

*FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE
FAMILIAR DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA-ES*

Rafaela Guio Suzana¹
Alaercia de Melo Recla²
Maria Carolina Pereira e Silva³
Gracielle Pampolim⁴
Luciana Carrupt Machado Sogame⁵

resumo

Introdução: A interação dos membros da família entre si e com outros revela se os núcleos familiares são funcionais ou disfuncionais.

1 Graduada do curso de Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). E-mail: rafaelagsuzana@gmail.com.

2 Graduada do curso de Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). E-mail: alaerciarecla26@gmail.com.

3 Graduada em Fisioterapia pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). E-mail: mcarolinaps@hotmail.com.

4 Graduada em Fisioterapia. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), vinculada ao departamento de Fisioterapia. E-mail: gracielle.pampolim@emescam.br.

5 Graduada em Fisioterapia. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), vinculada ao Programa de Pós-graduação de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. E-mail: luciana.sogame@emescam.br.

Objetivo: Verificar funcionalidade familiar de idosos de uma USF e sua associação com perfil socioeconômico, arranjo familiar e condições de saúde/hábitos de vida. **Métodos:** Estudo observacional transversal analítico com amostra probabilística aleatória de idosos (≥ 60 anos). Coletaram-se informações do perfil socioeconômico, arranjo familiar e condições de saúde/hábitos de vida. A funcionalidade familiar foi avaliada por meio do APGAR, subdividindo-se em elevada disfunção (0 a 4 pontos), moderada disfunção (5 a 6 pontos) e boa funcionalidade familiar (7 a 10 pontos). Realizou-se Teste do Chi-quadrado. **Resultados:** Dos 187 idosos, 74% apresentam boa funcionalidade familiar. A média de idade foi 70 anos, em sua maioria eram mulheres (59%), nível de instrução ≤ 8 anos (84%), contribuem para a renda familiar (89%), moram em residência multigeracional (54%), praticam atividade de lazer (61%), não praticam atividade física (65%) e consideram a saúde como ótima ou boa (55%). A funcionalidade familiar apresentou-se normal em 79% dos idosos. Comportaram-se como fatores associados ($p < 0,05$): situação conjugal, morar sozinho, quantidade de moradores na casa, autoavaliação em saúde e capacidade funcional. **Conclusão:** A funcionalidade familiar mostrou-se, em maioria, preservada. Entende-se que é importante a dinâmica familiar no cuidado do idoso. É necessária a promoção de ações que incluam orientações e suporte às famílias que assumem o papel de cuidadoras, com o intuito de melhorar a funcionalidade familiar e garantir um envelhecimento mais digno e saudável.

palavras-chave

Envelhecimento. Relações Familiares. Estratégia Saúde da Família. Inquéritos e Questionários.

1 Introdução

O envelhecimento populacional constitui um novo desafio ao mundo atual (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016), pois a reestruturação etária da população vem acontecendo de forma rápida e sem uma reorganização social e de saúde adequada para atender tal demanda (SANTOS, 2017). No decorrer desse processo, as famílias envelhecem juntamente com os seus membros e sofrem mudanças na sua formação, sendo que as diversas alterações vivenciadas pelo idoso e seus familiares podem afetar a funcionalidade familiar e trazer impactos

na harmonia e no equilíbrio existente nessa relação (CAMPOS *et al.*, 2017). A adaptação e convivência dos idosos com suas famílias afetam diretamente seu desenvolvimento de uma forma geral (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015). Segundo Pezavento e Ribeiro (2018), o idoso precisa enfrentar diversas situações de estresse, como a perda de familiares e amigos, o aparecimento de doenças e a perda da independência, além da saída dos filhos de casa e a necessidade de adaptações relacionadas às mudanças de vida. O convívio e o suporte familiar são compreendidos como fatores essenciais para um envelhecimento ativo e saudável, que podem ser estimulados pela participação do idoso na vida cotidiana e contribuir para o enfrentamento das situações vivenciadas (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015), justificando, então, o afirmado por Santos, Tonhin e Komatsu (2017), que destacam o cuidado familiar como um fator extremamente importante para a saúde do idoso.

