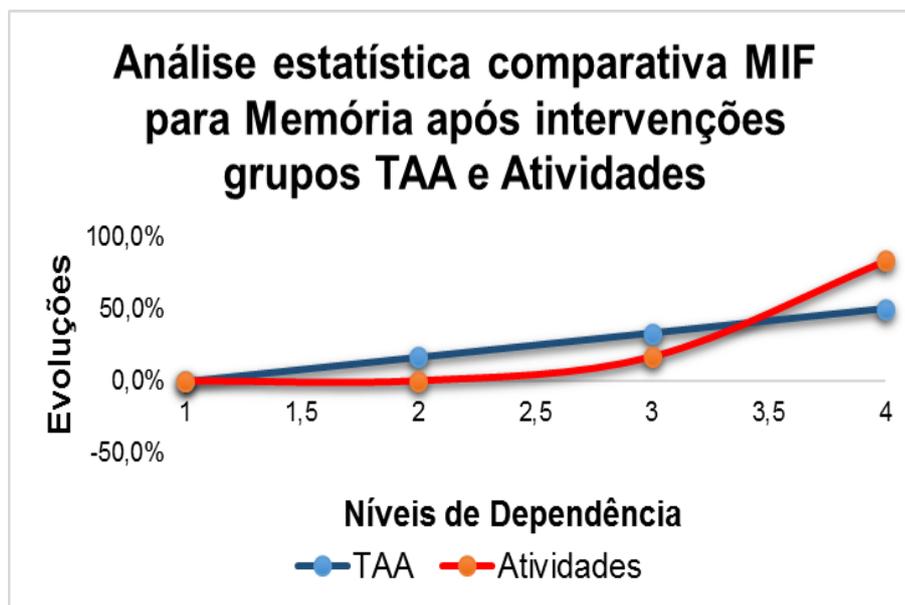


* Os níveis de dependência estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (mínimo à total). Para melhor visualização dos resultados os níveis de dependência estão escalonados na ordem inversa (total à mínima) da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019.

APÊNDICE AS

Apêndice AS – Representação gráfica da análise estatística comparativa da Medida de independência funcional (MIF) para Memória grupos TAA e Atividades lúdicas de Idosos Institucionalizados – Petrolina (PE), 2019.



* Os níveis de dependência estão distribuídos conforme escala do instrumento de avaliação (mínimo à total). Para melhor visualização dos resultados os níveis de dependência estão escalonados na ordem inversa (total à mínima) da esquerda para direita.

Fonte: Autores, 2019

ANEXO A

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

N Í V E I S	Independente 7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)		SEM ASSISTÊNCIA				
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%)		COM ASSISTÊNCIA				
Avaliação	Atividades	1° Av.	2° Av.	3° Av.			
	Autocuidado	Data	/ /	/ /	/ /		
A.	Alimentação						
B.	Higiene pessoal: apresentação e aparência.						
C.	Banho: lavar o corpo						
D.	Vestir: metade superior do corpo						
E.	Vestir: metade inferior do corpo						
F.	Utilização do vaso sanitário						
	Controle dos esfíncteres						
G.	Controle da urina: frequência de incontinência						
H.	Controle das fezes						
	Mobilidade						
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas						
J.	Transferências: vaso sanitário						
K.	Transferências: banheira ou chuveiro						
	Locomoção						
L.	Marcha/Cadeira de rodas	M		M		M	
		CR		CR		CR	
M.	Escadas						
	Comunicação						
N.	Compreensão	A		A		A	
		VI		VI		VI	
O.	Expressão	V		V		V	
		NV		NV		NV	
	Conhecimento Social						
P.	Interação Social						
Q.	Resolução de Problemas						
R.	Memória						
Total							
<p>OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1. Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal.</p>							

ANEXO B

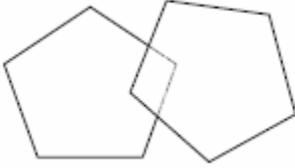
QUESTIONÁRIO MINI MENTAL - Adaptado

Nome do Paciente:

