

## Capacidade funcional e disfunção familiar de idosos na saúde da família no Ceará, Brasil: um estudo transversal

Alyne Andrade Silva\*

Glauciano de Oliveira Ferreira\*\*

Janiel Ferreira Felício\*\*

Francisca Valúzia Guedes Guerra\*\*

Edmara Chaves Costa\*\*

Rafaella Pessoa Moreira\*\*

### Resumo

Os fatores relacionados ao envelhecimento podem interferir na capacidade funcional e disfunção familiar do idoso. Isso traz implicações no cuidado prestado e direciona o planejamento assistencial aos idosos mais dependentes. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a capacidade funcional e disfunção familiar de idosos atendidos na Estratégia de saúde da Família de Fortaleza, Ceará. Realizou-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo, realizado com 99 idosos de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza-CE. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016. Avaliou-se a capacidade funcional e o relacionamento familiar do idoso, utilizando as escalas de Atividades Básicas de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária e o índice APGAR de Família. Empregou-se a estatística descritiva, teste de Qui-quadrado e Exato de Fisher. Observou-se que 82 (82,8%) dos idosos demonstraram independência para todas as atividades das atividades básicas de vida diária e 59 (59,6%) foram classificados como independentes na avaliação das atividades instrumentais de vida diária. A aplicação do índice APGAR de Família mostrou que 67 (67,6%) dos participantes tinham uma percepção de boa funcionalidade familiar. Desse modo, avaliar a funcionalidade familiar mostrou que a maioria dos idosos possuíam famílias consideradas funcionais, sendo esse um fator positivo para o bem-estar deles.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Idoso. Atenção primária à saúde. Estratégia de Saúde da Família.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento está ligado à interação de vários fatores que envolvem a saúde física, a autonomia e o suporte familiar. O apoio e o convívio com a família são elementos primordiais para um envelhecimento ativo e podem ser estimulados pela participação do idoso na vida cotidiana. As falhas nesse processo podem impactar o equilíbrio e a harmonia existente na relação familiar, afetando sua funcionalidade<sup>1</sup>.

Entende-se por funcionalidade da família a

maneira como ela é capaz de organizar e cumprir as funções essenciais, adequando-as à identidade e às tendências de seus membros<sup>2</sup>. Uma família é considerada funcional quando há definição de tarefas claras e aceitas por seus componentes. Em situação oposta, a família disfuncional é aquela em que há desrespeito, sobreposição na hierarquia, ruídos na comunicação e não há articulação de forças para solução de problemas<sup>3</sup>.

Neste contexto, a funcionalidade familiar deve

DOI: 10.15343/0104-7809.202044160170

\*Prefeitura Municipal de Fortaleza. Fortaleza/CE, Brasil.

\*\*Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB. Redenção/ CE, Brasil.

E-mail: andradesilvaalyne@hotmail.com

ser avaliada, a fim de melhorar o planejamento e a execução do cuidado ao idoso. Para isso, é imprescindível a atuação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em especial, o enfermeiro. Ele deve estar atento à funcionalidade familiar, direcionando o atendimento para as reais necessidades da família<sup>4</sup>.

A identificação de fatores que geram funcionalidade familiar ruim requer dos profissionais de saúde o planejamento de ações voltadas para prevenir ou reintegrar o equilíbrio dos vínculos intrafamiliares, promovendo o bem-estar do idoso e de sua família<sup>4</sup>. O comprometimento da equipe multiprofissional deve estar voltado para a integralização do cuidado, envolvendo todos os participantes do cuidar, nos quais devem estar, necessariamente, o idoso e sua família<sup>2</sup>.

Destaca-se que a família possui importância em todos os ciclos vitais, pois favorece a manutenção da integridade do indivíduo em seus diversos aspectos. As mudanças próprias do envelhecimento aumentam a necessidade de cuidado, seja físico e ou psicológico. A existência de disfuncionalidade familiar dificulta a capacidade de assistência e cuidado<sup>5</sup>.

Para avaliar a funcionalidade familiar, faz-se necessário a utilização de modelos que auxiliem na coleta de dados e na identificação das relações e função desempenhadas pela família. Uma das ferramentas que podem ser utilizadas com essa finalidade é o Family APGAR. Trata-se de um questionário desenvolvido por Gabriel Smilkstein, em 1978. Após sua tradução, adaptação e validação, passou a ser denominado de APGAR de Família<sup>3,6</sup>.