Outro fato digno de nota é a relação multidimensional do envelhecimento e suas implicações. Sabe-se que este processo provoca alterações físicas, psicológicas e sociais (FERRETI *et al.*, 2015), além de envolver esferas relacionadas às questões políticas, sociais, culturais e econômicas. Dessa forma, entende-se a importância da criação e efetivação de políticas públicas e redes de atenção que visem um melhor atendimento a esta população (ALMEIDA *et al.*, 2017). O cuidado para com o idoso deve envolver o indivíduo, a família e a comunidade na qual ele está inserido (RABELO; NERI, 2015). De acordo com Pampolim *et al.* (2017), uma importante política voltada para população idosa, e que instrumentaliza este cuidado, devolvendo o protagonismo da família e incentivando o cuidado do idoso no seio de sua casa e comunidade é a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que, além de observar esses aspectos, considera a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um importante elo de ligação entre o idoso e o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Dessa forma, é importante destacar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa reafirma o papel essencial da ESF em relação à atenção ao idoso, ao priorizar a família e a atenção primária (PAMPOLIM; SOGAME, 2018). Com isso, a ESF revela-se como um importante e privilegiado espaço capaz de atender a população idosa e seus familiares a partir da inclusão de programas de orientação que dispõem de informações relevantes e suporte necessário fornecido por profissionais que estão capacitados a atendê-los (PAMPOLIM; SOGAME, 2018). O modo como os membros da família interagem entre si e com os outros permite que os núcleos familiares sejam considerados como funcionais ou disfuncionais (COLICHI; POPIM; MOLINA, 2018). Para classificar essa funcionalidade familiar, pode ser utilizado o instrumento designado por APGAR Familiar, que significa A *Adaptation* (adaptação), P *Participation*

(participação), *G Growth* (crescimento), *A Affection* (afeição) e *R Resolution* (resolução), pois permite mensurar relativamente a satisfação de um membro da família acerca da assistência que lhe é dispensada pelos outros membros (CUBA; ESPINOZA, 2014). Dada importância da família como órgão de apoio ao idoso, a impossibilidade de dispor dessa ajuda poderá levá-lo à situações de incapacidade significativa nos aspectos físico, psíquico ou social. Essa incapacidade funcional, segundo Alves, Leite e Machado (2008), refere-se à dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas no seu dia a dia.

Diante do exposto, a presente pesquisa se propôs a verificar a funcionalidade familiar de idosos de uma Unidade de Saúde da Família e sua associação com o perfil socioeconômico, arranjo familiar e condições de saúde/hábitos de vida.

2 Métodos

A presente pesquisa trata-se de uma vertente de um estudo primário intitulado “Condições de saúde e funcionalidade de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família de Vitória” e caracteriza-se como observacional transversal analítica de abordagem quantitativa. Foi desenvolvida com idosos assistidos pela Unidade de Saúde da Família de Vitória (USF) e a coleta de dados ocorreu no período de abril a julho de 2018, considerando, como referência, os idosos cadastrados no prontuário da Rede Bem Estar, no mês abril de 2018. O acesso a Unidade de Saúde e seus respectivos usuários foram concedidos pela Escola Técnica do SUS (ETSUS) através da declaração de anuência.

A USF Luiz Castellar da Silva, em abril de 2018, possuía duas equipes de Saúde da Família, e, da população total adscrita à Unidade, 355 era formada por idosos. A partir desse total de idosos cadastrados na USF, realizou-se um cálculo amostral para diferentes prevalências com margem de erro de 0,05 e estimativa de proporção de 0,5 com acréscimo de 25% para possíveis perdas, que evidenciou o *n* mínimo a ser pesquisado de 187 de idosos. Este trabalho cumpre os princípios éticos pela Resolução 466 de 2012, e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM sob o protocolo de número 2.142.377.

Foram considerados para o estudo apenas os idosos que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e que possuíam condições psicomentais para responderem ao questionário completo. Dessa forma, para manter a privacidade do idoso, a entrevista foi realizada em ambiente domiciliar sem a presença de familiares ou outras pessoas, fator que poderia interferir nas respostas e avaliação. Além disso, houve o comprometimento das pesquisadoras com o sigilo das informações e o

anonimato dos dados, protegendo assim a imagem dos idosos entrevistados. Foram coletadas informações referentes ao perfil socioeconômico, tais como sexo, etnia, situação conjugal, escolaridade, renda individual e familiar em salários mínimos, contribuição para a renda familiar e se a residência é multigeracional. Para caracterizar o arranjo familiar, foram considerados: se mora sozinho, quantidade de moradores na casa e se sai de casa sozinho. As condições de saúde e hábitos de vida foram definidas por meio de variáveis como: presença de doenças crônicas; histórico de quedas e internação hospitalar; tabagismo; etilismo; atividade física; atividade de lazer; religião e prática religiosa; autoavaliação de saúde; quantidade de medicamentos em uso; se possui cuidador; e a capacidade funcional.

