

Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio

Family functionality in oldest old household residents
Funcionalidad familiar en los residentes longevos en el hogar

Ivania Vera^I, Roselma Lucchese^I, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani^I, Valeria Pagotto^I,
Selma Rodrigues Alves Montefusco^I, Geraldo Sadoyama^{II}

^I Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Goiânia-GO, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Biologia, Departamento de Ciências Biológicas. Catalão-GO, Brasil

Submissão: 04-11-2014 Aprovação: 30-11-2014

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores associados à funcionalidade familiar de longevos não institucionalizados residentes em Goiânia (GO), Brasil. **Método:** tratou-se de um estudo epidemiológico, de base populacional, com delineamento transversal. Foram aplicadas escalas de avaliação da capacidade funcional e cognitiva. A dinâmica familiar foi mensurada utilizando o *Adaptation, Partnership, Growth, Affection and Resolve* (APGAR) por meio de entrevista domiciliar com 131 longevos. **Resultados:** houve prevalência do sexo feminino, média de idade de 83,87 anos, condição de viuvez, residindo em família extensa, escolaridade primária e autopercepção de saúde regular. Grande parcela despontou independência para autocuidado e dependência parcial para Atividades Instrumentais de Vida Diária. A funcionalidade familiar prevaleceu com média do escore de 9,06 pontos. **Conclusão:** concluiu-se que a funcionalidade familiar nos longevos está associada à autopercepção de saúde ruim/péssima, osteoporose e queda. Os resultados permitiram caracterizar a funcionalidade familiar de longevos, com vistas à valorização e à priorização da família como cuidadora.

Descritores: Enfermagem; Idoso de 80 Anos ou Mais; Relações Familiares.

ABSTRACT

Objective: the aim of this study was to identify factors associated with family functionality of non-institutionalized long-lived subjects, who were residents in Goiânia (GO), Brazil. **Method:** this was a population-based epidemiological study with cross-sectional outline. Evaluation scales of the functional and cognitive capacities were used. Family dynamics was measured using the *Adaptation, Partnership, Growth, Affection, and Resolve* (APGAR) instrument by making home interviews with 131 long-lived individuals. **Results:** there was prevalence of the female gender, average of age of 83.87 years old, widowhood condition, and residence in a big family, primary schooling, and self-perception of regular health. A great amount showed independence for self-care and partial dependence for daily life instrumental activities. Family functionality prevailed with score average of 9.06 points. **Conclusion:** in conclusion, family functionality in long-lived subjects is associated with self-perception of poor/bad health, osteoporosis, and fall. Results allowed characterizing long-lived subjects' family functionality with the aim of valuing and prioritizing family as a caregiver. **Key words:** Nursing; Aged, 80 Years or More; Family Relationships.

RESUMEN

Objetivo: se objetivó identificar los factores asociados a la funcionalidad familiar de longevos no institucionalizados que viven en Goiânia (GO), Brasil. **Método:** eso fue un estudio epidemiológico, de base de población con diseño transversal. Fueron aplicadas escalas de evaluación de las capacidades funcional y cognitiva. La dinámica familiar fue medida con la utilización del instrumento *Adaptation, Partnership, Growth, Affection y Resolve* (APGAR), por medio de entrevista a domicilio con 131 longevos. **Resultados:** se observó que hubo prevalencia del género femenino, media de edad de 83,87 años, condición de viudez, residencia en familia grande, escolaridad primaria, y autopercepción de salud regular. Una grande cantidad demostró independencia para autocuidado y dependencia parcial para actividades instrumentales de la vida diaria. La funcionalidad familiar prevaleció con media del escore de 9,06 puntos. **Conclusión:** se concluyó que en los longevos la funcionalidad familiar es asociada a la autopercepción de salud mala/péssima, a la osteoporosis, y a la caída. Los resultados permitirán caracterizar la funcionalidad familiar de longevos con el objetivo de valorar y priorizar la familia como cuidadora.

Palabras clave: Enfermería. Anciano de 80 Años o Más; Relaciones Familiares.

AUTOR CORRESPONDENTE Ivania Vera E-mail: ivianiavera@gmail.com

INTRODUÇÃO

O fenômeno mundial do envelhecimento revela que os longevos, identificados como as pessoas com idade maior ou igual a 80 anos, estão avançando rapidamente em números, sobretudo nos países em desenvolvimento⁽¹⁾. Os 14 milhões de longevos identificados no século XX em 2050 passarão a mais de 400 milhões em todo o mundo. A maior prevalência está relacionada ao sexo, sendo que, para cada grupo de 100 mulheres longevas, há 61 homens de mesma faixa etária⁽¹⁾.