Por meio desse questionário, é possível avaliar a satisfação subjetiva do cuidado recebido do membro familiar. Para isso, são abordados cinco itens, os quais se remetem ao acrônimo APGAR, a saber: Adaptation (adaptação), Partnership (companheirismo), Growth (desenvolvimento), Affection (afetividade) e Resolve (capacidade resolutiva)<sup>3,6</sup>.

Apesar de existirem algumas pesquisas com o foco semelhante ao desta<sup>1,2,6</sup>, ainda não haviam sido desenvolvidos estudos voltados à avaliação da capacidade funcional e disfunção familiar de idosos acompanhados pela Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), até o momento. Assim, a questão que norteou esta pesquisa foi: “quais fatores estão relacionados à capacidade funcional e disfunção familiar em idosos no Estratégia de Saúde da Família?”

Diante do exposto, o objetivo foi analisar a capacidade funcional e disfunção familiar de idosos atendidos na Estratégia de saúde da Família de Fortaleza, Ceará.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado no município de Fortaleza, Ceará. A população-base da pesquisa foi constituída por idosos cadastrados em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da V secretaria regional de saúde de Fortaleza. A unidade atendia uma população geral de 37 mil habitantes. Destes apenas 1667 eram idosos cadastrados e acompanhados pela equipe da UAPS.

Entretanto, para a elaboração do plano amostral, consideraram-se os cadastrados no prontuário eletrônico FASTMEDIC, no qual havia o registro de 389 idosos. Esse prontuário eletrônico constitui uma ferramenta desenvolvida para organizar os processos de trabalho nas UAPS e contém o histórico de saúde dos usuários.

O tamanho amostral resultou do cálculo para a proporção em população finita. Para isso, considerou-se:  $n$  = número de indivíduos na amostra;  $Z_{\alpha/2}$  = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado (1,96);  $p$  = proporção populacional de indivíduos que pertence a

categoria de interesse do estudo, considerando a proporção de elevada disfunção familiar de 8,8%<sup>6</sup>;  $q$  = proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria de interesse ( $q = 1 - p$ );  $E$  = margem de erro ou erro máximo de estimativa ( $e = 0,05$  - 95% de confiança).

Foi considerada uma amostra representativa de 99 idosos distribuídos entre as cinco equipes de saúde da família presentes na referida unidade. Para alocá-los, utilizou-se a amostragem do tipo probabilística estratificada. Assim, a partir das equipes de saúde, fez-se um sorteio para a seleção dos idosos.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos; residir na área de abrangência da UAPS escolhida; estar cadastrado no prontuário eletrônico FASTMEDIC e ser capaz de responder ao questionário. Excluíram-se do estudo os idosos com dificuldade de comunicação e os que apresentavam déficit cognitivo que inviabilizava a resposta aos instrumentos aplicados durante a coleta de dados.

Com a finalidade de vivenciar e testar os instrumentos de coleta de dados utilizados, foi realizado um teste piloto no mês de novembro de 2015 com cinco idosos residentes em outras áreas. A coleta de dados propriamente dita ocorreu no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, no domicílio dos idosos selecionados e foi realizada pela pesquisadora, que é enfermeira da UAPS onde o estudo foi desenvolvido. Os idosos foram recrutados por meio de uma carta-convite entregue pelos agentes comunitários de saúde.

Durante as visitas, os idosos que consentiram em participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, aplicou-se um formulário contendo dados de identificação sociodemográfica, hábitos de vida e condições de saúde autorreferidas. Realizou-se, ainda, uma avaliação da capacidade funcional por meio da autoavaliação de Atividades Básicas da

Vida Diária (AIVD) e Avaliação da funcionalidade familiar por meio do APGAR de Família.

Para a avaliação da capacidade funcional, utilizou-se dois instrumentos amplamente empregados em pesquisas e sugeridos pelo Ministério da Saúde para avaliação de idosos na Atenção Primária à saúde, a saber: as escalas de ABVD e AIVD<sup>6,7</sup>.

A escala de ABVD avalia a independência no desempenho de seis funções: banho; vestir-se; ir ao banheiro; transferência; continência; alimentação. Está identificada em letras, em uma variação de A a G e 'outra'. A letra A representa independência para todas as atividades, as demais indicam algum tipo de dependência e G dependência em todas as atividades<sup>6,7</sup>.

A Escala de AIVD mensura a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade: utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros. Os escores variam de 9 a 27 pontos, na qual, para cada atividade, o idoso será classificado como dependente total, parcial ou independente. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim<sup>7</sup>.

