

Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade

Family functioning of Brazilian elderly people living in community

Ana Cristina Viana Campos¹

Gabrielli Pinho de Rezende²

Efigênia Ferreira e Ferreira²

Andréa Maria Duarte Vargas²

Lucia Hisako Takase Gonçalves³

Descritores

Relações familiares; Idoso; Comunidade; Cuidadores; Enfermagem geriátrica

Keywords

Family relations; Aged; Community; Caregivers; Geriatric nursing

Submetido

13 de Abril de 2017

Aceito

21 de Julho de 2017

Autor correspondente

Lucia Hisako Takase Gonçalves
Rua Augusto Corrêa, 01, Guamá,
66075-110, Belém, Pará, Brasil.
lhtakase@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700053>



Resumo

Objetivo: Avaliar a funcionalidade familiar de idosos brasileiros; testar a influência de fatores determinantes.

Métodos: Estudo transversal com 2.052 idosos, a partir de dados coletados da linha base referente ao estudo "Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL)", responderam questionários sobre funcionamento familiar; atividades básicas e instrumentais de vida diária (AVD e AIVD); estado cognitivo; e características sociodemográficas. Modelos multivariados de regressão ordinal e análise de correspondência múltipla identificaram fatores associados à boa funcionalidade familiar.

Resultados: A maior parte dos idosos gozava de boa funcionalidade familiar (76,3%), era casada e vivendo com cônjuge (55,5%), tinha mais de seis filhos e netos (85,4% e 76,7%, respectivamente) e independente para AIVD (71,5%). Análise de correspondência resultou em três grupos: alta, moderada e baixa funcionalidade familiar e perfil de idosos com distintas condições socioeconômicas.

Conclusão: Inferiu-se dos resultados implicações para a prática e política de atenção à família com membros idosos segundo seu funcionamento e distintas condições de vida e saúde das pessoas idosas.

Abstract

Objective: To evaluate the family functioning of Brazilian elderly people and test how determining factors influence it.

Methods: Cross-sectional study with 2,052 elderly people based on data collected in the baseline of the study Aging, gender and quality of life (AGEQOL), with participants answering questionnaires about family dynamics, basic and instrumental activities of daily living (ADL and IADL), cognitive state and sociodemographic characteristics. Multivariate ordinal regression models and multiple correspondence analysis identified factors associated with good family functioning.

Results: Most elderly people had good family functioning (76.3%), were married and lived with their spouse (55.5%), had more than six children and grandchildren (85.4% and 76.7%, respectively) and were independent to perform IADL (71.5%). Correspondence analysis resulted in three groups: good, moderate and poor family functioning, and a profile of elderly people with different socioeconomic conditions.

Conclusion: It was possible to infer implications for practices and policies of family care with elderly members to meet their specific routine and life and health conditions.

¹Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Marabá, PA, Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

Conflito de Interesses: os autores declaram que não há conflito de interesse.

Introdução

De acordo com estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), a população mundial de idosos dobrará em 2050. No Brasil, o envelhecimento está acontecendo mais rápido do que ocorreu na Europa no início do processo de transição demográfica. Em 2010, a população com mais de 60 anos de idade já era de 10,8% da população total.⁽²⁾

O envelhecimento está relacionado à interação de várias dimensões, que compreendem saúde física, mental, psicossocial; suporte familiar; autonomia e independência econômica. Na perspectiva do “curso da vida”, as ações sobre os determinantes sociais da saúde do idoso devem ser multissetoriais e em todas as etapas do ciclo vital, com início na gestação para proteger o feto e incorporação na infância, mantendo-os até a velhice, já que o estado de saúde individual é um marcador de suas posições sociais no passado.^(3,4)

Durante o processo de envelhecimento, as famílias envelhecem juntamente com seus membros e sofrem mudanças na sua constituição. As diferentes situações e vivências que esse processo apresenta aos idosos e seus familiares pode afetar a funcionalidade familiar, ou seja, trazer impactos na harmonia e no equilíbrio existentes nessa relação.⁽⁵⁾ O envelhecimento é um desafio, mas melhorias das condições físicas e sociais podem ser benéficas para enfrentar as peculiaridades desse processo.⁽⁴⁾ O suporte e o convívio familiar são percebidos como fatores primordiais para um envelhecimento ativo, que podem ser estimulados pela participação do idoso na vida cotidiana. A adaptação e convivência dos idosos com suas famílias interfere no seu desenvolvimento de uma forma geral.⁽³⁾ O convívio em sociedade, fora da família, também permite a troca de experiências, ideias, sentimentos, conhecimentos, dúvidas. Isso significa que o idoso necessita estar engajado em atividades que o façam sentir-se feliz, saudável e útil.^(6,7)

Dessa forma, o cuidado do idoso deve envolver o indivíduo, a família e a comunidade onde ele está inserido.^(3,8) Analisando as mudanças que ocorrem com o indivíduo, não seria lúcido conceber o enve-

lhecer como uma experiência individual e homogênea. Sendo assim, o objetivo do estudo foi avaliar a funcionalidade da família de idosos brasileiros residentes em comunidade e testar a influência de possíveis fatores determinantes.

Métodos

Amostra e características

O presente estudo é um recorte transversal desenvolvido a partir de dados coletados da linha base referente ao estudo *Aging, Gender and Quality of Life* (AGEQOL),⁽³⁾ uma coorte de base populacional sobre envelhecimento ativo, qualidade de vida e gênero realizado em 2012, no município de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil.

