

Relações familiares de idosos: estudo populacional

Family relationships of the elderly: a population-based study

DOI:10.34117/bjdv7n5-047

Recebimento dos originais: 04/04/2021

Aceitação para publicação: 04/05/2021

Ivania Vera

Enfermeira. Doutora em Enfermagem com ênfase à saúde do idoso (FEN/UFG). Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Instituto de Biotecnologia (IBiotec). Curso de Enfermagem. Pesquisadora e líder do Grupo de Pesquisa Gestão, Ensino e Cuidado em Saúde e Enfermagem (GENCSE). Orientadora no Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional Gestão Organizacional (UFG) Av. Lamartine Pinto de Avelar, 1120, Setor Universitário –CEP 75704-020. Catalão, GO, Brasil (64) 9 9645-1910
E-mail: ivaniavera@gmail.com

Roselma Lucchese

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo (EEUSP). Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Instituto de Biotecnologia (IBiotec). Curso de Enfermagem. Pesquisadora e líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinaridade em Ciências em Saúde (INCISA). Orientadora no Programa de Pós-Graduação –Mestrado Profissional Gestão Organizacional (UFG) Av. Lamartine Pinto de Avelar, 1120, Setor Universitário –CEP 75704-020. Catalão, GO, Brasil
E-mail: roselmalucchese@gmail.com

Adélia Yaeko Kyosen Nakatani

Doutora em Enfermagem pela USP Ribeirão Preto/SP.
Professora aposentada pela Universidade Federal de Goiás/UFG
E-mail: adeliafen@gmail.com

Geraldo Sadoyama

Biólogo. Doutor em Imunologia e Parasitologia. Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Instituto de Biotecnologia (IBiotec). Docente no Curso de Ciências Biológicas. Orientador no Programa de Pós-Graduação -Mestrado Profissional Gestão Organizacional (UFG/CAC)
E-mail: gsadoyama@yahoo.com.br

Valéria Pagotto

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Orientadora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG)
E-mail: valeriapagotto@gmail.com

Paulo Alexandre de Castro

Físico. Doutor em Física Básica. Docente no Curso de Física da Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Orientador no Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional Gestão Organizacional (UFG/CAC)
E-mail: padecastro@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores associados à funcionalidade familiar em idosos. **Métodos:** Estudo transversal, de base populacional conduzido com 824 idosos com idade igual ou superior a 60 anos de Goiânia (GO), Região Centro-Oeste do Brasil. Os dados foram coletados nos domicílios dos idosos, por meio de questionário estruturado e avaliação da funcionalidade familiar pelo instrumento APGAR de família, validado no Brasil. Análise multivariada por meio da regressão de *Poisson* foi utilizada para analisar os fatores associados à boa funcionalidade familiar nos participantes. **Resultados:** A prevalência de boa funcionalidade familiar nos idosos investigados foi de 81,9%. Os fatores associados positivamente à funcionalidade familiar foram idade, possuir Ensino Médio, receber renda e renda superior a três salários. Não ter cuidador, autoavaliação da saúde ruim/péssima, ausências de dor, osteoporose e neoplasias foram associadas negativamente à funcionalidade familiar. A presença de patologias/comorbidades e a ausência de cuidador alteraram a dinâmica familiar.

Palavras-Chave: Enfermagem, Enfermagem Geriátrica, Enfermagem em Saúde Pública, Idoso, Relações Familiares

ABSTRACT

Objective: Analyze the factors associated with family functioning in the elderly. **Methods:** Cross-sectional study, population-based conducted in 824 elderly aged above 60 years old of Goiânia, Goiás, Midwest Region of Brazil. The data were collected at the homes of the elderly, using a structured questionnaire and evaluation of family functionality by family APGAR, instrument validated in Brazil. Multivariate analysis using Poisson regression was used to analyze factors associated with good family functionality of the participants. **Results:** The prevalence of good family functioning in the elderly investigated was 81.9%. The factors positively associated with family functioning were age, have high school, receive income and receive income higher to three salaries. Not have caregiver, health self-evaluation poor/very poor, absence of pain, osteoporosis and neoplasia were associated negatively to the familiar functionality. The presence of diseases/comorbidities and absence of caregiver changes the family dynamics.

Keywords: Nursing, Geriatric Nursing, Public Health Nursing, Aged, Family Relationships

1 INTRODUÇÃO

A funcionalidade familiar tem relação intrínseca com o modo de viver no ambiente familiar dos membros que compõem a família, com o controle de doenças crônicas não transmissíveis e com a melhor qualidade de vida, sobretudo do idoso⁽¹⁻³⁾.