No tocante à avaliação do relacionamento familiar, foi aplicado o índice APGAR de Família que representa um acrônimo – palavra, formado pela primeira letra de cada item - derivado de: Adaptation (adaptação), Partnership (companheirismo), Growth (desenvolvimento), Affection (afetividade) e Resolve (capacidade resolutiva). A sua avaliação é feita por meio de uma escala de 0 – 10. Os resultados possíveis são: 0-4 = elevada disfunção familiar, 5 e 6 = moderada disfunção familiar, 7-10 = boa funcionalidade familiar.

Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova

situação e possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto um baixo índice representa um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação, requerendo intervenções apropriadas e urgentes<sup>6</sup>.

As variáveis independentes analisadas por este estudo foram: sexo, idade, estado civil, reside com os filhos, renda familiar, histórico de tabagismo, atividade física, autopercepção de saúde, doença crônica, uso de medicamentos, independência ou dependência. Quanto às variáveis dependentes, foram: APGAR, AIVD e ABVD.

Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica do Programa Excel for Windows® 2013 e processados no software Epi Info, versão 7. Foram aplicados, inicialmente, procedimentos estatísticos descritivos, incluindo distribuição de frequências para as variáveis qualitativas e medidas de tendência central e desvio-padrão (DP). Para a análise de associação entre as variáveis independentes e as dependentes, foi empregado o teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) ou o Teste Exato de Fisher, considerando um nível de significância de 0,05.

É válido considerar que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e obteve parecer favorável (CEP nº 1.269.652).

## RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 99 idosos cadastrados em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde pertencente a V secretaria regional de saúde de Fortaleza-CE. No que se refere ao perfil sociodemográfico, observou-se que 56 (56,5%) dos participantes pertenciam ao sexo feminino. A média de idade correspondeu a 70,4 anos (DP=8,0). Já a de escolaridade foi de 3,9 anos (DP=3,3). O estado civil mais observado foi casado

60 (60,6%), seguido por viúvo 24 (24,2%). Em relação ao número de filhos, obteve-se uma média de 4,7 filhos por idoso (DP=3,1). A renda familiar referida foi em média de 1,6 salários mínimos, sendo que 73 (73,7%) os idosos afirmaram serem aposentados.

Quanto aos hábitos de vida, 67 (66,8%) dos idosos afirmaram história atual ou passada de tabagismo e 16 (16%) com o álcool. A inatividade física foi referida por 85 (85,8%) dos participantes. As justificativas mais apontadas foram: falta de disposição 37 (37,3%), dificuldade motora 25 (25,2%) e falta de tempo 16 (16,1%).

No que se refere à percepção de saúde, a maioria dos idosos (66,6%) (n=66) considerava sua saúde regular. A presença de doenças crônicas foi referida por 81,8% (n=81) dos participantes, sendo a hipertensão arterial (60,6%) (n=49), diabetes mellitus (39,3%) (n=32), catarata (27,2%) (n=22), obesidade (25,2%) (n=20) e doenças osteomusculares (20,2%) (n=16) as mais observadas. Os fármacos referidos como os mais utilizados entre os idosos foram os cardiovasculares (60,6%) (n=60).

Segundo o APGAR Familiar, as famílias foram classificadas em funcionais e disfuncionais. Os resultados evidenciaram que a percepção de Boa Funcionalidade Familiar (BFF) foi estimada em 67 (67,6%). A Disfuncionalidade Familiar (DF) foi de 32 (32,3%), em que 14 (14,1%) apresentaram Moderada Disfunção Familiar (MDF) e 18 (18,1%) apresentaram Elevada Disfunção Familiar (EDF).

Corresponde às dimensões do APGAR Familiar de idosos: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva, segundo a satisfação em relação à família. Na dimensão adaptação, 63 (64,2%) responderam estar sempre satisfeitos; no tocante à dimensão desenvolvimento, 64 (64,6%) responderam sempre e essa dimensão diz respeito à aceitação da família frente ao desejo do idoso iniciar novas atividades ou modificar seu estilo de vida.

No que se refere à dimensão capacidade

resolutiva, 64 (64,6%) responderam sempre estar satisfeitos com a maneira como os membros da família se organizam para dispor de tempo que permita atenção, escuta e diálogo para com os idosos. Nessa dimensão, observou-se uma maior frequência de respostas nunca 10 (16,1%) quando comparada com as demais dimensões. Na dimensão companheirismo, que corresponde à forma como são discutidas questões de interesse e reciprocidade na comunicação familiar, 29 (29,2%) dos idosos responderam algumas vezes.

Na avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), observou-se que 82 (82,8%) dos idosos demonstraram independência para todas as atividades e 17,1% (n=17) são dependentes em uma ou mais atividades. Considerando-se,

isoladamente, cada uma das ABVDs, a maioria dos idosos foi classificada como independentes, contudo, o item “Alimentar-se” teve o maior desempenho entre as atividades realizáveis 97 (98%). A atividade que teve o segundo melhor desempenho foi “Uso do vaso sanitário” 95 (96%).