Em Goiânia (GO), os longevos já atingiram 7,9% da população idosa⁽²⁾. A heterogeneidade da população idosa é diretamente influenciada pelo declínio da mortalidade nas idades avançadas, sexo, estado civil, região geográfica e acessibilidade das pessoas às condições sociais e econômicas. A longevidade da humanidade deve ser vista como um triunfo do desenvolvimento e uma das maiores conquistas da humanidade⁽³⁻⁴⁾.

As oportunidades infindáveis quanto a esse triunfo do desenvolvimento estão relacionadas à adoção de novas políticas, estratégias e leis sobre o desenvolvimento devido às características diversas, como idade, sexo, etnia, educação, renda e saúde⁽¹⁾. Dentre as estratégias, a promoção da saúde e os comportamentos saudáveis em todas as idades são necessários para reduzir, prevenir e delongar o aparecimento de doenças crônicas, pela menor exposição aos comportamentos de risco ao longo da vida⁽⁴⁾.

Os desafios relacionam-se em reconhecer que o envelhecimento populacional é uma realidade mundial, sendo necessárias transformações na sociedade em que essa pessoa está inserida, garantia de renda, acesso a atendimento de saúde com qualidade e ambientes que estimulem e facilitem o convívio de pessoas com incapacidades funcionais, ou seja, sua habitação⁽¹⁾, sobretudo, em conhecer esse estrato populacional em relação às condições sociodemográficas e de saúde, à capacidade funcional e à Funcionalidade Familiar (FF).

Essa evolução silenciosa na demografia intergeracional da família tem proporcionado o convívio do idoso com maior número de gerações e em menor quantidade de entes por geração. Tal convívio se faz oportunidade para transformações estruturais no contexto familiar, com contribuições e atribuições vinculadas aos diferentes atores.

As formas de agrupamento familiar vêm se modificando desde 1960, sendo esculpidas por características sociais (individualismo e consumo imediato de objetos materiais, entre outros), alterando as relações intrafamiliares⁽⁵⁻⁶⁾.

A investigação da dinâmica familiar explora e visualiza se há harmonia ou desarmonia nas relações familiares, sob a ótica do idoso em idade avançada, em relação ao cuidado recebido de sua família, como um fator estressor ou protetor⁽⁷⁾. Aspectos subjetivos, como se adaptar às novas realidades frente às situações de estresse, compartilhar decisões e responsabilidades de maneira a manter seus membros protegidos e alimentados, apoiar novas ideias e direções, interagir emocionalmente no contexto familiar e ter tempo compartilhado, podem ser avaliados antes da intervenção familiar.

Um teste de *screening* é o *Adaptation, Partnership, Growth, Affection and Resolve* (APGAR) de Família que, por meio de cinco questões, analisa os seguintes domínios: adaptação,

companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive⁽⁷⁻⁸⁾. Altos escores, resultantes da soma dos domínios, revelam a capacidade da família de se adaptar às novas situações e gerenciar conflitos, com vistas à FF, enquanto que baixos escores revelam um ambiente com baixa capacidade de adaptação à nova situação, requerendo intervenção precoce⁽⁹⁾.

Desse modo, no âmbito da atenção à saúde de pessoas com 80 anos ou mais, o instrumento APGAR pode ser um forte aliado na avaliação das relações familiares e detecção de fatores de risco que merecem intervenção. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados à FF dos longevos não institucionalizados residentes em Goiânia (GO), Brasil.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico, de base populacional, com delineamento transversal por meio de entrevistas domiciliares com pessoas idosas, realizado em uma capital do Centro-Oeste brasileiro, que contava com mais de um milhão de habitantes. Destes, 7,9% eram longevos.

A população de estudo constitui-se de idosos residentes em área urbana oriundas da amostra probabilística da pesquisa matriz, do banco de dados da Rede de Vigilância à Saúde do Idoso (REVISI). O cálculo amostral considerou os seguintes parâmetros: frequência esperada de 30% para todos os objetivos do inquérito, nível de significância de 5%, precisão absoluta de 5,0%, efeito de delineamento de 1,8. A amostra representativa foi de 934 idosos.

O processo de amostragem foi probabilístico por conglomerados, em múltiplos estágios. No primeiro estágio, foram sorteados 56 setores censitários, entre os 912 setores do município estritamente urbanos. O segundo estágio foi constituído por sorteio do quarteirão, esquina e domicílio a ser visitado.

A amostra atendeu os critérios de elegibilidade: (1) idade igual ou superior a 80 anos; (2) residência na área urbana de Goiânia; (3) morador do domicílio visitado; e (4) ter respondido todas as cinco questões acerca do APGAR de Família. Foram excluídos idosos que estivessem no domicílio sorteado, mas que não residissem nele, além dos questionários respondidos por cuidadores e/ou familiares, resultando em 131 indivíduos.