Uma família é considerada funcional quando há definição de tarefas ou funções claras e aceitas por seus membros, no auxílio à resolução de problemas, utilizando recursos próprios ou mobilizando recursos externos. Há predomínio de uma atmosfera saudável e harmoniosa, com possibilidade de crescimento de todos os envolvidos, ocupação de lugares e posições definidas e respeito às diferenças⁽⁴⁻⁵⁾.

Alterações na constituição familiar, nas relações familiares, bem como na divisão de tarefas afetam diretamente a funcionalidade familiar⁽⁶⁾. Essa funcionalidade pode ser alterada quando houver demandas de cuidado e se já existirem indícios de disfunção familiar, pois a necessidade de adaptabilidade a mudanças de papéis, o estresse, o desrespeito, a sobreposição na hierarquia, os ruídos na comunicação e não (re)organização do sistema familiar, a articulação de forças para resolução de problemas comprometem o relacionamento intrafamiliar^(5,7).

A avaliação da família, por meio do índice de APGAR da família, tem sido utilizada para identificação precoce da disfuncionalidade familiar, a partir da pessoa-índice, ou seja, idosos e cuidadores, na avaliação da qualidade de vida⁽⁷⁾; idosos com alterações cognitivas em contextos de vulnerabilidade social⁽⁸⁾; pessoas com doenças osteoarticulares⁽³⁾, inclusive em candidatos à cirurgia bariátrica⁽⁹⁾.

A disfuncionalidade familiar tem sido associada à insuficiência de atenção prestada a seus familiares com doenças crônicas não transmissíveis⁽³⁾, à solidão em pessoas com HIV/AIDS⁽¹⁰⁾, ao baixo apoio social e à sobrecarga de cuidadores de idosos⁽¹¹⁾, a sintomas depressivos em idosos⁽¹²⁾, bem como ao cuidado dispensado ao membro idoso⁽¹³⁾. Por outro lado, a boa funcionalidade familiar (BFF) com melhor qualidade de vida está associada a idosos de ambos os sexos, escolaridade mais elevada, autorrelato de boa saúde e ausência de sintomas depressivos⁽¹⁴⁾.

Estudos quanto às relações familiares e sua funcionalidade, quando há a presença de idosos, são necessários, especialmente diante de lacunas de conhecimentos científicos acerca do tema e na precisão de desenvolvimento de estratégias de fortalecimento da atenção domiciliar a essa população^(7,15). Diante do exposto e do desafio do envelhecimento populacional e do convívio intergeracional, este estudo objetivou analisar os fatores associados à funcionalidade familiar em idosos.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, recorte da pesquisa matriz intitulada *Situação de saúde da população idosa do Município de Goiânia/Goiás*, conduzido em idosos residentes de Goiânia, Estado de Goiás, Região Centro-Oeste do Brasil⁽¹⁶⁾. A partir da população idosa de Goiânia, realizou-se o cálculo amostral para a pesquisa matriz, considerando-se nível de confiança de 95%, nível de significância de 5%, frequência esperada de 30% para os agravos estudados no projeto matriz, precisão absoluta de 5%, efeito de desenho da amostra por conglomerados de 1,8 e acréscimo de

11% para possíveis perdas, resultando em uma amostra mínima necessária de 934 idosos⁽¹⁷⁾. O cálculo amostral foi realizado no sítio OpenEpi® versão 2.3.1.

Para seleção dos participantes, realizou-se amostragem probabilística por conglomerados, sorteando 56 setores censitários de um total de 912 estritamente urbanos. Para todos os setores, foi feito um sorteio para a definição do primeiro quarteirão e, neste, uma esquina para início da coleta de dados e, assim, a primeira residência. Foram excluídos os imóveis comerciais. Após seleção do imóvel, os idosos residentes no domicílio foram convidados a participar do estudo. Foi solicitada autorização do participante, em espaço reservado, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e aplicado o instrumento de avaliação da funcionalidade familiar (índice de APGAR da família), validado no Brasil⁽¹⁸⁾, além de um questionário estruturado sobre dados sociodemográficos e outros potenciais preditores para funcionalidade familiar, construído pelos pesquisadores. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2009 a abril de 2010. Um teste piloto prévio foi aplicado em setor censitário não sorteado.

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e residentes na área urbana de Goiânia. Idosos que se encontravam na residência, mas que não eram residentes fixos e questionários respondidos por cuidadores ou familiares foram excluídos. Ainda, questionários que não apresentavam todas as questões respondidas do índice de APGAR da família (variável de interesse) foram desconsiderados, uma vez que, por ser um instrumento que avalia a funcionalidade familiar por meio de cinco domínios, há necessidade de que todos estejam completos para classificação do escore.