Quanto às atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), percebeu-se que 59 (59,6%) dos idosos foram classificados como independentes e 40 (40,4%) autorreferiram capacidade funcional comprometida com dependência parcial. Avaliando cada item do instrumento, “trabalhos manuais” foi a atividade que mais apresentou nível de dependência 25 (25,5%), seguido pela atividade “fazer compras” 21 (22,2%) e lavar roupas 20 (20,2%).

**Tabela 1** – Associação entre variáveis independentes e dependentes de idosos participantes da pesquisa em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, 2019.

Variáveis	APGAR			AIVD		ABVD	
	E (%)	M (%)	B (%)	I (%)	D (%)	I (%)	D*(%)
<b>Sexo</b>							
Masculino	08 (18,6)	04 (9,3)	31 (72,1)	16 (37,2)	27 (62,8)	33 (76,7)	10 (23,3)
Feminino	10 (17,9)	10 (17,9)	36 (64,3)	24 (42,9)	32 (57,1)	49 (87,5)	07 (12,5)
	p = 0,4758 <sup>#</sup>			p = 0,5703 <sup>1</sup>		p = 0,1596 <sup>1</sup>	
<b>Faixa Etária</b>							
60 – 69 anos	11 (19,6)	05 (8,9)	40 (71,4)	16 (28,6)	40 (71,4)	49 (87,5)	07 (12,5)
70 – 79 anos	03 (12,0)	05 (20,0)	17 (68,0)	14 (56,0)	11 (44,0)	18 (72,0)	07 (28,0)
80 ou mais anos	04 (22,2)	04 (22,2)	10 (55,6)	10 (55,6)	08 (44,4)	15 (83,3)	03 (16,7)
	p = 0,4374 <sup>#</sup>			p = 0,0235 <sup>1</sup>		p = 0,2318 <sup>#</sup>	
<b>Estado Civil</b>							
Com companheiro	11 (18,3)	07 (11,7)	42 (70,0)	26 (43,3)	34 (56,7)	51 (85,0)	09 (15,0)
Sem companheiro	07 (18,0)	07 (18,0)	25 (64,1)	14 (35,9)	25 (64,1)	31 (79,5)	08 (20,5)
	p = 0,6760 <sup>1</sup>			p = 0,4612 <sup>1</sup>		p = 0,4772 <sup>1</sup>	
<b>Reside com Filhos</b>							
Sim	08 (16,7)	08 (16,7)	32 (66,6)	21 (43,8)	27 (56,2)	39 (81,2)	09 (18,8)
Não	10 (19,6)	06 (11,8)	35 (68,6)	19 (37,2)	32 (62,8)	43 (84,3)	08 (15,7)
	p = 0,7589 <sup>1</sup>			p = 0,5104 <sup>1</sup>		p = 0,6862 <sup>1</sup>	
<b>Renda Familiar</b>							
Até um salário	07 (13,7)	09 (17,7)	35 (68,6)	20 (39,2)	31 (60,8)	42 (82,4)	09 (17,6)
Mais de um salário	11 (22,9)	05 (10,4)	32 (66,7)	20 (41,7)	28 (58,3)	40 (83,3)	08 (16,7)
	p = 0,3540 <sup>1</sup>			p = 0,8038 <sup>1</sup>		p = 0,8971 <sup>1</sup>	

continua...