Após o teste piloto, iniciou-se a coleta de dados por entrevistadores treinados, no período de dezembro de 2009 e abril de 2010. Foi solicitada autorização do idoso por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em espaço reservado, aplicou-se o questionário semiestruturado, contendo caracterização socioeconômica e demográfica, informações sobre o cuidador, condições de saúde e dor autorreferidas, quedas, hospitalização no último ano e acesso a serviços de saúde. A avaliação da capacidade funcional foi mensurada pelas escalas de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e a avaliação cognitiva por meio do Minixame do Estado Mental (MEEM). A dinâmica familiar, sob a ótica do idoso, foi mensurada pelo índice APGAR de Família.

A escala de ABVD afere a independência no desempenho de atividades relacionadas ao autocuidado⁽¹⁰⁾. Essa variável

de exposição foi escalonada em independência total, dependência parcial e totalmente dependente. As atividades que avaliam o idoso no ambiente e entorno, por meio da AIVD, foram escalonadas em 9 a 27 pontos, em que 9 se refere à dependência total e 27, a independência no desempenho dessas atividades⁽¹¹⁾.

O MEEM foi aplicado para verificar a função cognitiva, tendo sido escolhido por ser usado em estudos populacionais nos diversos cenários de prática⁽¹²⁾. Para as notas de corte, consideraram-se os anos de escolaridade, a saber: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para 1 a 4 anos de estudo; 26 pontos para 5 a 8 anos; 28 pontos para 9 a 11 anos; e 29 pontos para mais de 11 anos. Esse teste não substitui a avaliação neuropsicológica nos sujeitos com baixos escores, necessitando que a investigação de perdas funcionais seja verticalizada⁽¹²⁻¹³⁾.

Para avaliar a dinâmica familiar, aplicou-se o APGAR de Família⁽⁸⁾. O acrônimo APGAR deriva das palavras Adaptation (Adaptação), Partnership (Companherismo), Growth (Desenvolvimento), Affection (Afetividade) e Resolve (Capacidade resolutiva). Aos cinco domínios são atribuídos valores de zero, 1 e 2 pontos. Zero para a opção “nunca”, 1 para “algumas vezes” e 2 “para sempre”. A soma total dos escores oscila em uma escala de zero a dez pontos, em que: de zero a 4, a indicação é de elevada disfunção familiar (EDF); de 5 a 6, de moderada disfunção familiar (MDF); e de 7 a 10, de boa FF (BFF)(8,13). Em outros termos, a FF é expressa por escores ≥ 7 e a Disfuncionalidade Familiar (DF) por escores < 7 pontos(8,13).

Nesse sentido, as variáveis de exposição foram características socioeconômicas, demográficas, condições de saúde autorreferidas, capacidade funcional e cognitiva. A BFF foi a variável desfecho.

Os dados foram digitados no programa Excel for Windows® 2003-2007 após dupla conferência. A análise dos dados foi obtida por medidas de frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão no software IBM Statistical Package for the

Social Sciences (SPSS) for Windows® versão 20.0. Para análise de associação univariada entre a BFF dos longevos e variáveis de exposição, utilizaram-se o teste Qui quadrado ou Fischer, e nível de significância de 5%. A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalência (RP). A regressão logística múltipla foi aplicada para identificar os fatores associados à BFF por meio da construção do modelo com as variáveis predictoras, que obtiveram valor de $p \leq 0,20$ na análise univariada.

As variáveis que entraram na análise multivariada foram escalonadas em dois blocos, sendo Bloco 1 – socioeconômico demográfico (estado civil, ter filhos, nível de escolaridade, residentes no domicílio e tipo de moradia); e Bloco 2 – condições de saúde autorreferida (autopercepção de saúde, quedas e procura por serviços de saúde).

Os cuidados éticos que conduzem pesquisas envolvendo seres humanos foram resguardados, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG), sob o protocolo 050/2009.

RESULTADOS

Dentre os 934 entrevistados, 173 (18,5%) eram longevos. Destes, 131 (75,72%) responderam as cinco questões do APGAR de Família. A Tabela 1 expõe a caracterização sociodemográfica e revela uma média de idade de 83,87 anos, máximo de 94 anos ($\pm 3,389$), predomínio do sexo feminino (61,8%), condição de viuvez (50,4%), escolaridade primária (59,5%), residindo em família extensa (40,5%), com filhos (92,4%), em casa própria (82,4%), recebendo proventos (96,2%), procedentes de aposentadoria (55,7%), por idade (37,4%).