Este estudo elegeu o índice de APGAR da família como ferramenta para a identificação precoce da disfuncionalidade familiar, por ser de fácil manuseio e interpretação⁽¹⁹⁾. O instrumento contém cinco domínios caracterizados pelas iniciais do acrônimo APGAR: *Adaptation* (Adaptação), *Partnership* (Companheirismo), *Growth* (Desenvolvimento), *Affection* (Afetividade) e *Resolve* (Capacidade Resolutiva). Esses domínios, respondidos pela pessoa-índice, nesse caso o idoso, aferem a capacidade de adaptação intrafamiliar e uso dos recursos disponíveis; a convivência/comunicação expressa na capacidade em dividir responsabilidade e decisões; o crescimento/desenvolvimento para a mudança de papéis no alcance da maturidade emocional; a afetividade recebida e disponibilizada aos membros familiares; e a capacidade resolutiva/tempo compartilhado juntos na unidade familiar. Para cada domínio há uma questão em que o respondente indica seu grau de satisfação numa escala

de zero a 10. A pontuação integral de zero a 4 indica uma família com elevada disfunção familiar (EDF); pontuação de 5 a 6 revela moderada disfuncionalidade familiar (MDF); e escores ≥ 7 sugerem uma família com -BFF^(5,18-20). Neste estudo, a variável desfecho foi dicotomizada em BFF, representada por escores ≥ 7 , e em disfuncionalidade familiar, representada pelos escores < 7 .

A consistência interna do índice de APGAR da família quanto aos domínios demonstrou capacidade em representar o fenômeno garantindo confiabilidade em suas propriedades psicométricas, com resultado alfa de 0,875 (prova de *Kruskal-Wallis*)⁽¹⁸⁾. O alfa de *Cronbach*, que estima a confiabilidade de um instrumento devendo ser $\geq 0,80$ ⁽²¹⁾, obteve neste estudo o valor de 0,932.

As variáveis de exposição incluíram: características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, filhos, possuir renda, renda familiar mensal e tipo de moradia); presença de cuidador; autoavaliação da saúde; queixa de dor; comorbidades autorreferidas (hipertensão arterial sistêmica - HAS, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, doença osteomuscular, osteoporose, neoplasias, déficit visual, déficit auditivo, antecedentes de acidente vascular encefálico - AVE e/ou infarto agudo do miocárdio - IAM); antecedentes de quedas; procura ao serviço de saúde; e hospitalização nos últimos 12 meses.

A análise dos dados foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Inicialmente, realizou-se análise descritiva. As variáveis categóricas foram expressas por frequência absoluta e relativa, e as contínuas por medidas de tendência central (média e desvio padrão - DP). A seguir, foi realizada análise univariada entre a BFF e as variáveis de exposição. Aquelas com valor de $p \leq 0,20$ nesta análise foi submetida em análise multivariada por meio do modelo de regressão de *Poisson*. A magnitude da associação foi expressa pela razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Os testes qui quadrado ou exato de *Fisher* foram utilizados para verificar as diferenças entre as proporções, considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (UFG), protocolo 050/2009. O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

3 RESULTADOS

Do total de idosos entrevistados pela pesquisa matriz (n=934), 824 (88,2%) responderam as 5 questões acerca do índice de APGAR da família. A prevalência de BFF foi de 81,9%. A disfuncionalidade familiar foi estimada em 18,1%, distribuídos em MDF (85; 10,3%) e EDF (64; 7,8%). A média do escore do instrumento foi de 8,64 pontos (DP $\pm 2,41$).

Segundo os domínios do índice de APGAR da família, a categoria de resposta “sempre” foi predominante em todos seus domínios, sendo a adaptação intrafamiliar e o uso dos recursos disponíveis as mais prevalentes (80,3%), seguidas de companheirismo (78,3%), afetividade (77,2%), desenvolvimento (77,1%) e resolução de problemas (75,0%).

Observou-se que a maioria dos idosos entrevistados era do sexo feminino (62,8%) e média de idade foi de 70,74 anos (DP $\pm 7,79$). A análise univariada dos fatores associados à funcionalidade familiar é apresentada nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Prevalência e fatores associados à funcionalidade familiar segundo variáveis sociodemográficas de idosos (n = 824)