... continuação tabela 1

Variáveis	APGAR			AIVD		ABVD	
	E (%)	M (%)	B (%)	I (%)	D (%)	I (%)	D*(%)
Histórico de Tabagismo							
Sim	13 (19,7)	12 (18,2)	41 (62,1)	28 (43,9)	37 (56,1)	52 (78,8)	14 (21,2)
Não	05 (15,2)	02 (6,1)	26 (78,8)	11 (33,3)	22 (66,7)	30 (90,9)	03 (9,1)
		$p = 0,1792^{\#}$		$p = 0,3106^1$		$p = 0,1647^2$	
Atividade Física							
Sim	01 (7,1)	01 (7,1)	12 (85,8)	04 (28,6)	10 (71,4)	13 (92,9)	01 (7,1)
Não	17 (20,0)	13 (15,3)	55 (64,7)	36 (42,4)	49 (57,6)	69 (81,2)	16 (18,8)
		$p = 0,2950^{\#}$		$p = 0,3301^1$		$p = 0,4529^2$	
Autopercepção de Saúde							
Ótima/boa	03 (15,0)	02 (10,0)	15 (75,0)	07 (35,0)	13 (65,0)	19 (95,0)	01 (5,0)
Regular	08 (12,1)	08 (12,1)	50 (75,8)	24 (36,4)	42 (63,6)	55 (83,3)	11 (16,7)
Ruim/péssima	07 (53,8)	04 (30,8)	02 (15,4)	09 (69,2)	04 (30,8)	08 (61,5)	05 (38,5)
		$p = 0,0006^{\#}$		$p = 0,0752^{\#}$		$p = 0,0442^{\#}$	
Doença Crônica							
Sim	16 (19,8)	11 (13,6)	54 (66,7)	36 (44,4)	45 (55,6)	65 (80,2)	16 (19,8)
Não	02 (11,1)	03 (16,7)	13 (72,2)	04 (22,2)	14 (77,8)	17 (94,4)	01 (5,6)
		$p = 0,6800^{\#}$		$p = 0,1121^2$		$p = 0,1868^2$	
Uso Contínuo de Medicamentos							
Sim	16 (20,5)	10 (12,8)	52 (66,7)	35 (44,9)	43 (55,1)	64 (82,1)	14 (17,9)
Não	02 (9,5)	04 (19,1)	15 (71,4)	05 (23,8)	16 (76,2)	18 (85,7)	03 (14,3)
		$p = 0,4475^{\#}$		$p = 0,0808^1$		$p = 0,6927^1$	
ABVD							
Independência	13 (15,8)	10 (12,2)	59 (72,0)	29 (35,4)	53 (64,6)		
Dependência*	05 (29,4)	04 (23,5)	08 (47,1)	11 (64,7)	06 (35,3)		
		$p = 0,1359^{\#}$		$p = 0,0248^1$			
AIVD							
Independência	09 (22,5)	08 (20,0)	23 (57,5)				
Dependência	09 (15,2)	06 (10,2)	44 (74,6)				
		$p = 0,18781$					

Legenda: E - elevada disfunção familiar; M - moderada disfunção familiar; B - boa funcionalidade familiar; I - independência; D - dependência parcial; D\* - dependência em pelo menos uma atividade;

Testes Estatísticos Não Paramétricos: 1 Teste Qui-quadrado; 2 Teste Exato de Fisher;

Observação: #Valor esperado inferior a cinco, o Qui-quadrado pode não ser um teste válido.

Na análise bivariada, ocorreu associação significativa entre idade e classificação de AIVD ( $p=0,023$ ). Notou-se que na faixa etária entre 60 e 69 anos, 40 (40,4%) dos participantes apresentaram dependência na AIVD. A autopercepção em saúde mostrou associação estatisticamente significativa com o APGAR familiar ( $p=0,0006$ ), uma vez que os idosos que responderam ótima\boa ou regular sobre a

autopercepção de sua saúde, apresentaram boa funcionalidade familiar.

Notou-se também associação com significância estatística entre as variáveis ABVD e AIVD ( $p = 0,024$ ), pois 82 (82,8%) dos idosos mostraram-se independentes para as ABVD. Todavia, 64 (64,6%) deles apresentaram dependência em relação a, pelo menos, uma atividade de acordo como as AIVD.

## DISCUSSÃO

Em conformidade com o observado em outros estudos, a participação feminina foi predominante. A feminização da velhice é um fenômeno amplamente observado na dinâmica demográfica mundial, alcançando mais da metade da população idosa do Brasil<sup>8</sup>.

Notou-se ainda reduzido nível de escolaridade entre os participantes do estudo. Acredita-se que tal fato esteja relacionado às restrições educacionais vivenciadas em épocas passadas, sobretudo em culturas tradicionais, onde as mulheres dedicavam-se exclusivamente às atividades domésticas. No tocante à assistência à saúde, a baixa escolaridade associa-se a menor detenção de informações, tornando pouco efetiva as ações de educação em saúde junto a idosos, bem como a realização do autocuidado pelos mesmos<sup>9</sup>.

Em relação aos hábitos de vida, percebeu-se que o tabagismo foi referido pela maioria dos idosos 67 (66,6%). Tal prática é considerada deletéria ao organismo, uma vez que é responsável pela diminuição da expectativa e qualidade de vida. Nas mulheres, o uso regular de tabaco reduz em média 4,47 anos de vida. Nos homens, a mesma redução é de 5,03 anos. Em 2011, o tabagismo foi responsável por 147.072 óbitos, 157.126 infartos agudos do miocárdio, 75.663 acidentes vasculares cerebrais e 63.753 diagnósticos de câncer<sup>10</sup>. Diante disso, julga-se necessário o desenvolvimento de estratégias

de saúde acessíveis e adequadas a capacidade intelectual desses idosos, visando à reversão desses indicadores de saúde e melhoria do ciclo vital da população geriátrica.