A população de referência do presente estudo foi composta por indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos residentes naquele município. Os critérios de exclusão foram: indivíduos residentes em instituição de longa permanência no período da coleta de dados, uma vez que as condições contextuais são diferentes nesses ambientes; indivíduos que, pessoalmente ou por meio de informante, declarem ser portador de deficiências visual e/ou auditiva, graves e não corrigida; indivíduos com incapacidade cognitiva que impeça a compreensão da entrevista.

O plano adotado de desenho complexo de amostragem⁽⁹⁻¹²⁾ incluiu cálculo amostral para comparação entre os sexos considerando-se a prevalência de incapacidade funcional para atividades instrumentais no sexo masculino em 86,6% e no feminino, em 72,9%. O erro estimado foi de até cinco pontos percentuais, poder de teste de 80%, com intervalos de 95% de confiança (IC95%), considerando efeito de delineamento de dois. Adotou-se um adicional de 20% para perdas e recusas. Em seguida, a amostra de cada grupo (homens e mulheres) foi estratificada por faixa etária em relação à população e corrigida pela probabilidade do risco de morrer. Participaram da linha base do estudo 2.052 indivíduos moradores da comunidade (1.226 mulheres e 862 homens).

O processo de amostragem foi realizado em duas etapas: para sorteio dos setores e domicílios, utilizando-se a técnica de amostragem probabilística por conglomerados sob o critério de partilha proporcional ao tamanho (PPT) em dois estágios - os setores censitários e domicílios. Os setores e domicílios foram sorteados proporcionalmente ao número de domicílios permanentes particulares ocupados por estrato: área urbana, zona rural, distrito. Foram entrevistados todos os moradores com 60 anos ou mais que concordaram em participar desta pesquisa, de ambos os sexos, independentemente do seu estado civil ou de parentesco.

Estudo piloto e coleta de dados

O projeto piloto foi conduzido anteriormente à coleta de dados com 107 idosos (10% da amostra total) em um município vizinho. Embora os instrumentos sejam validados para o Brasil, para verificar a confiabilidade e desempenho dos questionários e testes nessa população, foi empregado o método teste/reteste. Foram obtidos coeficientes superiores a 0,80 ($p < 0,001$); *Kappa* Ponderado (IC 95 %) = 0,81 (0,71-0,91); *Kappa* Ajustado = 0,86.

Os dados foram coletados no domicílio do idoso entre os meses de janeiro e julho de 2012, por três examinadores e três anotadores calibrados. As entrevistas duravam de 40 a 60 minutos. Foram consideradas perdas de entrevista/exame os casos em que o idoso não foi localizado no domicílio após três tentativas, incluindo fim de semana. O projeto foi divulgado entre as autoridades municipais, meios de comunicação e por *folder* próprio. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), CAAE-0413.0.203.000-11.

Instrumentos e variáveis estudadas

O funcionamento familiar foi avaliado pelo APGAR de Família^(13,14) em sua versão brasileira.⁽¹⁵⁾ A variável dependente representou a funcionalidade da família medida em três categorias: boa, moderada e ruim. Outras variáveis, como a dependência funcional, foi medida por meio de seis atividades básicas de vida diária (comer, vestir e despir, preparação, a pé, a entrar e sair da cama,

tomar banho e continência) e sete atividades instrumentais (usando o telefone, viagens, compras, preparação de refeições, trabalhos domésticos, tomar remédio e gestão das finanças). Para avaliar o estado cognitivo dos idosos, usou-se o Exame do Estado Mental - Minimental, validado no Brasil, com ponto de corte fixado em 21/22 pontos.⁽¹⁶⁾ Para conhecer mais detalhadamente a expressão da funcionalidade familiar na vida dos idosos, elegeram-se as variáveis independentes: faixa etária (60-64 anos, 65-69 anos, 70-74 anos, 75-79 anos, ≥ 80 anos); estado civil (casado, separado, solteiro, viúvo); anos de estudo (0, 1-4, 5-7, ≥ 8); renda mensal dicotomizada pela mediana ($\leq R\$622,00$; $> R\$622,00$); aposentado (sim, não). O apoio familiar foi avaliado pelo tipo de arranjo domiciliar (mora com cônjuge, arranjos mistos/intergeracionais, mora sozinho); número de filhos (0, 1-5, ≥ 6); número de netos (0, 1-5, ≥ 6); presença de cuidador (sim, não).

Análise dos dados

Foram selecionadas análise de frequência entre os sexos mediante teste qui-quadrado, erro aceitável de 5%. Todas as informações sobre as variáveis foram armazenadas no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 19.0. Os dados foram analisados em duas fases: na primeira, foram descritas as variáveis em relação ao sexo; na identificação dos fatores associados à boa funcionalidade familiar, realizou-se uma análise bivariada para cada variável independente por meio do teste qui-quadrado, nível de significância igual a 5%. Em seguida, foram avaliadas as variáveis em estudo, por meio da regressão logística ordinal pelo modelo *Polytomous Universal Model* (PLUM), que incorpora a natureza ordinal da variável dependente na análise. Assim, adotou-se regressão logística com o modelo *Odds* Proporcional e função *Logit* seguido de comparação de probabilidades entre as categorias da variável dependente por meio do cálculo da OR bruta e ajustada.⁽¹⁷⁾

Como as condições socioeconômicas podem interferir na funcionalidade da família, especialmente na população idosa,⁽¹⁸⁾ ajustou-se o modelo final destacando: faixa etária, sexo, estado

civil, renda e escolaridade, considerando no modelo final ajustadas apenas conservadas as variáveis que atingiram o nível de 5% de significância estatística ($p < 0,05$).