Para avaliar a capacidade funcional, foi utilizado o WHODAS 2.0, instrumento validado e traduzido para a Língua Portuguesa por Silveira *et al.* (2013), caracterizando-se por um questionário dividido em seis domínios: cognição, mobilidade, relações interpessoais, autocuidado, atividade de vida e participação, permitindo a caracterização da percepção que o indivíduo tem de sua própria incapacidade (quando presente) e apresenta 36 itens, entretanto, para este estudo não foi considerado o item 5.2, “atividades diárias” – trabalho/escola, restando então 32 itens. As respostas podem ser nenhuma (1), leve (2), moderada (3), grave (4), extremamente grave/não consegue fazer (5). Para a análise descritiva, consideraram-se todas as categorias, indicando normalidade da funcionalidade quando a pontuação média dos domínios foi de 1 a 1.9, alteração leve de 2 a 2.9, moderada de 3 a 3.9, grave de 4 a 4.9 e, extremamente grave ou não realiza, quando a pontuação foi de 5. Para a análise inferencial foi utilizado o termo “normal” para quando a pontuação foi entre 1 e 1.9 e “alterado” quando o idoso apresentou qualquer grau de alteração da funcionalidade, podendo a pontuação variar de 2 a 5.

Para avaliar a funcionalidade familiar a partir da percepção do idoso, foi aplicado o questionário APGAR, o qual é um teste de rastreio que, por meio de cinco questões, analisa os seguintes domínios: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva. Aos cinco domínios são atribuídos valores de 0, 1 ou 2 pontos, sendo 0 para a opção “nunca”, 1 para “algumas vezes” e 2 “para sempre” (SMILKSTEIN, 1978). A soma total dos escores oscila em uma escala de zero a dez pontos, em que de 0 a 4 indica uma elevada disfunção familiar (EDF); de 5 a 6 indica moderada disfunção familiar (MDF); e de 7 a 10 indica boa funcionalidade familiar. Tal divisão foi considerada para a análise descritiva. Na análise inferencial, por outro lado, a funcionalidade familiar considerada dentro dos padrões de normalidade foi expressa por escores ≥ 7 e a alteração da funcionalidade familiar por escores < 7 .

pontos. Para a análise estatística, os testes Chi-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher foram aplicados para comparar as variáveis categóricas entre os grupos pesquisados quando uma ou mais frequência esperada foi inferior a 5. Consideraram-se como variáveis independentes o perfil socioeconômico, arranjo familiar, capacidade funcional, condições de saúde e hábitos de vida, enquanto a funcionalidade familiar foi considerada variável dependente. Quando as variáveis foram estatisticamente significantes, apresentando um $p < 0.05$, foi aplicado o teste do Chi-quadrado residual, objetivando verificar qual categoria apresentou associação com a variável dependente, sendo considerado para tal um valor superior a 1, 96, em que, quanto maior o valor, maior a associação. O nível de significância foi de $p < 0.05$, com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) para todas as análises.

3 Resultados e discussão

A funcionalidade familiar mostrou-se alterada em 26% da amostra, distribuídos igualmente (13%) entre o grau moderado e o elevado. Quanto ao perfil geral da amostra, verificou-se que a média de idade da população entrevistada foi de 70 anos $\pm$ 7 anos, sendo a idade mínima de 60 anos e, a máxima, de 94 anos. A maioria é formada por mulheres (59%), tendo completado até oito anos de estudo (84%), recebem um salário mínimo (53%), contribuem para a renda familiar (89%) e moram em residência multigeracional (54%). Com relação às condições de saúde e hábitos de vida, apesar de, em sua maioria, apresentarem doenças crônicas (90%), possuem hábitos de vida saudáveis, pois não são tabagistas (88%) e nem etilistas (77%), além de praticarem atividade de lazer (61%). O perfil mostra que 67% são praticantes de alguma religião, não praticam atividade física (65%), possuem um histórico de quedas (59%) e de internações hospitalares (71%). Os idosos se mostraram majoritariamente independentes (79%) e, quando alterada, a capacidade funcional apresentou oscilação leve em 12,8%. Ainda, a grande maioria não possui cuidador (79%), considera a saúde como ótima ou boa (55%) e apresenta boa funcionalidade familiar (74%), dado não apresentado em tabela. As Tabelas 1, 2, 3 apresentam os resultados referentes a todas as variáveis do perfil socioeconômico, arranjo familiar e condições de saúde e hábitos de vida analisados entre os grupos com funcionalidade familiar normal e alterada.

Tabela 1 – Comparação do perfil socioeconômico de idosos adscritos à USF Luiz Castellar da Silva com a normalidade ou alteração da funcionalidade.