Data: ____/____/____

Analfabeto () Sim () Não

AVALIAÇÃO	NOTA	VALOR
ORIENTAÇÃO TEMPORAL		
. Que dia é hoje?		1
. Em que mês estamos?		1
. Em que ano estamos?		1
. Em que dia da semana estamos?		1
. Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
. Em que local nós estamos?		1
. Qual é o nome deste lugar?		1
. Em que cidade estamos?		1
. Em que estado estamos?		1
. Em que país estamos?		1
MEMORIA IMEDIATA		
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir, preste atenção, pois depois você terá que repeti-las novamente. (dê 1 ponto para cada palavra) Use palavras não relacionadas.		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
5 séries de subtrações de 7 (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir). Ou: Soletrar a palavra mundo ao contrário		5
EVOCAÇÃO		
Pergunte quais as três palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto para cada palavra)		3
NOMEAÇÃO		
Peça para o sujeito nomear dois objetos mostrados (1 ponto para cada objeto) – que sejam de conhecimento do paciente.		2
REPETIÇÃO		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. (considere somente se a repetição for perfeita)		1
COMANDO		
Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). (Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas)		3
LEITURA		
Mostre a frase escrita: FECHÉ OS OLHOS. E peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. (Não auxilie se		1

pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando)		
FRASE ESCRITA		
Peça ao indivíduo para escrever uma frase. (Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos)		1
CÓPIA DO DESENHO		
Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos.		1
		
TOTAL		

Considerar apto para ingressar no programa, pacientes com pontuação igual ou acima de 19, para analfabetos e pontuação igual ou acima de 24 para pessoas com escolaridade.

ANEXO C

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36 - Adaptado

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Definitivamente	A maioria	Não sei	A maioria	Definitiva-
--	-----------------	-----------	---------	-----------	-------------

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

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, a, d, i), o valor será mantido o mesmo</p>

Fase 2: Cálculo do Rã Escale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Varição (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados no quadro abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio:
$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Capacidade funcional:
$$\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
- Verificar a pontuação obtida nas questões correspondentes; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio:
$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Dor:
$$\frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO D

ESCALA BAI - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE				
Nome do paciente:				
Data de aplicação do instrumento:				
Possui diagnóstico de ansiedade? [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>] Não sabe [<input type="checkbox"/>] Sim. Desde quando? _____				
Já encontra-se em tratamento da ansiedade: [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>] Sim. Tempo de tratamento:_____				
Tratamento atual para ansiedade:				
Tratamentos prévios para ansiedade:				
BAI (INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK)				
Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.				
	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento	0	1	2	3
2. Sensação de calor	0	1	2	3

3. Tremores nas pernas	0	1	2	3
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5. Medo que aconteça o pior	0	1	2	3
6. Atordoado ou tonto	0	1	2	3
7. Palpitação ou aceleração do	0	1	2	3
8. Sem equilíbrio	0	1	2	3
9. Aterrorizado	0	1	2	3
10. Nervoso	0	1	2	3
11. Sensação de sufocação	0	1	2	3
12. Tremores nas mãos	0	1	2	3
13. Trêmulo	0	1	2	3
14. Medo de perder o controle	0	1	2	3
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Assustado	0	1	2	3
18. Indigestão ou desconforto no	0	1	2	3
19. Sensação de desmaio	0	1	2	3
20. Rosto afogueado	0	1	2	3
21. Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3
TOTAL:				

Interpretação do Escore Total do BAI	
Escore Total	Gravidade da ansiedade
0-7	Grau mínimo de ansiedade
8-15	Ansiedade leve
16-25	Ansiedade moderada
26-63	Ansiedade grave

ANEXO E



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Jucélia Gonçalves Ferreira de Almeida, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “Benefícios de ações interdisciplinares sobre o estado emocional de idosos institucionalizados”, que está sob a orientação do Prof. Marcelo Domingues de Faria cujo objetivo da pesquisa avaliar de que forma o estado emocional pode interferir na qualidade de vida de idosos institucionalizados.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Petrolina, 26 de abril de 2018.

Edvânia do N. S. Santos

Edvânia do Nascimento Souza Santos

Diretora

Edvânia do N. S. Santos
CPF: 287.507.048-77
Diretora

ANEXO F

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BENEFÍCIOS DE AÇÕES INTERDISCIPLINARES SOBRE O ESTADO EMOCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Pesquisador: JUCELIA GONCALVES FERREIRA DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89477618.1.0000.5196

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.785.543

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PETROLINA, 25 de Julho de 2018

Assinado por:
RODOLFO ARAUJO DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n

Bairro: Centro

CEP: 56.304-205

UF: PE

Município: PETROLINA

Telefone: (87)2101-6896

Fax: (87)2101-6896

E-mail: cedep@univasf.edu.br