Os testes de homogeneidade dos declives e de multicolinearidade foram realizados com ajuste de Pearson para analisar a validade do modelo construído. Para verificar a possível interferência do número reduzido de algumas observações, utilizou-se a análise dos resíduos para dados ordinais.⁽¹⁹⁾ Todos esses testes evidenciaram que o modelo atendia a todos os pressupostos. O efeito do desenho amostral complexo foi considerado em todas as análises realizadas.

Por fim, buscou-se explorar as relações conjuntas entre a funcionalidade da família e as variáveis associadas no modelo final juntamente com características socioeconômicas por meio de análise de correspondência múltipla. Tal análise é uma técnica exploratória utilizada para analisar dados categóricos com múltiplas respostas e visualizar graficamente a formação de grupos distintos. As relações entre as categorias das variáveis nesta análise foram investigadas sem exigência de atribuir estrutura causal ou assumir uma probabilidade e distribuição a priori. Essa técnica é adequada para o estudo de fatores de risco que podem ser associados com certas características particulares, permitindo identificar o perfil de risco dentro de cada grupo formado.⁽¹⁷⁾

Resultados

Descrição da amostra

A idade da linha base do estudo variou de 60 a 106 anos, com média de idade igual a $70,89 \pm 8,14$ anos ($71,03 \pm 8,35$ para mulheres e $70,69 \pm 7,83$ para homens). É uma amostra representativa correspondente a 10% de todas as pessoas idosas do município. Além disso, a taxa de resposta pode ser considerada alta (98,8%), sendo este um dos poucos estudos domiciliares com idosos que obteve amostra probabilística calculada separadamente para ambos os sexos.

Estatística descritiva de condições socioeconômicas, apoio familiar, capacidade funcional e cognitiva dos idosos segundo o sexo, demonstrou que

cerca de 15% deles eram octogenários, dos quais 60,8% do sexo feminino. Mais da metade das mulheres (51,5%) tinha idade superior a 70 anos, enquanto a maioria dos homens (70,8%) tinha entre 60 e 74 anos de idade, porém sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Não houve diferença de escolaridade entre os sexos, no entanto, 29,1% dos homens e 27,7% das mulheres eram analfabetos. Por outro lado, houve diferença significativa em relação ao estado civil, renda, aposentadoria, e arranjo de vida entre os sexos. A maioria dos homens era de casado (74,5%), enquanto 41,3% das mulheres eram solteiras ou viúvas. A maioria dos idosos tinha baixa renda mensal (66,1%), sendo esse percentual maior no sexo feminino (71,5%) do que no masculino (58,1%).

Considerando-se os três grupos de arranjos domiciliares estabelecidos neste estudo, observou-se que 75,5% dos homens viviam com suas parceiras enquanto 62,4% das mulheres viviam sozinhas ou em arranjos mistos ($p < 0,001$). O número de idosos com cuidadores (20,2% dos homens e 21,5% das mulheres) e sem netos (7,9% e 11,1%, respectivamente) foi maior entre as mulheres do que entre os homens.

Não se observou diferença de sexo entre capacidade funcional para AVD e déficit cognitivo entre os idosos deste estudo. Em relação à capacidade funcional, a prevalência de alguma dependência funcional foi alta entre os idosos (29,3%), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os sexos (23,7% para os homens e 33,0% para as mulheres).

Associação entre funcionalidade familiar e demais variáveis

A grande maioria dos idosos gozava de boa funcionalidade familiar (76,3%), pois apenas 177 (8,6%) deles tinham família com elevada disfuncionalidade. Os resultados do teste qui-quadrado apresentados na tabela 1, identificaram associação estatisticamente significativa entre funcionalidade da família e as seguintes variáveis: estado civil ($p < 0,001$), arranjo domiciliar ($p < 0,001$), número de filhos ($p < 0,001$), número de netos ($p < 0,001$) e dependência funcional para AIVD ($p = 0,024$). Os idosos que gozavam de família com boa funcionalidade, eram casados (55,5%), viviam com cônjuge (55,5%), tinham mais de seis filhos e

netos (85,4% e 76,7%, respectivamente) e eram independentes para AIVD (71,5%).

Não houve associação entre funcionalidade familiar e condições socioeconômicas, com exceção do estado civil. Entretanto, dos analfabetos, 18,3% e 9,8% gozavam de família com funcionalidade classificada como moderada ou ruim, respectivamente. Entre os idosos com elevada disfunção familiar, a maioria era do sexo feminino (58,8%), com idade inferior a 75 anos (72,3%), solteira ou viúva (50,8%), com baixa escolaridade (58,8%) e baixa renda mensal (64,4%) e, aposentada (70,6%).

A prevalência de déficit cognitivo foi maior entre idosos de família com funcionalidade ruim e moderada (14,7% e 14,8%, respectivamente) quando comparado aos idosos com boa funcionalidade familiar (12,3%), porém sem significância estatística. Por outro lado, a porcentagem de idosos independentes para AVD e AIVD foi maior entre os idosos com pior funcionalidade familiar (76,8% e 93,8%, respectivamente) quando comparados com aqueles com família de boa funcionalidade (71,5% e 92,5%, respectivamente).

Resultados do modelo de regressão ordinal (OR)

No modelo bruto, somente o tipo de arranjo domiciliar, número de filhos, número de netos e déficit cognitivo tiveram associação estaticamente significativa com funcionalidade familiar. A chance de um idoso ter família com boa funcionalidade foi maior entre idosos que viviam com cônjuge (OR=2,3; IC5%=1,7-3,0) e entre os idosos vivendo em arranjos mistos (OR=1,73; IC95%=1,3-2,3), quando comparados aos idosos que viviam sozinhos. Por outro lado, presença de déficit cognitivo e ausência de filhos e de netos aumentam em 70% (OR=0,7; p=0,040), 40% (OR=0,4; p<0,001) e 60% (OR=0,6; p<0,001) a chance de o idoso possuir família de elevada disfunção (Tabela 2).