Variáveis	Total*	Família funcional	Família disfuncional	RP (IC95%)	Valor de p [†]
	n (%)	n (%)	n (%)		
Sexo					
Masculino	310 (37,6)	251 (81,0)	59 (19,0)	1,00	
Feminino	514 (62,8)	424 (82,5)	90 (17,5)	1,01 (0,95-1,08)	0,586
Idade (anos)					
60-69	420 (51,0)	324 (77,1)	96 (22,9)	1,00	
70-79	273 (33,1)	233 (85,3)	40 (14,7)	1,10 (1,02-1,18)	0,006 [†]
≥ 80	131 (15,9)	118 (90,1)	13 (9,9)	1,16 (1,08-1,26)	0,000 [†]
Estado civil					
Solteiro	73 (8,9)	53 (72,6)	20 (27,4)	1,00	
Casado	421 (51,2)	350 (83,1)	71 (16,9)	1,14 (0,98-1,32)	0,072
Divorciado/viúvo	327 (39,8)	269 (82,3)	58 (17,7)	1,13 (0,97-1,31)	0,102
Escolaridade					
Analfabeto	112 (13,6)	83 (74,1)	29 (25,9)	1,00	
Sabe ler/escrever	39 (4,8)	33 (84,6)	6 (15,4)	1,14 (0,96-1,35)	0,133
Ensino Fundamental	401 (48,8)	325 (81,0)	76 (19,0)	1,09 (0,97-1,23)	0,141
Ensino Médio	187 (22,8)	166 (88,8)	21 (11,2)	1,19 (1,06-1,35)	0,003 [†]
Superior	82 (10,0)	65 (79,3)	17 (20,7)	1,06 (0,91-1,24)	0,397
Filhos					
Sim	757 (92,0)	624 (82,4)	133 (17,6)	1,00	
Não	66 (8,0)	50 (75,8)	16 (24,2)	0,91 (0,79-1,05)	0,239
Recebe renda					
Não	136 (16,5)	99 (72,8)	37 (27,2)	1,00	
Sim	686 (83,5)	575 (83,8)	111 (16,2)	1,15 (1,03-1,28)	0,010 [†]
Renda familiar (SM [§])					
<1	210 (27,5)	161 (76,7)	49 (23,3)	1,00	
1-3	275 (36,0)	218 (79,3)	57 (20,7)	1,03 (0,93-1,13)	0,495
>3	279 (36,5)	248 (88,9)	31 (11,1)	1,15 (1,06-1,26)	0,001 [†]

Residentes no domicílio

Sozinho	107 (13,1)	80 (74,8)	27 (25,2)	1,00	
Com cônjuge	163 (19,9)	134 (82,2)	29 (17,8)	1,09 (0,96-1,25)	0,157
Com filhos	91 (11,1)	76 (83,5)	15 (16,5)	1,11 (0,96-1,28)	0,130
Cônjuge e filhos	191 (23,3)	159 (83,2)	32 (16,8)	1,11 (0,98-1,26)	0,098
Outros	267 (32,6)	224 (83,9)	43 (16,1)	1,12 (0,99-1,26)	0,064
Tipo de moradia					
Própria	654 (80,0)	549 (83,9)	105 (16,1)	1,00	
Alugada	103 (12,6)	76 (73,8)	27 (26,2)	0,87 (0,77-0,99)	0,035 [†]
Outra	60 (7,3)	47 (78,3)	13 (21,7)	0,93 (0,81-1,07)	0,323

*Denominador indica o número de respostas válidas; [†]p <0,05; [§]SM: salário mínimo – valor do salário mínimo no Brasil, ano-base 2010: R\$: 510,00. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2 - Prevalência e fatores associados à funcionalidade familiar segundo variáveis quanto a presença de cuidador, autopercepção de saúde, comorbidades, procura do serviço de saúde e hospitalização (n = 824)