Entre os entrevistados, prevaleceram autopercepção de saúde regular (45,0%), queixa de dor (58,8%), hipertensão arterial (60,8%), déficit visual (90,8%), quedas (41,2%) e procura do serviço de saúde (70,2%) (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos de acordo com as condições socioeconômicas e demográficas, e fatores associados à Funcionalidade Familiar, nos longevos residentes em Goiânia (GO), 2010 (n = 131)

Variáveis	n (%)	Família funcional n (%)	Família disfuncional n (%)	RP (IC95%)	Valor de p*
Sexo					
Masculino	50 (38,2)	45 (90,0)	5 (10,0)	1,00	
Feminino	81 (61,8)	73 (90,1)	8 (9,9)	1,00 (0,89-1,12)	0,601
Estado civil					
Casado	51 (38,9)	47 (92,2)	4 (7,8)	1,04 (0,93-1,16)	0,519
Solteiro	8 (6,1)	4 (50,0)	4 (50,0)	0,54 (0,27-1,08)	0,003*
Viúvo	66 (50,4)	63 (95,5)	3 (4,5)	1,13 (1,01-1,27)	0,061
Divorciado	5 (3,8)	3 (60,0)	2 (40,0)	1,00	
Escolaridade					
Analfabeto	23 (17,6)	18 (78,3)	5 (21,7)	0,85 (0,68-1,06)	0,053
Sabe ler e escrever	10 (7,6)	9 (90,0)	1 (10,0)	1,00 (0,81-1,24)	0,737
Primário	78 (59,5)	75 (96,2)	3 (3,8)	1,19 (1,04-1,37)	0,004*
Ensino médio	15 (11,5)	11 (73,3)	4 (26,7)	0,80 (0,58-1,08)	0,049*
Superior	4 (3,1)	4 (100,0)	0 (0,0)	1,00	

Continua

Tabela 1 (cont.)

Variáveis	n (%)	Família funcional n (%)	Família disfuncional n (%)	RP (IC95%)	Valor de p*
Residente domicílio					
Unirresidente	13 (9,9)	9 (69,2)	4 (30,8)	0,72 (0,50-1,04)	0,026*
Cônjuge	21 (16,0)	20 (95,2)	1 (4,8)	1,07 (0,95-1,20)	0,340
Somente com filhos	21 (16,0)	20 (95,2)	1 (4,8)	1,07 (0,95-1,20)	0,340
Cônjuge e filhos	22 (16,8)	20 (90,9)	2 (9,1)	1,00	
Cônjuge/filhos/outros	53 (40,5)	48 (90,6)	5 (9,4)	1,01 (0,90-1,13)	0,905
Tem filhos					
Sim	121 (92,4)	112 (92,6)	9 (7,4)	1,67 (0,93-3,00)	0,005*
Não	9 (6,9)	5 (55,6)	4 (44,4)	1,00	
Renda					
Até 1 SM	39 (29,8)	33 (84,6)	6 (15,4)	1,00	
1-3 SM	40 (30,5)	36 (90,0)	4 (10,0)	1,01 (0,89-1,15)	0,561
> 3 SM	42 (32,1)	39 (92,9)	3 (7,1)	1,06 (0,94-1,20)	0,272
Origem da renda					
Aposentadoria	73 (55,7)	63 (86,3)	10 (13,7)	0,91 (0,82-1,02)	0,242
Pensão	23 (17,6)	21 (91,3)	2 (8,7)	1,00	
Outros	30 (23,0)	29 (96,67)	1 (3,33)	1,10 (1,00-1,22)	0,133
Moradia					
Própria	108 (82,4)	100,0 (92,6)	8 (7,4)	1,20 (0,95-1,51)	0,044*
Alugada	12 (9,2)	9 (75,0)	3 (25,0)	0,82 (0,59-1,14)	0,101
Emprestada	10 (7,6)	8 (80,0)	2 (20,0)	1,00	

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

Tabela 2 - Funcionalidade Familiar e doença autorreferida, hospitalização e queda de longevos do Município de Goiânia (GO), 2010 (n = 131)