Após o ajuste do modelo de regressão pelas condições socioeconômicas, a variável dependência para AVD entrou no modelo enquanto o número de netos não permaneceu estaticamente associado ao desfecho, Dependência completa para AVD (0,5; IC95%=0,3-1,0) e déficit cognitivo (0,7;

Tabela 1. Associação entre os dados demográficos e funcionalidade familiar de idosos residentes na comunidade de município brasileiro

Variáveis	Funcionalidade familiar			p-value*
	Boa (n = 1565) n(%)	Moderada (n = 310) n(%)	Ruim (n = 177) n(%)	
Idade				
60-64 anos	394(25,2)	81(26,1)	56(31,6)	0,366
65-69 anos	381(24,3)	67(21,6)	34(19,2)	
70-74 anos	309(19,7)	67(21,6)	38(21,5)	
75-79 anos	229(14,6)	50(16,1)	29(16,4)	
80 anos e mais	252(16,1)	45(14,5)	20(11,3)	
Sexo				
Homens	630(40,3)	123(39,7)	73(41,2)	0,944
Mulheres	935(59,7)	187(60,3)	104(58,8)	
Estado civil				
Casado	867(55,5)	146(47,1)	71(40,1)	<0,001
Divorciado	108(6,9)	30(9,7)	16(9,0)	
Solteiro	451(28,9)	105(33,9)	56(31,6)	
Viúvo	136(8,7)	29(9,4)	34(19,2)	
Anos de educação				
0	416(26,6)	106(34,2)	57(32,2)	0,053
1-4	999(63,8)	179(57,7)	104(58,8)	
5-7	101(6,5)	15(4,8)	14(7,9)	
≥ 8	49(3,1)	10(3,2)	02(1,1)	
Renda**				
≤R\$622,00	1023(65,4)	220(71,0)	114(64,4)	0,144
>R\$622,00	542(34,6)	90(29,0)	63(35,6)	
Aposentado				
Sim	1159(74,1)	234(75,5)	125(70,6)	0,495
Não	406(25,9)	76(24,5)	52(29,4)	
Cuidador				
Sim	335(21,4)	62(20,0)	34(19,2)	0,710
Não	1230(78,6)	248(80,0)	143(80,8)	
Arranjos domiciliares				
Mora com cônjuge	851(55,5)	145(48,2)	69(39,4)	<0,001
Arranjos mistos	500(32,6)	116(38,5)	52(29,7)	
Mora sozinho	183(11,9)	40(13,3)	54(30,9)	
Número de filhos				
0	123(8,0)	36(11,6)	40(22,7)	<0,001
1-5	103(6,7)	24(7,7)	18(10,2)	
≥6	1321(85,4)	250(80,6)	118(67,0)	
Número de netos				
0	238(15,5)	55(18,0)	52(29,9)	<0,001
1-5	120(7,8)	19(6,2)	15(8,6)	
≥6	1178(76,7)	232(75,8)	107(61,5)	
AVD				
Dependência completa	50(3,2)	18(5,8)	07(4,0)	0,144
Dependência parcial	67(4,3)	14(4,5)	04(2,3)	
Independência	1448(92,5)	278(89,7)	166(93,8)	
AIVD				
Dependência completa	161(10,3)	41(13,2)	15(8,5)	0,024
Dependência parcial	285(18,2)	72(23,2)	26(14,7)	
Independência	1119(71,5)	197(63,5)	136(76,8)	
Déficit cognitivo				
Sim	192(12,3)	46(14,8)	26(14,7)	0,350
Não	1373(87,7)	264(85,2)	151(85,3)	

AVD - Atividades da Vida Diária; AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária; * χ^2 test, ** Salário mínimo brasileiro - R\$622,00 = US\$300

IC95%=0,5-1,0) associaram-se inversamente à boa funcionalidade da família, ou seja, quanto mais dependente e demente o idoso, pior é a disfuncionalidade de sua família (Tabela 2).

Existe gradiente inverso entre funcionalidade familiar e número de filhos em ambos os modelos, Quando o modelo foi controlado por possíveis fatores de confusão, as associações foram atenuadas, mas mantiveram-se estatisticamente significativas. Ter 1-5 filhos (OR= 0,3) e, em particular, nenhum filho (OR= 0,7) foram associados com uma probabilidade elevada de disfunção familiar.

Não morar sozinho foi importante fator protetor para boa funcionalidade familiar, mesmo após o ajuste pelas condições socioeconômicas. Idosos que viviam com suas cônjuges ou idosos que viviam com seus familiares tinham 1,9 (OR=1,9; IC95%=1,1-3,2) e 1,7 (OR=1,7; IC95%=1,2-2,3) mais chances de ter boa funcionalidade familiar (Tabela 2).