Perfil socioeconômico		Funcionalidade familiar				
		Alterada		Normal		P
		n	(%)	N	(%)	
Sexo	Masculino	16	(20)	61	(80)	0,158 ^a
	Feminino	33	(30)	77	(70)	
Etnia	Branco	11	(30)	26	(70)	0,934 ^a
	Pardo	24	(25)	71	(75)	
	Negro	11	(24,5)	34	(75,5)	
	Amarelo/Indígena	3	(30)	7	(70)	
Situação conjugal	Casado(a)	18	(19)	78 ^b	(81)	0,006 ^a
	Solteiro(a)	16 ^b	(50)	16	(50)	
	Viúvo(a)	10	(27)	27	(73)	
	Divorciado(a)	5	(23)	17	(77)	
Escolaridade	0 anos	9	(34,5)	17	(65,5)	0,759 ^a
	1 a 4 anos	19	(24,5)	58	(75,5)	
	5 a 8 anos	13	(24)	41	(76)	
	Mais de 8 anos	8	(26,5)	22	(73,5)	
Renda individual (Em salários mínimos)	Até 1 s.m.	25	(25)	75	(75)	0,487 ^a
	1.1 a 3	23	(30)	53	(70)	
	3.1 a 5	1	(10)	9	(90)	
	Não respondeu	0	(0)	1	(100)	
Renda familiar (Em salários mínimos)	Até 1 s.m.	13	(29,5)	31	(70,5)	0,545 ^a
	1.1 a 3	30	(28)	77	(72)	
	Maior que 3	5	(16,5)	25	(83,5)	
	Não respondeu	1	(16,5)	5	(83,5)	
Contribuição para a renda familiar	Não	6	(28,5)	15	(71,5)	0,793 ^a
	Sim	43	(26)	123	(74)	
Residência multigeracional	Não	28	(32,5)	58	(67,5)	0,068 ^a
	Sim	21	(20)	80	(80)	

Fonte: Elaborada pelas autoras.

^a Pearson Chi-Square Test (χ^2);

^b Resíduo do Chi-quadrado com valores superiores a 1,96;

USF: Unidade de Saúde da Família.

Ao se comparar o perfil socioeconômico, apenas a situação conjugal mostrou-se como fator associado à “funcionalidade familiar normal”. Chama atenção o fato da ausência da residência multigeracional demonstrar tendência de associação com uma funcionalidade familiar alterada.

Tabela 2 – Comparação do arranjo familiar de idosos adscritos à USF Luiz Castellar da Silva com a normalidade ou alteração da funcionalidade familiar.

Arranjo familiar		Funcionalidade familiar		P
		Alterada	Normal	
		n (%)	n (%)	
Mora sozinho	Não	28 (21)	105 ^b (79)	0,012^a
	Sim	21 ^b (39)	33 (61)	
Quantidade de moradores na casa	1	19 ^b (42)	26 (58)	0,044^a
	2	12 (19)	50 (81)	
	3	10 (22)	36 (78)	
	Maior ou igual a 4	8 (23,5)	26 (76,5)	
Sair de casa sozinho	Não	14 (39)	22 (61)	0,054 ^a
	Sim	35 (23)	116 (77)	

Fonte: Elaborada pelas autoras.

^a Pearson Chi-Square Test (χ^2);

^b Resíduo do Chi-quadrado com valores superiores a 1,96;

USF: Unidade de Saúde da Família.

Quanto ao arranjo familiar, apresentaram associação com a “funcionalidade familiar alterada” os fatores “morar sozinho” e “ter apenas um morador em casa”. Outro fato que chama atenção é a variável “sair de casa sozinho” apresentar, também, uma tendência de associação com a “funcionalidade familiar alterada”, quando o idoso informou que não sai de casa sozinho.

Tabela 3 – Comparação das condições de saúde e hábitos de vida de idosos adscritos à USF Luiz Castellar da Silva com a normalidade ou alteração da funcionalidade familiar.

Condição de saúde e hábitos de vida		Funcionalidade familiar		P
		Alterada	Normal	
		n (%)	n (%)	
Doenças crônicas	Não	6 (33)	12 (77)	0,319 ^b
	Sim	43 (25,5)	126 (74,5)	