Acerca dos hábitos de vida, a inatividade física foi referida por 85 (85,8%) dos participantes, sendo justificada, principalmente, pela falta de disposição 37 (37,3%) e dificuldade motora 25 (25,2%). Independente da existência de patologias associadas ao processo de envelhecimento, os idosos estão sujeitos a alterações estruturais e funcionais, como a diminuição da massa muscular e óssea, redução da flexibilidade, capacidade de exercício limitada e capacidade vital reduzida. Essas características, inerentes a longevidade, contribuem para redução do percentual de idosos ativos fisicamente, desencadeando maiores chances de os mesmos desenvolverem patologias de caráter crônico<sup>11</sup>.

A presença de doenças crônicas foi referida pela maioria dos participantes. Esse fato tem sido apontado por estudos que reiteram o aumento da vulnerabilidade a tais morbidades a medida que a idade avança. As doenças crônicas atingem todos os indivíduos de qualquer classe socioeconômica. Todavia, os idosos são os mais suscetíveis a seu desenvolvimento<sup>12</sup>. Nesse sentido, existe uma preocupação real das autoridades em saúde, uma vez que no Brasil a cada ano são incorporados 650 mil novos idosos, a maior parte com doenças crônicas e

alguns com limitações funcionais resultantes desses problemas de saúde<sup>13</sup>.

Acredita-se que a presença dessas patologias tenha contribuído para percepção insatisfatória (regular) dos idosos em relação à própria saúde, referida por 66 (66,6%) dos participantes. A autoavaliação da saúde é um importante preditor de sobrevivência entre os idosos, pois é útil na avaliação da morbimortalidade desse público. A percepção negativa em relação ao próprio estado de saúde leva ao desenvolvimento de dependência em relação aos serviços de saúde, elevando os gastos públicos e reduzindo a qualidade de vida da população geriátrica<sup>14</sup>.

No que diz respeito à avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD), 17 (17,1%) dos idosos relataram dependência em uma ou mais atividades. Quanto às atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), 40 (40,4%) autorreferiram capacidade funcional comprometida com dependência parcial, revelando a existência de incapacidade/comprometimento funcional entre os longevos.

As ABVDs, atividades voltadas para o autocuidado, e AIVDs, habilidades de mobilidade ou atividades para manutenção do ambiente, são amplamente utilizadas para avaliação da capacidade funcional da população geriátrica<sup>15</sup>. Os resultados mostraram uma associação entre essas variáveis, o que indica que idosos que apresentam dificuldade em executar atividades básicas tendem a não conseguir realizar tarefas mais complexas, essenciais para uma vida independente<sup>16</sup>.

Em relação à avaliação do APGAR da família, os dados obtidos revelaram índice de famílias funcionais 67 (67,6%) em sobreposição às famílias disfuncionais 32 (32,3%), significando que a maioria dos idosos demonstraram satisfação com o atendimento de suas demandas pela família nas dimensões avaliadas. No entanto, um considerável número de famílias foi considerado disfuncional 32 (32%).

O envelhecimento favorece o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, que aumentam a fragilidade e incapacidades físicas e mentais no idoso.

Somado a isso, há o declínio funcional, inerente ao processo de envelhecimento. Essas condições alteram a qualidade de vida dos longevos, dificultando a realização de tarefas anteriormente executadas com facilidade, tornando-os dependentes de terceiros para realização de suas atividades cotidianas<sup>18</sup>. Nesse contexto, o apoio familiar é imprescindível para manutenção da saúde e bem-estar dos idosos.

O cuidado direcionado a população geriátrica, muitas vezes, gera conflitos para o cuidador, uma vez que o mesmo se depara com a sobrecarga e stress desencadeados pela dependência total ou parcial do idoso<sup>21</sup>. Apesar disso, no presente estudo, os idosos relataram satisfação com os relacionamentos familiares, como adaptação e companheirismo.

Uma pesquisa apontou que a fragilização do idoso é um processo que ocorre naturalmente, independente da instalação de patologias<sup>19</sup>. Isso corrobora a associação estatisticamente significativa entre idade e classificação de AIVD ( $p=0,023$ ), com base na qual se observa a relação entre idosos apresentaram dependência nas AIVD, que são atividades mais elaboradas e envolvem estado intelectual e interação social. A associação entre ABVD e AIVD ( $p = 0,024$ ) pode também estar relacionadas a essa fragilização, uma vez que os idosos que não conseguem realizar atividades básicas apresentaram igual indisponibilidade para fazer tarefa mais complexas.