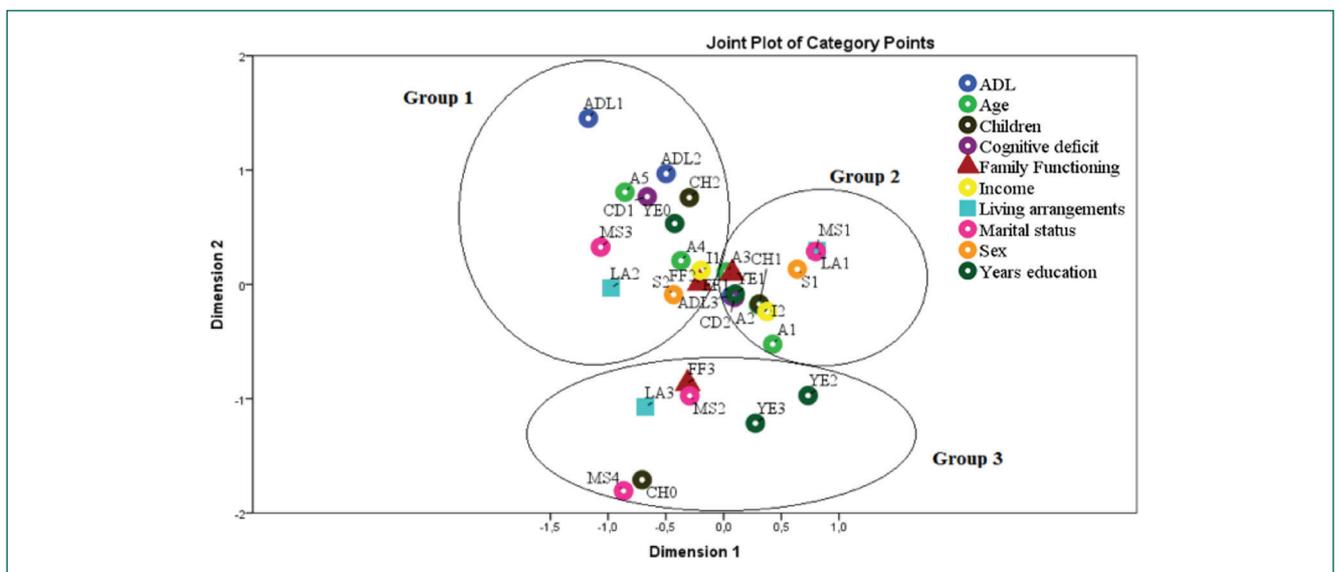
Resultados da Análise de correspondência

Os resultados da análise de correspondência são apresentados na figura 1, que representa graficamente as categorias das variáveis no plano com duas dimensões. O gráfico mostra que os grupos foram formados pela proximidade espacial entre

Tabela 2. Resultados da regressão logística ordinal de melhor funcionalidade familiar de idosos residentes na comunidade de município brasileiro

Variáveis	Modelo bruto				Modelo ajustado*			
	OR	IC95% Inicial	IC95% Final	p-value	OR	IC95% Inicial	IC95% Final	p-value
Cuidador								
Sim	1,10	0,85	1,43	0,456	1,15	0,86	1,53	0,360
Não	1,00				1,00			
Arranjos domiciliares								
Mora com cônjuge	2,26	1,70	3,01	0,000	1,87	1,09	3,20	0,023
Arranjos mistos	1,73	1,28	2,33	0,000	1,65	1,21	2,26	0,002
Mora sozinho	1,00				1,00			
Número de filhos								
0	0,42	0,31	0,57	0,000	0,34	0,18	0,61	0,000
1-5	0,66	0,46	0,96	0,032	0,74	0,55	1,00	0,046
≥6	1,00				1,00			
Número de netos								
0	0,60	0,47	0,78	0,000	0,94	0,59	1,49	0,784
1-5	0,99	0,67	1,48	0,975	0,86	0,65	1,15	0,322
≥6	1,00				1,00			
AVD								
Dependência completa	0,69	0,41	1,14	0,143	0,53	0,29	0,99	0,046
Dependência parcial	1,12	0,66	1,92	0,699	0,95	0,53	1,69	0,864
Independência	1,00				1,00			
AIVD								
Dependência completa	0,92	0,65	1,30	0,642	1,02	0,63	1,64	0,940
Dependência parcial	0,91	0,70	1,18	0,482	0,87	0,65	1,16	0,332
Independência	1,00				1,00			
Déficit cognitivo								
Sim	0,73	0,55	0,99	0,040	0,74	0,54	1,02	0,045
Não	1,00				1,00			

AVD - Atividades da Vida Diária; AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária; *Ajustado por características socioeconômicas



Notas: A1 = 60-64 anos; A2 = 65-69 anos; A3 = 70-74 anos; A4 = 75-79 anos; A5 = 80 anos ou mais; ADL1 = dependência completa; ADL2 = dependência parcial; ADL3 = independência; CD1 = presença de déficit cognitivo; CD2 = sem déficit cognitivo; CH0 = sem filhos; CH1 = 1-5 filhos; CH2 = ≥6 filhos; FF1 = boa funcionalidade familiar; FF2 = função familiar moderada; FF3 = má funcionalidade familiar; I1 = ≤ R\$ 622,00; I2 = > R\$ 622,00; LA1 = mora com cônjuge; LA2 = arranjos mistos; LA3 = mora sozinho; MS1 = casado; MS2 = divorciado; MS3 = simples; MS4 = viúvo; S1 = homens; S2 = mulheres; YE0 = analfabeto; YE1 = 1-4 anos de estudo; YE2 = 5-7 anos de estudo; YE3 = ≥ 8 anos de estudo.

Figura 1. Representação gráfica de Análise de Correspondência

as variáveis de interesse. Formaram-se três grupos com perfis distintos para explicar o perfil da funcionalidade familiar entre os idosos dessa amostra. O primeiro grupo (Grupo 1) reuniu mulheres (S2) solteiras (MS3) com moderada funcionalidade familiar (FF2), idade superior a 75 anos (A4 e A5), analfabetas (YE0) com baixa renda (I1), vivendo em arranjos mistos (LA2) com 6 filhos ou mais (CH2), dependentes para AVD (ADL1 e ADL2) e com déficit cognitivo (CD1), O Grupo 2 vive em situação de boa funcionalidade familiar (FF1), Independentes funcionalmente (ADL3) sem déficit cognitivo (CD2) e é formado por homens (S1) jovens (A1, A2, A3), casados (MS1) com 1-4 anos de escolaridade (YE1), maior renda mensal (I2), vivendo com suas cônjuges (LA1) e pais de 1-5 filhos (CH1). O último grupo (Grupo 3) reuniu idosos de ambos os sexos com pior funcionalidade familiar (FF3) divorciados (MS2) ou viúvos (MS4) sem filhos (CH0) que vivem sozinhos (LA3), alto nível de escolaridade (YE2 e YE3) (Figura 1).