Condição de saúde e hábitos de vida		Funcionalidade familiar		P
		Alterada	Normal	
		n (%)	n (%)	
Quedas	Não	16 (21)	61 (79)	0,158 ^a
	Sim	33 (30)	77 (70)	
Internações hospitalares	Não	13 (23,5)	42 (76,5)	0,606 ^a
	Sim	36 (27)	96 (73)	
Tabagismo	Não	41 (25)	123 (75)	0,318 ^a
	Sim	8 (35)	15 (65)	
Etilismo	Não	42 (29)	103 (71)	0,110 ^a
	Sim	7 (16)	35 (84)	
Atividade física	Não	36 (30)	85 (70)	0,135 ^a
	Sim	13 (20)	53 (80)	
Atividades de lazer	Não	20 (27)	53 (73)	0,766 ^a
	Sim	29 (25,5)	85 (74,5)	
Religião	Católica	32 (27)	86 (73)	0,661 ^a
	Evangélica	16 (26)	45 (74)	
	Outra	1 (10)	7 (90)	
Praticante	Não	16 (26)	45 (74)	0,995 ^a
	Sim	33 (26)	93 (74)	
Autoavaliação da saúde	Ótima	7 (23)	23 (77)	0,001 ^a
	Boa	17 (23)	57 (77)	
	Razoável	15 (22)	54 (78)	
	Ruim/Péssima	10 ^b (71,5)	4 (28,5)	
Quantidade de medicamentos diários	0	5 (30)	12 (70)	0,612 ^a
	1	7 (27)	19 (73)	
	2	17 (22)	60 (78)	
	3	20 (31)	44 (69)	
	Maior ou igual a 4	0 (0)	3 (100)	
Possui cuidador	Não	36 (24)	113 (76)	0,209 ^a
	Sim	13 (34)	25 (66)	
Capacidade funcional (WHODAS)	Nenhuma	32 (22)	116 ^b (78)	0,012 ^a
	Baixa	9 (37,5)	15 (62,5)	
	Moderada/Grave	8 ^b (53)	7 (47)	

Fonte: Elaborada pelas autoras.

^a Pearson Chi-Square Test (χ^2);

^b Resíduo do Chi-quadrado com valores superiores a 1,96;

USF: Unidade de Saúde da Família.

A alteração da funcionalidade familiar foi verificada quando o idoso relatou autoavaliação da saúde como ruim/péssima. Além disso, a capacidade funcional preservada demonstrou manter uma boa dinâmica familiar, tendo em vista uma funcionalidade familiar normal. Sendo assim, atendendo ao objetivo proposto de verificar a funcionalidade familiar de idosos de uma USF e sua associação com o perfil socioeconômico, arranjo familiar e condições de saúde e hábitos de vida desta população, encontramos que a funcionalidade familiar dos idosos foi, em grande parte, preservada (74%), e que a alteração da funcionalidade familiar foi associada às seguintes variáveis: ser solteiro, morar sozinho, ter apenas um morador na casa, autoavaliação da saúde e capacidade funcional alterada.

Na presente pesquisa, verificamos que, na situação conjugal, em geral, os idosos eram casados e com funcionalidade familiar preservada. De forma similar, um estudo apresentado por Santos (2017), que avaliou a funcionalidade familiar de idosos utilizando o APGAR, relatou que a maioria dos idosos também se declara casados e esses pontuavam melhor funcionalidade familiar, corroborando ainda com estudos de Campos *et al.* (2017), pois evidenciou que um fator de proteção para a funcionalidade familiar é ter uma parceira, visto que, quando o idoso do sexo masculino necessita, seu cônjuge assume o papel de cuidadora e se empenha para exercê-lo.

Nesse sentido, ser solteiro, ou seja, não ter com quem compartilhar o cuidado de si e do outro foi um fator associado à alteração da funcionalidade familiar. Algumas pesquisas, como a de Vera *et al.* (2015a), afirmam que a maior percentagem dos idosos com elevada alteração da funcionalidade familiar reside sozinho (59,3%). Divergente a isso, nosso estudo mostra que 39% dos idosos solteiros apresentam funcionalidade familiar alterada. Segundo Bolina e Tavares (2016), com o decorrer da idade, os idosos podem acabar ficando sozinhos em virtude da perda do cônjuge, mas, por outro lado, a dependência física aumenta as chances desses idosos coabitarem, por necessitarem de mais auxílio. O fato deles morarem sozinhos sugere que sejam independentes e estejam numa velhice satisfatória, todavia, podem encontrar alguns impasses para realizar as atividades cotidianas ou até mesmo a utilização dos serviços de saúde pela ausência, pela dificuldade de acesso e/ou necessidade de apoio (BOLINA; TAVARES, 2016).