Variáveis	n (%)	Família funcional n (%)	Família disfuncional n (%)	RP (IC95%)	Valor de p*
Autopercepção de saúde					
Ótima/boa	53 (40,4)	49 (92,45)	4 (7,55)	1,00	
Regular	59 (45,0)	54 (91,5)	5 (8,5)	1,06 (0,94-1,20)	0,529
Ruim/péssima	12 (9,2)	8 (66,7)	4 (33,3)	0,72 (0,48-1,09)	0,022*
Dor					
Sim	77 (58,8)	69 (89,6)	8 (10,4)	0,99 (0,88-1,11)	0,831
Não	54 (41,2)	49 (90,7)	5 (9,3)	1,00	
Doença autorreferida					
Hipertensão					
Sim	79 (60,8)	69 (87,3)	10 (12,7)	0,93 (0,83-1,04)	0,220
Não	50 (38,5)	47 (94,0)	3 (6,0)	1,00	
Diabetes					
Sim	20 (15,3)	17 (85,0)	3 (15,0)	0,93 (0,77-1,13)	0,315
Não	111 (84,7)	101 (91,0)	10 (9,0)	1,00	
DPOC					
Sim	19 (14,5)	18 (94,7)	1 (5,3)	1,06 (0,94-1,20)	0,405
Não	112 (85,5)	100 (89,3)	12 (10,7)	1,00	
AVE					
Sim	10 (7,6)	9 (90,0)	1 (10,0)	1,00 (0,81-1,24)	0,662
Não	121 (92,4)	109 (90,1)	12 (9,9)	1,00	
Doença osteomuscular					
Sim	29 (22,1)	26 (89,7)	3 (10,3)	1,00 (0,87-1,15)	0,602
Não	99 (75,6)	89(89,9)	10 (10,1)	1,00	

Continua

Tabela 2 (cont.)

Variáveis	n (%)	Família funcional n (%)	Família disfuncional n (%)	RP (IC95%)	Valor de p*
Osteoporose					
Sim	48 (36,6)	46 (95,8)	2 (4,2)	1,10 (1,00-1,22)	0,080
Não	83 (63,4)	72 (86,7)	11 (13,3)	1,00	
Câncer					
Sim	9 (6,9)	9 (100,0)	-	1,12 (1,05-1,19)	0,378
Não	122 (93,1)	109 (89,3)	13 (10,7)	1,00	
IAM					
Sim	7 (5,3)	7 (100,0)	-	1,12 (1,05-1,19)	0,469
Não	123 (93,9)	110 (89,4)	13 (10,6)	1,00	
Déficit visual					
Sim	119 (90,8)	106 (89,1)	13 (10,9)	0,89 (0,84-0,95)	0,268
Não	12 (9,2)	12 (10,2)	-	1,00	
Déficit auditivo					
Sim	62 (47,4)	57 (92,0)	5 (8,0)	1,04 (0,93-1,17)	0,482
Não	68 (51,9)	60 (88,2)	8 (11,8)	1,00	
Quedas					
Sim	54 (41,2)	52 (96,3)	2 (3,7)	1,13 (1,01-1,25)	0,085
Não	76 (58,0)	65 (85,5)	11 (14,5)	1,00	
Procura do serviço saúde					
Sim	92 (70,2)	87 (94,6)	5 (5,4)	1,21 (1,01-1,44)	0,009*
Não	37 (28,2)	29 (78,4)	8 (21,6)	1,00	
Hospitalização nos últimos 12 meses					
Sim	34 (26,0)	32 (94,1)	2 (5,9)	1,07 (0,96-1,20)	0,255
Não	91 (69,5)	80 (87,9)	11 (12,1)	1,00	

*Valor de $p < 0,05$. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; AVE: acidente vascular encefálico; IAM: infarto agudo do miocárdio.

Tabela 3 - Funcionalidade Familiar segundo presença de cuidador, capacidade funcional e Mini exame do Estado Mental (MEEM) em longevos do Município de Goiânia (GO), 2010 (n= 131)

Variáveis	n (%)	Família funcional n (%)	Família disfuncional n (%)	RP (IC95%)	Valor de p*
Precisa de ajuda					
Sim	69 (52,7)	62 (89,9)	7 (10,1)	1,00 (0,89-1,12)	0,814
Não	61 (46,6)	55 (90,2)	6 (9,8)	1,00	
Tem alguém para ajudar					
Sim	72 (55,0)	67 (93,1)	5 (6,9)	1,09 (0,96-1,24)	0,253
Não	54 (41,2)	46 (85,2)	8 (14,8)	1,00	
ABVD					
Independência total	122 (93,1)	110 (90,2)	12 (9,8)	1,01 (0,80-1,29)	0,621
Dependência parcial	8 (6,1)	8 (100,0)	-	1,12 (1,05-1,19)	0,422
Dependência total	1 (0,8)	-	1 (100,0)	1,00	
AIVD					
Independência total	24 (18,3)	21 (87,5)	3 (12,5)	1,00	
Dependência parcial	107 (81,7)	97 (90,65)	10 (9,35)	1,04 (0,88-1,22)	0,438
Dependência total	-	-	-	-	
MEEM					
Analfabetos	17 (16,8)	14 (82,4)	3 (17,6)	0,90 (0,71-1,13)	0,221
1-4anos	55 (54,5)	49 (89,1)	6 (10,9)	0,98 (0,86-1,11)	0,488
5-8anos	18 (17,8)	17 (94,4)	1 (5,6)	1,06 (0,93-1,21)	0,434
9-11 anos	4 (4,0)	4 (100,0)	-	1,00	
> 11 anos	7 (6,9)	7 (100,0)	-	1,12 (1,04-1,20)	0,470