Discussão

Em geral, a linha base do estudo AGEQOL mostrou perfil semelhante ao de estudos anteriores realizados no Brasil^(8,10,11,20) e em outros países.^(6,9,21) Predominaram mulheres viúvas aposentadas com baixa renda e baixa escolaridade. A predominância de mulheres indica um aspecto importante do envelhecimento populacional: maior longevidade das mulheres, denominada feminização. A existência de um número maior de mulheres na terceira idade em relação aos homens é tendência mundial, confirmada em outros estudos.⁽²¹⁻²³⁾ Os resultados obtidos mostram que viver com o cônjuge e em arranjos mistos são fatores de proteção para boa funcionalidade familiar. Esse fenômeno pode ser explicado pelo aumento progressivo na expectativa de vida da população e pela característica, geralmente de relações conjugais longas e duradouras nessa faixa etária.^(6,7,22) Outros estudos indicam que o arranjo de moradia mista ou multigeracional pode ter um efeito negativo sobre a população mais velha.^(4,11) Contudo, viver sozinho apresenta um risco ainda

maior à solidão, ao isolamento social e à depressão. Os idosos que vivem sozinhos têm maior risco de problemas súbitos de saúde e maior risco de quedas.

O planejamento doméstico para manter a independência com segurança em casa e para introduzir alterações comportamentais e de uso doméstico para aumentar a segurança, precisa do apoio e participação dos membros da família ou amigos a respeito de como ajudar esses idosos que vivem sozinhos. O papel da enfermagem nesse contexto é de suma importância, especialmente na capacitação das famílias cuidadoras no acompanhamento desses idosos.⁽²²⁻²⁴⁾

Neste estudo, déficit cognitivo, dependência funcional e ausência de filhos são fatores de risco para disfuncionalidade familiar. Na velhice, a falta de autonomia, dependência, demências de toda sorte e deficiência de suporte social, prejudicam a qualidade de vida dos idosos. Acredita-se que a presença dos familiares aumenta a segurança do idoso, visto que os mesmos podem auxiliar nas atividades diárias e também contribuir para o desenvolvimento social do mesmo. À medida que o idoso é estimulado ele se torna mais ativo física e cognitivamente. A baixa autoestima desses idosos afeta diretamente o convívio doméstico, junto ao já escasso contingente familiar.^(3,4,9,23)

O presente estudo é original e inovador, pois apresenta informações a respeito do perfil de funcionalidade familiar em amostra representativa de idosos para ambos os sexos. Para isso, foi utilizada a análise de correspondência com objetivo de definir grupos que explicam perfis distintos de funcionalidade familiar dentro da amostra, ainda que tal análise não forneça medidas de associação entre as variáveis. Quando o modelo é confiável, observa-se uma simetria na distribuição das variáveis em relação ao desfecho, como se viu nesse estudo, uma vez que as três categorias de funcionalidade da família ficaram em áreas distintas na figura 1.

Os idosos divorciados ou viúvos sem filhos que vivem sozinhos têm pior funcionalidade familiar (1º grupo). O fato de esses idosos com pior funcionalidade familiar, mesmo com maior independência para a AVD e AIVD, acontece provavelmente devido a inexistência de familiares ou de uma rede de apoio, o que faz com que eles tenham de bastar-se a si mesmos em seus cuidados e em seu viver diário. Além disso,

supõem-se que a capacidade assistencial das famílias tende a falhar com idosos que vivem sós e não demonstram ainda dependência funcional.⁽⁶⁾

O apoio da família é essencial na vida do idoso, em quaisquer circunstâncias para manter o bem estar e qualidade de relacionamento social, e especialmente para aos que necessitam de cuidados para realizar suas atividades cotidianas. Contudo, tais cuidados precisam ser qualificados para que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos idosos dependentes,⁽⁷⁾ Essa situação reflete diretamente nas condições de vida e saúde, porquanto geralmente os cuidados do idoso com maior dependência são prestados pelos familiares, que assumem tal tarefa principalmente por dever, obrigação e por laços de parentesco. Esposas, filhas e netas são as principais cuidadoras, exercendo essa função simultaneamente ao cuidado dos demais familiares e da casa. Essa sobrecarga de atividades e estresse presente no dia a dia interferem também na saúde das cuidadoras. Apesar de algumas mudanças nesse perfil devido ao ingresso da mulher no mercado de trabalho, ela continua exercendo papel de destaque junto ao idoso.^(5,6,22,23)

Os estudos sobre diferença de gênero em relação ao cuidador de idosos assume importância neste contexto. Em um estudo transversal, realizado com idosos residentes no município de Ribeirão Preto, São Paulo, a maioria dos cuidadores era do sexo feminino (75%), casados (58,3%) e, 45% eram filhos.⁽²⁴⁾ Estudo com 533 cuidadores explorou a responsabilidade de tomada de decisões relacionadas com os cuidados com idosos dependentes, que envolveram três a quatro das oito tarefas de cuidado de ABVD. A maioria dos cuidadores era relativamente saudável e sentia-se fortemente obrigada a cuidar do parente, como um trabalho que qualquer membro da família deve exercer.⁽²¹⁾ Contudo, outro estudo de revisão sistemática revelou que mulheres apresentam níveis mais elevados de depressão e, níveis mais baixos de bem-estar subjetivo e saúde física, Essa sobrecarga maior pode ser atribuída ao tipo de cuidado realizado pelas mulheres que exige mais horas de cuidado aos idosos com mais problemas comportamentais e de dependência.⁽²³⁾