Variáveis	Total*	Família funcional	Família disfuncional	RP (IC 95%)	Valor de p [†]
	n (%)	n (%)	n (%)		
Cuidador					
Sim	264 (34,0)	139 (80,9)	33 (19,2)	1,00	
Não	512 (66,0)	475 (82,5)	101 (17,5)	0,87 (0,81-0,92)	0,000 [†]
Autoavaliação de saúde					
Ótima/boa	361 (45,6)	313 (86,7)	48 (13,3)	1,00	
Regular	357 (45,1)	289 (81,0)	68 (19,0)	0,93 (0,87-0,99)	0,037 [†]
Ruim/péssima	74 (9,3)	46 (62,2)	28 (37,8)	0,71 (0,59-0,86)	0,000 [†]
Dor					
Não	336 (41,1)	292 (86,9)	44 (13,1)	1,00	
Sim	482 (58,9)	378 (78,4)	104 (21,6)	0,90 (0,84-0,96)	0,001 [†]
Comorbidades					
HAS					
Sim	497 (60,5)	403 (81,1)	94 (18,9)	1,00	
Não	325 (39,5)	270 (83,1)	55 (16,9)	1,02 (0,96-1,09)	0,464
Diabetes					
Sim	151 (18,3)	119 (78,8)	32 (21,2)	1,00	
Não	672 (81,7)	555 (82,6)	117 (17,4)	1,04 (0,95-1,14)	0,306
DPOC					
Sim	120 (14,6)	96 (80,0)	24 (20,0)	1,00	
Não	700 (85,4)	576 (82,3)	124 (17,7)	1,02 (0,93-1,13)	0,565
AVE					
Sim	42 (5,1)	34 (81,0)	8 (19,0)	1,00	
Não	778 (94,9)	637 (81,9)	141 (18,1)	1,01 (0,87-1,17)	0,882
Doença osteomuscular					
Sim	178 (22,1)	148 (83,1)	30 (20,1)	1,00	
Não	629 (77,9)	513 (81,6)	116 (18,4)	0,98 (0,90-1,05)	0,619
Osteoporose					
Sim	202 (24,6)	173 (85,6)	29 (14,4)	1,00	
Não	620 (75,4)	500 (80,6)	120 (19,4)	0,94 (0,87-1,00)	0,085
Neoplasias					
Sim	58 (7,1)	54 (93,1)	4 (6,9)	1,00	
Não	762 (92,9)	617 (81,0)	145 (19,0)	0,86 (0,80-0,94)	0,000 [†]
IAM					
Sim	44 (5,4)	36 (81,8)	8 (18,2)	1,00	
Não	775 (94,6)	634 (81,8)	141 (18,2)	0,99 (0,86-1,15)	0,998
Défice visual					
Sim	718 (87,3)	587 (81,8)	131 (18,2)	1,00	
Não	104 (12,7)	87 (83,7)	17 (16,3)	1,02 (0,93-1,12)	0,624

Défice auditivo						
Sim	208 (25,3)	169 (81,3)	39 (18,8)	1,00		
Não	615 (74,7)	505 (82,1)	110 (17,9)	1,01 (0,93-1,08)		0,782
Antecedentes de quedas [§]						
Sim	268 (32,8)	225 (84,0)	43 (16,0)	1,00		
Não	549 (67,2)	444 (80,9)	105 (19,1)	0,96 (0,90-1,02)		0,269
Procura do serviço de saúde [§]						
Sim	528 (65,0)	435 (82,4)	93 (17,6)	1,00		
Não	284 (35,0)	231 (81,3)	53 (18,7)	0,98 (0,92-1,05)		0,713
Hospitalização [§]						
Sim	172 (23,0)	139 (80,8)	33 (19,2)	1,00		
Não	576 (77,0)	475 (82,5)	101 (17,5)	1,02 (0,94-1,10)		0,629

*Denominador indica o número de respostas válidas; ‡p<0,05; §Últimos 12 meses. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DPOC: doença pulmonar obstrutiva; AVE: acidente vascular encefálico; IAM: infarto agudo do miocárdio.

Após a análise multivariada de *Poisson*, permaneceram associados positivamente à BFF idade de 70 a 79 anos (RP: 1,08; IC95%: 1,00-1,16), ≥ 80 anos (RP: 1,11; IC95%: 1,01-1,21), possuir o Ensino Médio (RP: 1,15; IC95%: 1,02-1,31), receber renda (RP: 1,12; IC95%: 1,00-1,26) e renda familiar mensal maior que três salários mínimos (RP: 1,13; IC95%: 1,03-1,23). Por outro lado, ausência de cuidador (RP: 0,90; IC95%: 0,84-0,96), autorreferir saúde ruim/péssima (RP: 0,69; IC95%: 0,56-0,86) e ausências de dor (RP: 0,92; IC95%: 0,86-0,99), osteoporose (RP: 0,89; IC95%: 0,83-0,96) e neoplasias (RP: 0,89; IC95%: 0,81-0,97) foram associados negativamente ao desfecho (Tabela 3).

Tabela 3 - Fatores associados à funcionalidade familiar em idosos na análise multivariada

Variáveis	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)	Valor de p*
Idade (anos)			
60 a 69	1,00	1,00	
70 a 79	1,10 (1,02-1,18)	1,08 (1,00-1,16)	0,027 [†]
≥80	1,16 (1,08-1,26)	1,11 (1,01-1,21)	0,018 [†]
Escolaridade			
Analfabeto	1,00	1,00	
Sabe ler/escrever			
Primário	1,14 (0,96-1,35)	1,18 (1,00-1,39)	0,050
Ensino Médio	1,09 (0,97-1,23)	1,07 (0,95-1,21)	0,241
Superior	1,19 (1,06-1,35)	1,15 (1,02-1,31)	0,022 [†]
Recebe renda			
Não	1,00	1,00	
Sim	1,15 (1,03-1,28)	1,12 (1,00-1,26)	0,045 [†]
Renda familiar (SM)			
<1	1,00	1,00	
1-3	1,03 (0,93-1,13)	1,01 (0,92-1,11)	0,742
>3	1,15 (1,06-1,26)	1,13 (1,03-1,23)	0,008 [†]
Cuidador			
Sim	1,00	1,00	
Não	0,87 (0,81-0,92)	0,90 (0,84-0,96)	0,002 [†]
Autoavaliação de saúde			
Ótima/boa	1,00	1,00	