Reforçando ainda a repercussão do morar sozinho na funcionalidade familiar dos idosos Costa, Nakata e Morais (2015) relataram em seu estudo que os idosos que moravam sozinhos apresentavam limitações para realização de atividades de vida diária e buscavam apoio de familiares, amigos e vizinhos para suprir suas necessidades, principalmente para atividades na

comunidade, como ir ao banco ou fazer compras. Além disso, Pezavento e Ribeiro (2018) afirmam que ter um grupo de convívio propicia ao idoso um suporte emocional, porque é considerado um fator de motivação que permite a interação social, além da possibilidade de compartilhar as incertezas, vivências e aprendizagens. A percepção do idoso quanto suas condições de saúde também reflete na funcionalidade familiar, pois verificamos que a maior parte dos entrevistados percebem sua saúde como ótima/boa ou razoável e apresentava melhor funcionalidade familiar. Oposto a isso, uma pesquisa apresentada por Vera *et al.* (2015b) expôs que o idoso que relatou piores condições de saúde revelou uma melhor dinâmica familiar. Tal diferença pode ser explicada ao se considerar que a população estudada por Vera *et al.* (2015b) era composta por idosos longevos, com 80 anos ou mais. Esse fator contribui para um maior aparecimento de doenças e comorbidades, que, por sua vez, podem gerar um aumento da dependência nas atividades básicas, demandando a este idoso uma maior atenção por parte da família ou de quem exerce o papel de cuidador, impactando assim em uma melhor percepção da funcionalidade familiar (VEIGA *et al.*, 2016; VERA *et al.*, 2015b).

Entretanto a hipótese defendida por Veiga *et al.* (2016) e Vera *et al.* (2015b) de uma boa dinâmica familiar estar associadas com piores condições de saúde não pode ser generalizada. Isto porque, na presente pesquisa, os idosos que apresentam alteração na capacidade funcional também apresentam alteração na funcionalidade familiar. Semelhante a isso, um estudo realizado por Brito *et al.* (2019) evidenciou que a maior porcentagem dos idosos apresentou comprometimento na funcionalidade familiar e dependência funcional. Este fato apresenta-se como uma realidade enfrentada por muitos idosos e pode se materializar por meio de alterações físicas, psíquicas ou comportamentais. Tal dependência gera no idoso uma maior necessidade de cuidados por levar a restrições em sua autonomia e nas atividades básicas de vida. Tal assistência é prestada, em grande parte, pela família, que se faz importante mesmo para os idosos institucionalizados e atua como principal cuidador destes (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Diante desse resultado, reforça-se a necessidade de se instituir programas que visem melhorar a capacidade funcional dos idosos, haja vista que um estudo realizado por Andriolo *et al.* (2016) evidenciou que os praticantes de algum tipo de exercício possuem melhor capacidade funcional, logo, destaca-se que existe uma relação positiva entre a realização de tais atividades e a capacidade funcional. Ainda, segundo Romano *et al.* (2018) e Sousa *et al.* (2019), a prática de atividade física é importante para a manutenção de uma boa capacidade funcional e consequente funcionalidade familiar, uma vez que os idosos que

têm melhor capacidade funcional possuem também menor dependência nas atividades básicas, mais energia e uma redução dos recursos financeiros dispersados com o tratamento de doenças consequentes do sedentarismo.

Nesse sentido, à medida que se envelhece, aparecem alterações de toda ordem no indivíduo, sendo a capacidade funcional uma das mais importantes, visto que é considerada como um indicador de saúde. Sabe-se que, com a redução da capacidade funcional, surge a dependência funcional e, dessa forma, torna-se necessária a ajuda na execução de tarefas do cotidiano, o que pode impactar na dinâmica familiar, com consequente sobrecarga daqueles que cuidam do idoso dependente. Entretanto, vale ressaltar que a diminuição da capacidade funcional não é o único fator que leva à dependência, mas a soma desse com a necessidade do cuidado (ROCHA *et al.*, 2017).

Destaca-se que a funcionalidade familiar não é afetada apenas pelas condições de saúde do idoso, mas também é influenciada pelo contexto familiar. Sendo assim, as relações entre os seus membros e ter as suas tensões intensificadas por fatores sociais externos, tais como o desemprego, a desigualdade, a violência e a exclusão social, podem afetar a dinâmica familiar. Diante disto, faz-se importante, inicialmente, compreender, por meio da acolhida, escuta e de um estudo social quais são as dificuldades que podem levar a uma alteração da funcionalidade familiar para, só então, propor alguma medida de intervenção (COLICHI; POPIM; MOLINA, 2018; PETEGROSSO, 2018).

A família assume muitas vezes, também, o papel de cuidador, e para que este seja bem executado, sem gerar sobrecargas nos familiares, é necessário o fortalecimento da família a partir das políticas públicas vigentes, priorizando-a como parceira no cuidado, promovendo orientações sobre o autocuidado e autocontrole daqueles que exercem tal papel, visando diminuir o estresse e cansaço que podem ser originados pelo ato de cuidar, a fim de promover mais qualidade de vida a todos os membros da família (VERA *et al.*, 2015a; CARLETO, 2016).