*Valor de $p < 0,05$. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Com relação à capacidade funcional, mais da metade dos idosos longevos relatou necessitar de auxílio de alguém para alguma atividade (52,7%), contudo, grande parcela revelou ainda independência para ABVD (93,1%) e dependência parcial para AIVD (81,7%). Ao se avaliar a função cognitiva, a pontuação média do MEEM foi de 23,5 pontos ($\pm 3,242$). (Tabela 3).

A dinâmica familiar expressa pela BFF foi estimada em 90,1% (n=118). A DF foi estimada em 9,9% (n=13), distribuídos em 5,3% com MDF (n=7) e 4,6% (n=6) com EDF. A média do escore foi de 9,06 pontos ($\pm 2,067$).

Com respeito aos domínios do APGAR de Família, o primeiro domínio, “Estou satisfeito(a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando” referiu-se ao componente Adaptação. Nessa questão, 5 (3,8%) idosos afirmaram nunca estarem satisfeitos com o membro familiar quanto à assistência recebida, 12 (9,2%) responderam que às vezes e 114 (87,2%) sempre estavam satisfeitos por poderem recorrer à família em busca de ajuda quando precisavam.

O segundo domínio referiu-se ao componente Companheirismo, “Estou satisfeito(a) com a maneira com a qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas”. Nesse domínio, 6 (4,6%) idosos afirmaram nunca estarem satisfeitos com a capacidade da família de compartilhar decisões e responsabilidades, 9 (6,9%) responderam que às vezes e 116 (88,5%) que sempre estavam satisfeitos com a comunicação entre seus membros, bem como a proteção e alimentação destinada aos mesmos. Esse foi o domínio com maior percentual de aceitabilidade do idoso.

O terceiro domínio, “Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções”, referiu-se ao componente Desenvolvimento. Neste item, 6 (4,6%) idosos afirmaram nunca estarem satisfeitos com a maneira como a unidade familiar era gerida, tanto na área estrutural, como emocional, 16 (12,2%) responderam que às vezes e 109 (83,2%) sempre estavam satisfeitos com a maneira como qual sua família o auxiliava.

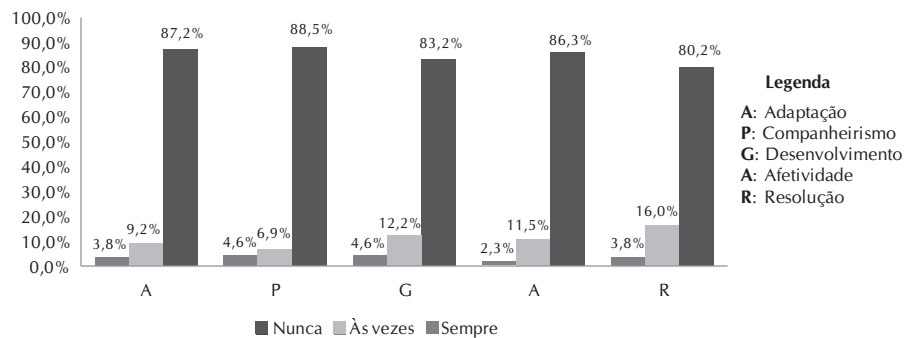
O quarto domínio, “Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor”, referiu-se ao componente Afetividade. Nesse item, 3 (2,3%) idosos afirmaram nunca estarem satisfeitos com a maneira

como a unidade familiar era gerida, tanto na área estrutural, quanto emocional, 15 (11,5%) responderam que às vezes e 113 (86,3%) sempre estavam satisfeitos com o carinho destinado às interações emocionais no contexto familiar.

O quinto domínio, “Estou satisfeito(a) com a maneira com a qual minha família e eu compartilhamos o tempo”, referiu-se ao domínio Capacidade Resolutiva existente na unidade familiar. Neste último domínio, 5 (3,8%) idosos afirmaram nunca estarem satisfeitos com a capacidade resolutiva da família, 21 (16,0%) responderam que às vezes e 105 (80,2%) sempre estavam satisfeitos com o tempo compartilhado.