Regular	0,93 (0,87-0,99)	0,95 (0,88-1,01)	0,152
Ruim/péssima	0,71 (0,59-0,86)	0,69 (0,56-0,86)	0,001 [†]
Dor			
Sim	1,00	1,00	
Não	0,90 (0,84-0,96)	0,92 (0,86-0,99)	0,038 [†]
Osteoporose			
Sim	1,00	1,00	
Não	0,94 (0,87-1,00)	0,89 (0,83-0,96)	0,005 [†]
Neoplasias			
Sim	1,00	1,00	
Não	0,86 (0,80-0,94)	0,89 (0,81-0,97)	0,014 [†]

*p<0,05. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SM: salário mínimo.

4 DISCUSSÃO

Este estudo analisou os fatores associados à funcionalidade familiar em idosos. A pesquisa demonstrou que conquistas sociais, financeiras e autonomia na capacidade funcional vêm ocasionando uma menor atenção familiar dispensada ao idoso. Verificou-se também que a presença de comorbidades pode ocasionar a aproximação de familiares, pela necessidade de atenção e cuidados específicos, com vista à BFF observada e, ao mesmo tempo, ao fortalecimento do convívio familiar e à garantia da proteção integral desse idoso.

Investimentos que priorizem a realidade da transição epidemiológica e demográfica vivenciada pela humanidade são necessários para promover a saúde, prevenir doenças e controlar doenças crônicas não transmissíveis, para que os idosos tenham uma sobrevida conquistada com melhor qualidade de vida no espaço familiar e na comunidade em que está inserido.

Este estudo pioneiro analisou e verificou os fatores associados com a dinâmica das relações familiares de idosos residentes em domicílio em uma capital do Centro-Oeste brasileiro. A avaliação das relações familiares sob a ótica dos idosos revelou alta prevalência de BFF, confirmando o fenômeno em pesquisas anteriores^(7,8,13,21-24). Os resultados favoráveis à BFF não eximem ofertar atenção à família, provedora do cuidado, uma vez que, na contemporaneidade, novas experiências de convívio em face de maior expectativa de vida e de maior chance de dependência funcional exigirão maiores intervenções no cuidado domiciliar⁽⁷⁾.

Em relação aos domínios do índice de APGAR da família, a capacidade da família se adaptar frente às situações de estresse e de compartilhar decisões e responsabilidades foi superior quando comparada aos demais domínios em que foi medida, isto é, a afetividade, o desenvolvimento e o tempo compartilhado. No entanto,

em estudo realizado na Espanha, o tempo compartilhado também foi uma das principais queixas dos idosos⁽²⁵⁾.

Nesse contexto, quando a família é capaz de se adaptar às situações de estresse, gerir conflitos, compartilhar decisões e responsabilidades, seus membros estão aptos a prover atenção, com readaptação de papéis e funções frente às possíveis crises ou mudanças de *status*. Isso também é declarado em outros estudos em que a BFF influenciou na melhor qualidade de vida^(2,3), em uma velhice bem-sucedida, com a capacidade da família atender às demandas da pessoa idosa como um forte recurso psicossocial^(6,23).

Nesta pesquisa, sexo não apresentou associação estatística com o índice de APGAR da família. Apesar disso, é importante considerar essa questão na percepção da dinâmica nas relações familiares, uma vez que a mulher tem apresentado porcentagens superiores de disfuncionalidade familiar^(2,15).

Idade e BFF foram associadas estatisticamente. Sabe-se, porém, que ambas influenciam na qualidade de vida de idosos, o que é revelado pela maior longevidade e pela pior qualidade de vida, e vice-versa⁽²⁾. A associação dos muito idosos com a BFF destaca-se quando comparada à situação de idosos jovens, pois eles apresentam maior estimativa de boas relações familiares. Esse fato pode ser reflexo de famílias mais numerosas, pois essa faixa etária expressou maior taxa de natalidade na década de 1940, em que o número de filhos por mulher era de 6,2 filhos e, conseqüentemente, havia maior suporte social ofertado por suas famílias numerosas⁽²⁶⁾.