A ESF, nesse contexto, assume um papel muito importante de preparo e orientações para a família que se torna responsável pelo idoso (PAMPOLIM; SOGAME, 2018). De acordo com Bezerra e Alves (2019), o trabalho multiprofissional representa um dos principais pilares do cuidado com a família na atenção básica, fortalecendo o vínculo entre a equipe, o idoso e a comunidade. Além disso, é percebido que a multiprofissionalidade torna o atendimento prestado ao longo da vida mais integrado e humano, reduzindo a medicalização e promovendo uma vida de melhor qualidade (BEZERRA; ALVES, 2019).

É importante destacar que o presente estudo possui algumas limitações que devem ser consideradas: primeiro, a utilização de um delineamento

transversal na pesquisa, que possibilita a ocorrência de causalidade reversa, a qual pode interferir na interpretação dos resultados o que não possibilita estabelecer relações de causa efeito; e, segundo, a pequena quantidade de artigos encontrados sobre os instrumentos estudados, o que dificultou a realização das análises de forma mais comparativa.

4 Conclusão

A funcionalidade familiar dos idosos se mostrou preservada, e, em 74% dos casos, ela é considerada boa. Quanto ao perfil socioeconômico, verificou-se que os idosos apresentam, em sua maioria, um baixo nível de instrução, recebem um salário mínimo, contribuem para a renda familiar e moram em residência multigeracional. Com relação às condições de saúde e hábitos de vida, os idosos possuem, geralmente, costumes saudáveis, pois não são tabagistas e nem etilistas, fazem alguma atividade de lazer e são praticantes de alguma religião. Um ponto negativo é que eles não exercem nenhuma atividade física.

Comportaram-se como variáveis importantes para a alteração da funcionalidade familiar: morar sozinho, ser solteiro, ter apenas um morador na casa, a autoavaliação em saúde e a alteração da capacidade funcional. Diante desse contexto, entende-se que o arranjo familiar é importante no cuidado do idoso. Sendo assim, é necessária a promoção de ações que compreendam orientações a serem realizadas pela equipe multiprofissional, que atuam na ESF, com o objetivo de fornecer o suporte às famílias que se colocam como cuidadoras, o que pode possibilitar um envelhecimento mais saudável para o idoso.

FACTORS ASSOCIATED WITH FAMILY FUNCTIONALITY OF ELDERLY ASSISTED BY A FAMILY HEALTH UNIT IN VITÓRIA-ES

abstract

Introduction: The interaction of family members with each other and with others reveals whether the family units are functional or dysfunctional. Purpose: To verify family functionality of elderly people at a FHU and its association with socioeconomic profile, family arrangement and health conditions/lifestyle. Methods: Cross-sectional analytical observational study with a random probabilistic sample of elderly (≥ 60 years). It was collected information on the socioeconomic profile, family arrangement, and health conditions/lifestyle. It was assessed

the family functionality using APGAR, subdivided into high dysfunction (0 to 4 points), moderate dysfunction (5 to 6 points), and good family functionality (7 to 10 points). It was used the Chi-square test. Results: Of the 187 elderly people, 74% have good family functioning. The average age was 70 years old, mostly women (59%), education level ≤ 8 years old (84%), contribute to family income (89%), live in a multigenerational residence (54%), practice activity leisure (61%), do not practice physical activity (65%), and consider health as excellent or good (55%). The family functioning was considered normal in 79% of the elderly. The associated factors were considered as ($p < 0.05$): marital status, living alone, number of residents in the house, self-rated health and functional capacity. Conclusion: The family functionality was mostly preserved. It is understood that family dynamics are important in caring for the elderly. It is necessary to promote actions that include guidance and support for families that assume the role of caregivers, in order to improve family functionality and ensure a more dignified and healthy aging.

keywords

Aging. Family Relations. Family Health Strategy. Surveys and Questionnaires.

referências

- ALMEIDA, Paloma *et al.* Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. *Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada*, Marília, v. 18, n. 1, p. 53-64, 2017.
- ALVES, Luciana Correia; LEITE, Lúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p. 1199-1207, 2008.
- ANDRIOLO, Brenda Nazaré Gomes *et al.* Avaliação do grau de funcionalidade em idosos usuários de um centro de saúde. *Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 139-44, 2016.
- ARAÚJO, Isabel *et al.* Percepción del apoyo familiar del adulto mayor institucionalizado con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria*, México, v. 14, n. 2, p. 97-103, 2017.
- BEZERRA, Raíra Kirily Cavalcante; ALVES, Anelise Maria Costa Vasconcelos. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. *Revista Expressão Católica Saúde*, Quixadá, Ceará, v. 4, n. 2, p. 7-15, 2019.
- BOLINA, Alisson Fernandes; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Arranjo domiciliar de idosos e determinantes sociodemográficos e de saúde: um estudo longitudinal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, p. 1-10, 2016.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 jan. 2006.