Na análise univariada, foram associados à BFF nos longevos do Bloco 1: estado civil solteiro (p=0,003), nível de escolaridade primária (p=0,004), Ensino Médio (p=0,004), residir em ambiente unipessoal (p=0,026), ter filhos (p=0,005), em casa própria (p=0,044). Foram associados aos do Bloco 2: saúde autorreferida ruim/péssima (p=0,022) e procura do serviço de saúde (p=0,009). Após a análise multivariada de Poisson, permaneceram associadas à BFF as variáveis de exposição: saúde ruim/péssima (RP: 1,33; IC95%: 1,13-1,57), osteoporose (RP: 1,11; IC95%: 1,02-1,21) e quedas (RP: 1,14; IC95%: 1,06-1,23) (Tabela 4).

Figura 1 - Dinâmica familiar de longevos segundo domínios do *Adaptation, Partnership, Growth, Affection and Resolve* (APGAR) de Família do Município de Goiânia (GO), 2010 (n = 131)



Tabelas 4 - Variáveis preditoras que mantiveram associadas à Funcionalidade Familiar em longevos do Município de Goiânia (GO), 2010 (n = 131)

Variáveis	RP (IC95%) bruta	Valor de p*	RP (IC95%) ajustada	Valor de p*
Autopercepção de saúde				
Ótima/boa	1,00			
Regular	1,06 (0,94-1,20)	0,529	1,00	
Ruim/péssima	0,72 (0,48-1,09)	0,022*	1,33 (1,13-1,57)	0,000*
Osteoporose				
Sim	1,10 (1,00-1,22)	0,080	1,11 (1,02-1,21)	0,014*
Não	1,00		1,00	
Quedas				
Sim	1,13 (1,01-1,25)	0,085	1,14 (1,06-1,23)	0,000*
Não	1,00		1,00	

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

DISCUSSÃO

A maioria dos idosos revelou uma dinâmica familiar com BFF, demonstrando que a família estava apta a cuidar de seus idosos, como encontrado em outros estudos^(9,14-15).

Dentre os domínios do APGAR de Família, a BFF foi estimada no domínio companheirismo, seguido da adaptação, indicando que há uma maior atenção da família ao idoso em relação ao compartilhamento de decisões, responsabilidades, proteção e afetividade frente às situações de estresse familiar, com vista ao equilíbrio familiar. Quanto ao tempo compartilhado e a resolução de problemas, esse domínio foi desvelado pelos idosos como de menor atenção pelos familiares, corroborando outros achados⁽¹⁶⁾.

Por outro lado, esse resultado sugere uma análise verticalizada das relações e do convívio intergeracional, uma vez que esse maior contato e a maior demanda de atenção da família para com o idoso podem induzir à DF pelo impacto das doenças crônicas não transmissíveis, além de desencadear conflitos e insatisfação por parte do idoso, o que pode impulsionar mudanças de papéis intrafamiliares e eleição do cuidador principal⁽¹⁷⁾. Nesse contexto, destacam-se a doença isquêmica do coração, o acidente vascular encefálico (AVE), os distúrbios visuais e as doenças pulmonares crônicas obstrutivas (DPOC)⁽⁴⁾.

Quanto às condições de saúde autorreferidas, o idoso que relatou piores condições de saúde revelou uma melhor dinâmica familiar. É sabido que a família constitui fator decisivo para uma velhice bem-sucedida e a respectiva qualidade de vida (QV) do idoso⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Nesse contexto do envelhecimento e de condições de saúde autorreferidas, observa-se um maior consumo dos serviços de saúde por parte dos idosos, o qual está relacionado ao percurso de vida do indivíduo, resultante de hábitos de vida⁽⁴⁾, evidenciando que a associação entre saúde e comportamento, no decorrer da vida, influencia a QV de idosos e a FF⁽²⁰⁾.

Em outros termos, idade e FF influenciam na QV das pessoas, ou seja, quanto maior a FF melhor a QV, e quanto maior a idade, pior a QV⁽²¹⁾. O papel do apoio intrafamiliar na QV do idoso se revelou um fator promotor da QV e do melhor estado de saúde⁽²²⁾. Nesse sentido, a geração mais velha, por não ser homogênea, necessita de políticas verticalizadas para

as reais necessidades, considerando sexo, etnia, educação, renda e saúde⁽¹⁾.

Não foram encontrados estudos que associassem FF pelo APGAR de Família e osteoporose. No entanto, a associação entre FF e osteoporose pode refletir na dinâmica familiar, uma vez que os ambientes adequados para atividade física, apoio social e infraestrutura contribuem para um comportamento mais ativo e, consequentemente, maior independência funcional e melhor QV⁽²³⁾.