Por conseguinte, práticas conceptivas, renda, nível educacional, separação da nupcialidade e sexualidade influenciaram na taxa de fecundidade, pois se observa uma menor densidade domiciliar resultante de taxas de 1,9 filho por mulher, que, por sua vez, está abaixo da reposição da população⁽²⁶⁾. Tais fatores modificam a estrutura familiar, frente a uma maior demanda da população idosa, que, historicamente, foi acolhida e cuidada pela família, por ofertar bem-estar e ambiente seguro^(13,27).

Em relação às condições de saúde, a autorreferência à saúde ruim/péssima revelou que essas pessoas buscaram e consumiram mais saúde, quando comparadas aos outros grupos etários. A cooperação individual e o comportamento saudável em todas as idades, como atividade física, dieta saudável, evitar uso e consumo de álcool e de outras drogas, podem prevenir e retardar o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis⁽²⁸⁾. A família contribui, nesse espaço domiciliar, para o desenvolvimento e o atendimento das demandas no processo de saúde e doença⁽²³⁾, no controle das taxas glicêmicas do

diabetes⁽¹⁾, no controle da dor com melhor qualidade de vida⁽³⁾ e na probabilidade de aparecimento de sintomas depressivos⁽¹²⁾.

O processo de envelhecimento vem apresentando características específicas, como receber rendimentos permanentes e ter moradia – todas advindas de conquistas sociais. Nesse contexto, apresentar melhor escolaridade, referir boa saúde, melhores condições socioeconômicas e ausência de sintomas depressivos têm sido associados à BFF⁽¹⁴⁾. Cabe destacar a participação do idoso na força de trabalho, da qual 47% dos homens e quase 24% das mulheres fazem parte, isto é, são economicamente ativos e contribuem para e na sociedade em que vivem⁽²⁶⁾. Isso corrobora os dados deste estudo, que revelou associação entre renda mais elevada e BFF, no sentido de que a renda pode favorecer positivamente as relações familiares.

Acompanhando esse envelhecimento populacional, o processo de urbanização, os hábitos alimentares deficientes e a inatividade física ascenderam a uma maior incidência de doenças crônicas e não transmissíveis – em especial as neoplasias. Essas doenças podem interferir na harmonia da funcionalidade familiar, sobretudo se o acometido for o provedor e a única fonte de renda, bem como na coerção de inversão dos papéis e das funções dentro da família⁽²⁸⁾. Por outro lado, se a pessoa tem câncer, a família pode se unir e melhorar as relações familiares. Como efeito, essa união suscita um maior investimento na identificação precoce dos fatores de risco dessa morbidade, como sedentarismo e qualidade de vida ruim, sobretudo no sexo feminino⁽²⁹⁾. Ao mesmo tempo, solicitar a participação de pessoas mais velhas em ambientes físicos e sociais promove a transição multigeracional e a saúde das pessoas⁽³⁰⁾.

Tratando-se de um estudo transversal e observacional, tem-se o limite de inferência de causalidade. Os dados são autorrelatados, passíveis de vieses de memória e resposta. Contudo, pelo cálculo de amostragem probabilística, esses resultados podem ser generalizados para outros indivíduos de mesmo estrato populacional, no desenvolvimento de políticas públicas, fortalecimento da família enquanto provedora e cuidadora da pessoa idosa. Ao mesmo tempo, os resultados subsidiam o ensino e a pesquisa nas atividades de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), por sumariarem informações rápidas da realidade em que essas pessoas se encontram.

5 CONCLUSÃO

Os idosos avaliaram positivamente a funcionalidade de suas famílias em relação aos domínios do índice de APGAR da família. Os fatores associados positivamente à

funcionalidade familiar foram idade, Ensino Médio, receber renda e renda superior a três salários. Não ter cuidador, autoavaliação da saúde ruim/péssima, ausências de dor, osteoporose e neoplasias foram associadas negativamente à funcionalidade familiar. Isso indica que a presença de patologias e/ou comorbidades altera a dinâmica familiar. Ao mesmo tempo, indica que a família tem utilizado recursos próprios, ou mobilizado recursos externos disponíveis na promoção do bem-estar de seus membros, ao acolher suas demandas no relacionamento.