Tal situação pressupõe a necessidade de incluir na agenda de cuidados ao idoso, um foco centrado

no binômio - usuário idoso x família cuidadora - enquanto uma unidade de cuidados da equipe de saúde, principalmente da/o enfermeira/o encarregada/o de atenção domiciliária/familiar.⁽²³⁾

O grupo com moderada funcionalidade familiar foi formado por mulheres com piores condições sociais e de saúde (2º grupo), reflexo da feminização do envelhecimento; a maioria é solteira ou viúva, sem filhos nem netos, baixa renda e baixa escolaridade. Devem ter servido como cuidadoras, na família, em épocas anteriores e hoje, não usufruem muito de relações adequadas dos poucos familiares que lhe restam. Um fato que tem interferido nos arranjos familiares atuais e suporte aos membros idosos é a saída de alguns familiares da casa por motivos como separação de casal, saída dos jovens para estudar ou constituir família e a mudança do papel da mulher na sociedade. As famílias tendem a reduzir o número de componentes, mas os idosos continuam presentes, e cada vez mais tempo, entre seus membros. Tal estrutura familiar tem abalada sua estabilidade e tem demandado novos arranjos.^(8,10,11)

Por outro lado, essas relações durante o envelhecimento são diferentes entre os sexos. Enquanto os homens se casam novamente, as mulheres têm tendência de viverem sozinhas ou continuarem viúvas. Além disso, existe uma maior probabilidade das mulheres terem menor renda e morarem sozinhas.⁽²⁵⁾

Outro resultado que chama atenção deste grupo é a baixa escolaridade das mulheres em 28,8%, reflexo de desigualdades sociais vigentes na vida progressa dessas idosas, pois convivem hoje com alta expectativa de vida (73,9 anos) e em contexto municipal brasileiro com bons indicadores sociais e analfabetismo em 24%, semelhante ao dados nacionais e de países latino-americanos.^(1,2)

As condições de pobreza são fatores de risco e vulnerabilidade para a população idosa, especialmente em países com grandes desigualdades sociais como o Brasil,⁽¹⁾ Em especial, a pobreza e a baixa escolaridade podem interferir no estilo de vida da população idosa manter um viver mais saudável.^(1,11,22,23)

O grupo com melhor funcionalidade familiar (3º grupo) é formado por homens com melhores

condições sociais e de saúde que vivem com suas cônjuges, provavelmente devido à diferença de gênero das relações conjugais durante o envelhecimento. Enquanto a maioria dos homens, que se enviúvam, casam-se novamente, as mulheres tendem a viver sozinhas ou continuarão viúvas. Quando necessitam, esses homens recasados se beneficiam dos cuidados da cônjuge cuidadora, muitas vezes também já idosa, mas que se empenha em cuidar do parceiro, em detrimento de sua própria saúde. É imprescindível que os profissionais de saúde e a sociedade em geral compreendam as questões que envolvem o envelhecimento, a dinâmica familiar e o contexto social do idoso para que ele tenha atenção adequada.^(9,12,21,26,27)

O crescimento do número de idosos com limitações funcionais decorre da presença de cronicidade e longevidade crescentes. Nesse sentido, a atenção familiar e dos serviços de saúde devem ser constantes e continuados ao longo da vida. É sabido que as relações intergeracionais são benéficas ao idoso e a toda unidade familiar, entretanto, mesmo com apoio familiar adequado, dificuldades de enfrentamento da aposentadoria, menor ganho, dependências que se instalam, alteram a rotina de toda a família, podendo trazer reflexos positivos ou negativos na vida social.⁽⁵⁾ Percebe-se que problemas do próprio idoso e daqueles que convivem com ele são considerados fatores estressantes e que colocam o envelhecimento como uma experiência complexa e heterogênea.^(1,5,22)

O domicílio, ambiente natural das pessoas, é visto como um ponto de atenção importante para a garantia da boa convivência e manutenção da identidade da pessoa idosa. É o espaço onde pessoas dependentes de cuidados, idosas ou não, podem se manter estáveis e com melhor qualidade de vida possível, desde que haja o suporte profissional não âmbito da unidade familiar, de serviços e de equipe de saúde, sobretudo, da atenção primária.⁽²³⁾

Os resultados correspondem ao valor de referência do estudo AGEQOL. O desenho em corte transversal faz com que seja difícil avaliar a direção das relações entre variáveis, e é possível inverter causalidade. Portanto, ainda não é possível determinar se existe uma relação temporal entre essas variáveis.

Como as variáveis foram auto-relatadas, isto significa que as respostas são diretamente influenciadas pela memória do entrevistado, por suas características físicas e psicológicas e também por aspectos contextuais e culturais de cada grupo populacional.