Com o rápido envelhecimento populacional, a incapacidade funcional tornou-se um indicador importante da saúde de idoso no Brasil, pois representa o comprometimento da qualidade de vida e aumento na utilização dos serviços de saúde, além de estar associada com a maior mortalidade nos idosos<sup>20</sup>. No que se refere às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), é possível verificar que os idosos gozam de boa autonomia e independência no desempenho de suas tarefas, uma vez que a maioria afirma desempenhá-las sem ajuda.

Obteve-se, ainda, associação positiva entre as variáveis autopercepção de saúde e APGAR familiar ( $p=0,0006$ ), pois proporção

significativa de idosos que afirmaram apresentar ótima\boa ou regular autopercepção de sua saúde, apresentaram boa funcionalidade familiar, ressaltando a importância da família para manutenção do bem-estar da população geriátrica.

A manutenção da boa relação social é considerada uma importante estratégia para o auxílio no enfrentamento das adversidades cotidianas e sentimento de solidão. Assim, a família se torna a principal rede de suporte para o idoso, sendo o bom convívio com a mesma um fator importante para o bem-estar e qualidade de vida dos idosos<sup>21</sup>.

Este estudo apresenta algumas limitações a serem superadas em investigações posteriores. Dentre elas, encontra-se o fato de a pesquisa ter sido desenvolvida apenas em uma UAPS e com uma amostra relativamente pequena. Reconhece-se, ainda, que este estudo não se constitui em um esgotamento na avaliação da funcionalidade familiar e os fatores associados, uma vez que utilizou o delineamento de pesquisa transversal, a qual não permite inferir causalidade.

Diante disso, reforça-se a necessidade da realização de outras pesquisas nessa mesma linha temática, inclusive em outras regionais de Fortaleza, para obtenção de um panorama mais ampliado das realidades de saúde da população

idoso e do seu convívio familiar. Reitera-se que o conhecimento da funcionalidade familiar, bem como dos fatores a ela associadas é importante para o desenvolvimento de estratégias de assistência de enfermagem mais efetivas e capazes de atender as demandas crescentes dos idosos e de suas famílias.

Em síntese, os achados deste estudo trazem consideráveis contribuições para a enfermagem, enquanto ciência e profissão. Assim, ao avaliar os fatores associados à funcionalidade familiar de idosos, esta pesquisa gerou informações que poderão ser úteis para direcionar o foco das ações de enfermagem ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família. A partir dessas informações, o enfermeiro poderá concentrar sua assistência nos principais fatores que interferem na funcionalidade familiar dos idosos, direcionando o cuidado para as reais necessidades desse público.

Além disso, os resultados desta pesquisa poderão, juntamente com o conhecimento já produzido sobre a temática funcionalidade familiar em idosos, subsidiar o ensino da enfermagem no tocante ao processo de cuidar na saúde do idoso. Isso porque o enfermeiro que irá atuar na prática clínica precisa estar munido de um aporte teórico-científico que fundamentará sua assistência ao idoso e seus familiares.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a capacidade funcional dos idosos participantes ainda reflete uma expressiva dependência para as atividades instrumentais de vida diária. A idade foi uma variável que apresentou relação com essas atividades e deve ser considerada pelo enfermeiro ao analisar aspectos clínicos da independência do idoso na realização de tarefas domésticas, como lavagem de roupa e manejo da medicação.

Não foi possível observar uma associação

significativa entre a capacidade funcional e a funcionalidade familiar de idosos, embora a maioria possuísse famílias funcionais, o que é um fator positivo para o bem-estar do idoso. A autopercepção de saúde parece estar relacionada ao APGAR familiar. O enfermeiro deve atentar-se para isso, pois a autopercepção de saúde pode estar relacionada a ruídos e falhas no convívio familiar e pode interferir no comportamento de saúde do indivíduo.

A ABVD apresentou associação com a AIVD. Esse achado também deve ser considerado no cuidado clínico de enfermagem, pois idosos com dificuldades para realizar tarefas simples podem não conseguir fazer atividades mais

sofisticadas. As informações trazidas por este poderão nortear a avaliação do enfermeiro e lhe dar suporte para intervir de maneira mais eficaz e assertiva na melhoria da funcionalidade familiar de idosos.