Quanto à FF e à variável de exposição queda, sabe-se que a mesma pode piorar o estado de saúde, em espiral descendente, resultando em cuidados de longa duração, devido à maior possibilidade de dependência, perda da autonomia, confusão, imobilização, depressão e morte⁽⁴⁾. Esses fatores podem influenciar a FF e alterar a dinâmica familiar, em razão da maior demanda de atenção, das mudanças de papéis e dos novos estilos de relações familiares⁽⁹⁾.

CONCLUSÃO

Após a análise multivariada, a Funcionalidade Familiar, nos longevos, permaneceu associada à autopercepção de saúde ruim/péssima, osteoporose e queda. Esses resultados preenchem uma lacuna na literatura científica, por ser esta uma pesquisa inovadora no Centro Oeste brasileiro e também por permitir uma melhor caracterização dos longevos quanto à Funcionalidade Familiar.

Diante da transição demográfica e epidemiológica vivenciada na contemporaneidade, são necessárias a elaboração e a aplicabilidade das políticas públicas existentes às reais necessidades desse estrato populacional. Para tanto, os resultados contribuem, no âmbito da prática clínica para o melhor planejamento e fortalecimento da família na assistência domiciliar, com suporte e atenção da Enfermagem que atua na Atenção Básica, ou seja, no cuidado domiciliar, a família deve ser priorizada como cuidadora e parceira na atenção a essas pessoas.

Contudo, as limitações metodológicas deste estudo devem ser consideradas, sobretudo o delineamento transversal, que não permitiu inferir relações de causalidade entre a Funcionalidade Familiar e os fatores associados.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Population Fund (UNFPA). Ageing in the Twenty-First Century. A Celebration and a Challenge [Internet]. UNFPA; 2012 [acesso em 29 de setembro de 2014]. Disponível em: <http://unfpa.org/ageingreport/>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População total - Goiás. Contagem da População 2010. Censos, 2010. [Internet]. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR); 2011 [acesso em 29 de setembro de 2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_goiias.pdf
3. Gomes MMF, Turra CM, Fígoli MGB, Duarte YAO, Lebrão ML. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [acesso em 29 de setembro de 2014];29(3):566-78. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700014&lng=en
4. World Health Organization (WHO). Good health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012 [Internet]. WHO; 2012 [acesso em 29 de setembro de 2014].

- Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/upcoming_publications/en/index.html
5. Moragas RM. Gerontologia social. Envelhecimento de qualidade de vida. São Paulo: Paulínea; 2010.
 6. Sayão R. Filhos... melhor não tê-los? In: Aquino JG, Sayão R, Rizzo S, Taille Y de L, editores. Família e educação: quatro olhares. Campinas (SP): Papirus; 2011. p. 17-48.
 7. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.
 8. 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.
 9. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto do Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [acesso em 29 de setembro de 2014];19(3):9 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf
 10. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.
 11. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
 12. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
 13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
 14. Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2011 [acesso em 29 de setembro de 2014];13(2):361-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a24.htm>
 15. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Nassar SM, Lopes MMB, Ferreira VF, Monteiro HK. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 29 de setembro de 2014];66(2):228-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/12.pdf>
 16. Navarro R, Duarte YAO, Lebrão ML, Nunes DP. Envelhecimento e funcionalidade familiar: panorama do município de São Paulo/SP- Estudo SABE. Programa de Iniciação Científica-Universidade de São Paulo 2009-2010. São Paulo; USP: 2010.
 17. Santos AL, Cecílio HPM, Teston EF, Marcon SS. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 29 de setembro de 2014];21(4):879-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400019&lng=en
 18. Gonçalves LH, Nassar SM, Daussy MFS, Santos SMA, Alva-rez AM. O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2011 [acesso em 29 de setembro de 2014];10(4):746-54. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18319>
 19. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 29 de setembro de 2014];16(1):22-8. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21107/13933>
 20. Lim AT, Manching I, Penserger 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.
 21. Andrade A, Martins R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*. [Internet]. 2011 [acesso em 29 de setembro de 2014];40:185-99. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>
 22. Marques EMBG, Sánchez CS, Vicário BP. El apoyo como factor promotor de la calidad de vida de la persona mayor. *Pedagogía social*. *Revista interuniversitaria* [Internet]. 2013 [acesso em 29 de setembro de 2014];23:253-71. Disponível em: http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia_social/article/view/683/647
 23. Giehl MWC, Scheider IJC, Corseul HX, Benedetti TRB, d'Orsi E. Physical activity and environment perception among older adults: a population study in Florianópolis, Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 29 de setembro de 2014];46(3):516-25. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/en_2699.pdf