O presente estudo revela um perfil de idosos cujas características são típicas de moradores de comunidades brasileiras. A feminização, amplamente observada no Brasil,⁽¹⁾ foi aqui ratificada associada a baixos rendimento e escolaridade e, a maioria das mulheres são mais velhas, viúvas, separadas ou solteiras e vivem sozinhas ou em arranjos domiciliares mistos. Tal condição representa um fator de risco e vulnerabilidade ao isolamento social, à falta de segurança e cuidados familiares e ameaça ao viver condigno. Em relação à dinâmica de relações familiares, os homens mais velhos que têm filhos, vivem com seus cônjuges e não têm nenhuma deficiência física para as atividades da vida diária, atribui bom funcionamento familiar. No entanto, as atribuições de regular e mau funcionamento de suas famílias vieram de grupos de idosos mais velhos, geralmente mulheres com condições sociais e de saúde pobres, que vivem sozinhos ou em arranjos domiciliares com membros de terceira a quarta gerações. Tais resultados representam subsídios relevantes para enfermeiras/os de família atuantes em Programas de Atenção Básica e de Saúde da Família. O envelhecimento populacional traz consigo a necessidade da adoção de práticas promotoras de melhor qualidade de vida dos idosos. Insere-se nesse contexto, imprescindível apoio e convívio familiar.

Conclusão

Os resultados obtidos apresentam subsídios para o desenvolvimento de novas pesquisas por trazer conhecimentos a respeito da dinâmica familiar e seus reflexos na vida e saúde da população idosa. O estudo mostra a necessidade em compreender o envelhecimento como um processo que deve envolver o próprio indivíduo, a família e a sociedade. Nesse sentido, o comprometimento da equipe multiprofissional para buscar o cuidado integral deve envolver todos os participantes do ato de cuidar, incluindo necessariamente o idoso e a família cuidadora. Nesse contexto, a atenção primária de saúde

e os profissionais nela envolvidos assumem um papel fundamental na detecção de problemas, avaliação das condições de vida e saúde do idoso e respectiva família, para que ações possam ser desenvolvidas com o propósito de melhorar a qualidade de vida e bem estar das pessoas idosas.

Colaborações

Campos ACV, Rezende GP, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Camarano AA, Kanso S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. p. 52-65.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 2016 Jan 12]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas>.
3. Campos AC, Ferreira EF, Vargas AM. [Determinants of active aging according to quality of life and gender]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(7):2221-37. Portuguese.
4. Wang C, Song X, Mitnitski A, Fang X, Tang Z, Yu P, et al. Effect of health protective factors on health deficit accumulation and mortality risk in older adults in the Beijing Longitudinal Study of Aging. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62(5):821-8.
5. Geib LL. [Social determinants of health in the elderly]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):123-33. Portuguese.
6. Craigs CL, Twiddy M, Parker SG, West RM. Understanding causal associations between self-rated health and personal relationships in older adults: a review of evidence from longitudinal studies. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014; 59(2):211-26.
7. Lenardt MH, Carneiro NH, Albino J, Willig MH. [Quality of life of frail elderly users of the primary care]. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(5):399-404. Portuguese.
8. Rabelo DF, Neri AL. The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015; 18(3):507-19.
9. Wilson-Genderson M, Pruchno R. Functional limitations and gender differences: neighborhood effects. *Int J Aging Hum Dev*. 2015; 81(1-2):83-100.
10. Bolina AF, Tavares DM. Living arrangements of the elderly and the sociodemographic and health determinants: a longitudinal study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24:e2737.
11. Andrade FC, Corona LP, Lebrão ML, Duarte YA. Life expectancy with and without cognitive impairment among Brazilian older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014; 58(2):219-25.
12. Neri AL, Yassuda MS, Araujo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira ME, et al. [Methodology and social, demographic, cognitive, and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian cities: the FIBRA Study]. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(4):778-92. Portuguese.
13. Smilkstein G. The Family APGAR: a proposal for family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978; 6(6):1231-9.
14. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract*. 1982; 15(2):303-11.
15. Silva MF, Victor JF, Mota FR, Soares ES, Leite BM, Oliveira ET. Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(3):527-32.
16. Quiroga P, Albala C, Klaasen G. [Validation of a screening test for age associated cognitive impairment, in Chile]. *Rev Méd Chile*. 2004; 132(4):467-78. Spanish.
17. Greenacre MJ. Practical correspondence analysis. In: Barnett V, editor. Looking at multivariate data, New York: Wiley; 1981. p. 119-46.
18. De Carlo LT. Using the PLUM procedure of SPSS to fit unequal variance and generalized signal detection models. *Behav Res Methods Instrum Comput*. 2003; 35(1):49-56.
19. McCullagh P. Regression models for ordinal data. *J R Statist Soc B*. 1980; 42(2):109-42.
20. Pinto JM, Fontaine AM, Neri AL. The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self rated health: a study with Brazilian elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016; 65:104-10.
21. Friedemann ML, Buckwalter KC. Family caregiver role and burden related to gender and family relationships. *J Fam Nurs*. 2014; 20(3):313-36.
22. Polaro SH, Gonçalves LH, Nassar SM, Lopes MM, Ferreira VF, Monteiro HK. [Family dynamics in the caring context of adults on the fourth age]. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(2):228-33. Portuguese.
23. Gonçalves LH, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. [Living together and family care at the fourth age: quality of life for seniors and their caregivers]. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013; 16(2):315-25. Portuguese.
24. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JR, Vendruscolo TR, Fabrício-Whebe SC, Marques S, Rodrigues RA. [Burden of work in caregivers of frail elders living at home]. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(5):768-74. Portuguese.
25. Bennett KM, Arnott L, Soulsby LK. "You're not getting married for the moon and the stars": The uncertainties of older British widowers about the idea of new romantic relationships. *J Aging Stud*. 2013; 27(4):499-506.
26. Ganong LH, Coleman M, Benson JJ, Snyder-Rivas LA, Stowe JD, Porter EJ. An intervention to help older adults maintain independence safely. *J Fam Nurs*. 2013; 19(2):146-70.
27. Tomomitsu MR, Perracini MR, Neri AL. [Factors associated with satisfaction with life among elderly caregivers and non-caregivers]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3429-40. Portuguese.