## REFERÊNCIAS

1. Campos AC, Rezende GP, Ferreira EF, Vargas AM, Gonçalves LH. Family functioning of Brazilian elderly people living in community. *Acta paul. Enferm* [Internet]. 2017[cited 2019 Sep 21];30(4):358-367. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000400358&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000400358&lng=en).
2. Silva DM, Vilela ABA, Souza AS, Alves MR, Silva DM, Souza TO. Evaluation of family functionality of elderly. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2019 mar 09];7(9):5550-6. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13673/16563>.
3. Vera I, Lucchese R, Munari DB, Nakatani AYK. Using the family APGAR score to evaluate family relationships in the elderly: an integrative review. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2014 [cited 2019 mar 09];16(1):199-210. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a23.pdf>.
4. Marzola TS, Molina NPFM, Assunção LM, Tavares DMS, Rodrigues LR. A importância do funcionamento das famílias no cuidado ao idoso: fatores associados. *REFACS* [Internet]. 2020 [31 mar. 20]; 8(1):78-86. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3941/pdf>.
5. Ferreira YCF, Santos LF, Brito TRP, Rezende FAC, Neto LSS, Osório NB et al. Funcionalidade familiar e sua relação com fatores biopsicossociais. *Humanidades & Inovação* [Internet]. 2019 [31 mar 20]; 6(11):158-166. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1582>.
6. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes, GLA, Silva M.J.; Oliveira RDP, Gouveia AM. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare enferm* [Internet]. 2011 [citado 2019 mar 09];16(1):22-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21107>.
7. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. Descrição da Secretaria Executiva Regional V. Prefeitura Municipal Fortaleza. Fortaleza: Prefeitura Municipal Fortaleza; 2013 [citado em 2019 mar 10]. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/DESENVOLVIMENTO%20HUMANO%20POR%20BAIRRO%20DE%20FORTALEZA.pdf>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2019 mar 10]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf).
9. Santos AA, Pavarini SCI; Barham EJ. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2011 [citado 2019 mar 09];20(1):102-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/12.pdf>.
10. Meira EC, Reis LA, Gonçalves LHT, Rodrigues VP, Philipp RR. Women's experiences in terms of the care provided to dependent elderly: gender orientation for care. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 21]; 21(2). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000200217&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200217&lng=en).
11. Motta MDC, Peternella FMN, Santos AL, Teston EF, Marcon SS. Educação em saúde junto a idosos com hipertensão e diabetes: estudo descritivo. *Rev Uningá Review* [Internet]. 2014 [citado 2019 mar 09];18(2):48-53. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1502>.
12. Barbosa MB, Pereira CV, Cruz DT, Leite ICG. Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet]. 2018[citado 2019 Set 21];21(2):123-133. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000200123&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200123&lng=pt).
13. Vagetti GC, Oliveira V, Silva MP, Pacífico AB, Costa TRA, Campos W. Association of body mass index with the functional fitness of elderly women attending a physical activity program. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 Sep 21];20(2): 214-224. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232017000200214&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000200214&lng=en).
14. Castro JMF, Frangella VS, Hamada MT. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2017 [citado 2019 mar 09]; 42(1):55-59. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/download/951/763>.
15. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o sistema público de saúde. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2015 [citado 2019 mar 09];18(1):325-39. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>.
16. Silva VH, Rocha JSBC, Antonio P. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018 [citado 2019 mar 09]; 23(5):1611-1620. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1611.pdf>.
17. Santos GLA, Santana RF, Broca PV. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos:

- etnoenfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [citado 2019 mar 09];20(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160064.pdf>.
18. Farías-Antúnez S, Lima NP, Bierhals IO, Gomes AP, Vieira LS, Tomasi E. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living: a population-based study with elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2014. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 21];27(2). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000200307&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200307&lng=en).
19. Teston EF, Silva ACP, Marcon SS. Percepção de pacientes onco geriátricos sobre a funcionalidade familiar. Rev min Enferm [Internet]. 2017 [citado 2019 mar 10]:21. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1168>.
20. Nascimento CM, Ribeiro AQ, Cotta RMM, Acurcio FA, Peixoto SV, Priore SE, Franceschini SCC. Factors associated with functional ability in Brazilian elderly. Arq. Geriatr. Gerontol [Internet]. 2012 [cited 2019 mar 10]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494311002512?via%3Dihub>.
21. Silva MO, Santos AS, Angelotti LCZ, Andrade VS, Tavares GS. Trabalho, atividades de lazer e apoio familiar: fatores para proteção da qualidade de vida de idosos residentes no município de Sacramento-MG. Rev Ter Ocup Univ [Internet]. 2017 [citado 2019 mar 10];28(2):163-72. Disponível: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/113975>.

Recebido em outubro de 2019.  
Aceito em abril de 2020.