REFERÊNCIAS

1. Alba LH, Bastidas C, Vivasc JM, Gil F. [Prevalence of glycemic control and associated factors in type 2 diabetes mellitus patients at the Hospital Universitario de San Ignacio, Bogota-Colombia]. *Gac Méd Méx* [Internet]. 2009 [cited 2015 Sep 19];145(6):469-74. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/20077864> Spanish.
2. Andrade AI, Martins RM. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 19];40:185-99. Available from: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>
3. Lim AT, Manching I, Penserga EG. Correlation between Family APGAR scores and health-related quality of life of Filipino elderly patients with knee osteoarthritis. *Int J Rheum Dis*. 2012;15(4):407-13.
4. Santi PM. [The functional and dysfunctional family, a health indicator]. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 1997 [cited 2015 Sep 19];13(6). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso&tlng=es Spanish.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Série A. Normas e manuais técnicos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2015 Sep 19]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>
6. Marques EM, Sánchez CS, Vicario BP. O apoio como fator promotor. *SIPS. Pedagogia social. Revista Interuniversitária* [Internet]. 2014 [cited 2015 sep 11]; 23:253-71. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135029519012>
7. Gonçalves LH, Costa MA, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. [The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal]. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 19]; 19(3):458-66. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf Portuguese.
8. Santos AA, Pavarini SC. Family functionality regarding the elderly with cognitive impairments: the caretaker's perception. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2015 Sep 19]; 46(5):1141-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/15.pdf>
9. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado CA, García A, Pérez de La Cruz A, et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 19];20:161-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18958537>
10. Sun YH, Sun L, Wu HY, Zhang ZK, Wang B, Yu C, et al. Loneliness, social support and family function of people living with HIV/AIDS in Anhui rural area, China. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2009 [cited 2015 Sep 19];20(4): 255-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19304970>

11. Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Arch Gerontol Geriat* [Internet]. 2009 [cited 2015 Sep 19]; 48(3):419-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18602706>
12. Oliveira SC, Santos AA, Pavarini SC. The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2015 sep 11]; 48(1):66-72. Available from: www.ee.usp.br/reeusp/
13. Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MR, et al [Family functioning of elderly with depressive symptoms]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014[cited 2015 Sep 19];48(3):469-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469.pdf Portuguese.
14. **Campos AC, Ferreira EF, Vargas AM, Albala C.** Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. [Internet]. 2014 [cited 2015 sep 11]; 12:166-71. Available from: <http://www.hqlo.com/content/12/1/166>
15. Santos AA, Pavarini SCI, Barham EJ. [Perceptions on functioning family from poor Brazilian elderly with cognitive impairments]. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 19];20(1):102-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072011000100012&script=sci_arttext Portuguese.
16. Vera I, Lucchese R, Nakatani AY, Pagotto V, Montefusco SR, Sadoyama G. Family functionality in oldest old household residents. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 19];68(1): 68-75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100068&lng=en
17. Vera I, Lucchese R, Nakatani AY, Sadoyama G, Bachion MM, Vila VS. Factors associated with family dysfunction among non-institutionalized older people. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 19];24(2): 494-504. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200494&lng=en
18. Duarte YA. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. Tese. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
19. Vera I, Lucchese R, Munari D, Nakatani AYK. [Using the family APGAR score to evaluate family relationships in the elderly: an integrative review]. *Rev. Eletr. Enf* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 19];16(1):199-210. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a23.pdf> Portuguese.
20. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Practice*. 1978;6(6):1231-9.

21. Field A. Descobrimdo a estatística usando SPSS. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
22. Navarro SR, Duarte YA, Lebrão ML, Nunes DP. Envelhecimento e funcionalidade familiar: panorama do Município de São Paulo - Estudo SABE. [abstract]. In: 18th Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP; 2010 Nov 16-19; São Paulo; São Paulo (SP): Programa de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo - PICUSP/2009-2010; 2010. p. 55.
23. Paiva AT, Bessa ME, Moraes GL, Silva MJ, Oliveira RD, Soares AM. [Evaluation of functionality in families with elderly members]. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 19];16(1):22-8. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21107/13933> Portuguese.
24. Oliveira SC, Pavarini SC, Orlandi FS, Mediondo MS. Family functionality: A study of Brazilian institutionalized elderly individuals. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 19];58: 170–76. Available from: www.elsevier.com/locate/archger
25. Guerrero LL, Catalán AG. Biopsychosocial factors related to the length of hospital stay in older people. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 19];19(6):1377-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/14.pdf>
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População total - Goiás. Contagem da População 2010 [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 19]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_goiias.pdf
27. Pedrazzi, EC, Talita TD, Vendruscolo TR, Fabrício-Webe SC, Cruz IR, Cruz IR, et al. Household arrangements of the elder elderly. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 19];18(1):18-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/04.pdf> Portuguese.
28. United Nations Population Fund. Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge. 2012 [cited 2015 Sep 19]. Available from: <http://unfpa.org/ageingreport/>
29. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [cited 2015 Sep 19]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
30. Pinheiro MM, Ciconeli RM, Martini LA, Ferraz MB. Risk factors for recurrent falls among Brazilian woman and man: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZO). *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):89-96.