BRITO, Luiza Rocha *et al.* Grau de dependência e funcionalidade familiar do idoso. *Revista Kairós: Gerontologia*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 447-461, 2019.

CAMPOS, Ana Cristina Viana; FERREIRA, Efígenia Ferreira e; VARGAS, Andréa Maria Duarte. Determinants of active aging according to quality of life and gender. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2221-2237, 2015.

CAMPOS, Ana Cristina Viana *et al.* Family functioning of Brazilian elderly people living in community. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 358-367, 2017.

CARLETO, Natalia Gutierrez; GODOY, Marina Rodrigues Bighetti; CALDANA, Magali de Lourdes. Programa de orientação fonoaudiológica e psicológica para familiares de pacientes lesionados cerebrais. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 304-310, 2016.

COLICHI, Rosana M. Barreto; POPIM, Regina C.; MOLINA, Silvana A. Qualidade de vida no trabalho e funcionalidade familiar em universidade pública brasileira. *Salud & Sociedad*, Chile, v. 9, n. 1, p. 098-117, 2018.

COSTA, Francine Melo da; NAKATA, Priscila Tadei; MORAIS, Eliane Pinheiro de. Estratégias desenvolvidas pelos idosos residentes na comunidade para morarem sozinhos. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 818-825, 2015.

CUBA, Miguel A. Suarez; ESPINOZA, Matilde Alcalá. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, Bolívia, v. 20, n. 1, p. 53-57, 2014.

FERRETTI, Fátima *et al.* Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 729-743, 2015.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

PAMPOLIM, Gracielle *et al.* Prevalence and factors associated with functional dependency in homebound elderly people in Brazil. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 235-243, 2017.

PAMPOLIM, Gracielle; SOGAME, Luciana. Estratégia Saúde da Família e a atenção à pessoa idosa. In: TIEPPO, Alessandra; SOGAME, Luciana Carrupt Machado; COELHO, Maria Carlota De Rezende. (Org.). *Desafios das políticas públicas na atenção à pessoa idosa*. Vitória: Editora Emescam, 2018, p. 111-126.

PETEGROSSO, Aline Franco; FERRARI, Flávia Paganini Costa. O trabalho social com idosos e suas famílias. *Revista Portal de Divulgação*, São Paulo, n. 55, p.14-20, 2018.

PEZAVENTO, Karla; RIBEIRO, Franciele. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Pesquisa em Psicologia – Anais Eletrônicos*, Joaçaba, p. 95-102, 2018.

RABELO, Dóris Firmino; NERI, Anita Liberalesso. The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 507-519, 2015.

ROCHA, Josemara de Paula *et al.* Relação entre funcionalidade e autopercepção de saúde entre idosos jovens e longevos brasileiros. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 283-291, 2017.

ROMANO, Tais Alves *et al.* Prática de exercício físico na meia e terceira idade: um estudo comparativo dos níveis de capacidade funcional em praticantes de ginástica localizada e não praticantes. *RBPFFEX - Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, São Paulo, v. 12, n. 74, p. 370-376, 2018.

SANTOS, Simone de Carvalho; TONHOM, Sílvia Franco da Rocha; KOMATSU, Ricardo Shoití. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 29, supl., p. 118-127, 2017.

SILVEIRA, Carla *et al.* Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) into Portuguese abstract. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 234-240, 2013.

SMILKSTEIN, Gabriel. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of family practice*, New Jersey, v. 6, n. 6, p. 1231-1239, 1978.

SOUSA, Carmelita Maria Silva *et al.* Contribuição da atividade física para a qualidade de vida dos idosos: Uma Revisão Integrativa da Literatura/Contribution of physical activity to the quality of life of the elderly: An Integrative Review of Literature. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, Jaboatão dos Guararapes, v. 13, n. 46, p. 425-433, 2019.

VEIGA, Bruna *et al.* Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1015-1021, 2016.

VERA, Ivania *et al.* Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 494-504, 2015a.

VERA, Ivania *et al.* Family functionality in oldest old household residents. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 68, n. 1, p. 68-75, 2015b.

Data de Submissão: 23/04/2020

Data de Aprovação: 30/07/2020