

FATORES ASSOCIADOS À DISFUNCIONALIDADE FAMILIAR EM IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS¹

Ivania Vera², Roselma Lucchese³, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani⁴, Geraldo Sadoyama⁵, Maria Márcia Bachion⁶, Vanessa da Silva Carvalho Vila⁷

¹ Trabalho extraído da tese - Avaliação da funcionalidade familiar por idosos, apresentado ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem (FEN). Universidade Federal de Goiás (UFG), 2013.

² Doutora em Enfermagem. Orientadora no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Gestão Organizacional da UFG. Catalão, Goiás, Brasil. E-mail: ivaniavera@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Docente no Curso de Enfermagem na UFG. Orientadora no Programa de Pós-Graduação da UFG. Catalão, Goiás, Brasil. E-mail: rosalmalucchese@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Orientadora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FEN/UFG. Catalão, Goiás, Brasil. E-mail: adeliafen@gmail.com

⁵ Doutor em Imunologia e Parasitologia. Docente no Curso de Ciências Biológicas da UFG. Catalão, Goiás, Brasil. E-mail: gsadoyama@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Docente na FEN/UFG. Catalão, Goiás, Brasil. E-mail: mbachion@gmail.com

⁷ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Gastronomia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: vscvila@uol.com.br

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados à disfuncionalidade familiar, bem como a capacidade funcional da comunidade idosa da capital do Estado de Goiás. Estudo transversal, analítico, desenvolvido com idosos que relataram disfuncionalidade familiar. Foram analisadas a capacidade global e a dinâmica familiar. Para os 149 idosos com disfuncionalidade familiar, houve prevalência do gênero feminino, faixa etária dos 60 a 69 anos, estado civil casado, lares multipessoais, saúde regular e presença de dor. A avaliação da capacidade funcional revelou dependência parcial para autocuidado. Na dinâmica familiar, os aspectos mais frágeis foram o diálogo e o tempo que a família compartilha, com satisfação moderada para todos os domínios. A elevada disfunção familiar permaneceu associada à queda ($p=0,003$) e ao episódio pregresso de infarto agudo do miocárdio ($p=0,004$) na análise de Poisson. Os idosos expressaram autonomia e capacidade funcional preservadas quanto ao autocuidado e ao convívio social.

DESCRIPTORES: Enfermagem. Idoso. Família. Relações familiares. Estudos transversais.

FACTORS ASSOCIATED WITH FAMILY DYSFUNCTION AMONG NON-INSTITUTIONALIZED OLDER PEOPLE

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the factors and their prevalence associated with family dysfunction, as well as the functional capacity of the elderly population, in the capital of the state of Goiás, Brazil. This was a cross-sectional and analytical study, which was developed with elderly people who reported family dysfunction. Global capacity and family dynamics were analyzed. For the 149 elderly people with family dysfunction, there was prevalence of the female gender, aged between 60 to 69, married, multi-person home, normal health, and presence of pain. Functional capacity evaluation revealed partial dependence for self-care. In the family dynamics, dialog and time shared by the family were the most fragile aspects, with moderate satisfaction for all domains. High family dysfunction remained associated with falls ($p=0.003$) and previous episodes of acute myocardial infarction ($p=0.004$) using Poisson's analysis. The elderly expressed preserved functional autonomy and capacity regarding self-care and social living.

DESCRIPTORS: Nursing. Aged. Family. Family relations. Cross-sectional studies.

FACTORES ASOCIADOS CON DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia y los factores asociados a la disfuncionalidad familiar y la capacidad funcional de la comunidad anciana de la capital de Goiás, en Brasil. Estudio trasversal, analítico, desarrollado con ancianos que relataron disfuncionalidad familiar. Fueron analizadas la capacidad global y la dinámica familiar. Para los 149 ancianos con disfuncionalidad familiar, hubo prevalencia del género femenino, edad de 60 a 69 años, estado civil casado, hogares multipersonales, salud regular y presencia de dolor. La evaluación de la capacidad funcional mostró dependencia parcial para autocuidado. En la dinámica familiar, los aspectos más frágiles fueron dialogo y tiempo que la familia se queda junto, con satisfacción moderada para todos los dominios. El alta disfuncionalidad familiar permaneció asociada a la queda ($p=0,003$) y al episodio anterior de infarto agudo de miocardio ($p=0,004$) en el análisis de Poisson. Los ancianos expresaron envejecimiento activo con autonomía y capacidad funcional preservadas con relación al autocuidado y al convívio social.

DESCRIPTORES: Enfermería. Anciano. Familia. Relaciones familiares. Estudios transversales.

INTRODUÇÃO

Para um processo de envelhecimento ativo e saudável, é reconhecido o papel fundamental da família no cuidar do idoso. A família é considerada um sistema vivo e o principal ambiente social do indivíduo, no qual são compartilhadas as crenças, os valores, as atitudes e os comportamentos construídos ao longo da história individual e coletiva desse grupo social.¹⁻³

Sabe-se que quanto mais harmonioso e equilibrado for o sistema familiar, melhor é a adaptação do indivíduo frente às demandas relacionadas ao processo de envelhecimento, uma vez que a manutenção das boas relações familiares e as mudanças positivas no seio familiar são oriundas de vínculos fortes previamente estabelecidos.^{1,2} Em contrapartida, quando o sistema familiar apresenta dificuldades em aceitar e entender o processo de envelhecimento de um de seus membros, a convivência familiar se torna conflituosa e pode trazer repercussões físicas, emocionais, sociais e econômicas para o enfrentamento dessa etapa no ciclo de vida familiar.⁴

Outros fatores também merecem atenção para a funcionalidade familiar, os quais requerem (re)estruturação e (re)adequação, tais como condições sociais, composição familiar, falta de adaptabilidade às mudanças e papéis de seus membros, além dos aspectos intrínsecos a idade, sexo e capacidade cognitiva.⁴⁻⁷

Alguns desafios são enfrentados por famílias com pessoas idosas. Esses desafios se relacionam às altas taxas de incapacidades, limitações funcionais, deficiências sensoriais, demenciais e elevada frequência de condições crônicas associadas ao envelhecimento, como doenças cardiovasculares, diabetes e doenças osteomusculares.⁵⁻⁷

Nesse sentido, o tratamento e o cuidado com idosos, a complexidade das condições de saúde e os custos podem determinar a qualidade das relações familiares e interferir na funcionalidade familiar, reconhecida como variável preditora para o envelhecimento ativo e saudável.⁸ Assim, a funcionalidade familiar tem sido objeto de estudo frente ao envelhecimento,⁹⁻¹⁰ associada ao papel do cuidador¹¹⁻¹³ e à vivência de condições crônicas.^{9,14-15}

Por definição, uma família é considerada funcional quando há demarcação de tarefas ou funções claras e aceitas pelos membros familiares, no auxílio à resolução de problemas utilizando recursos próprios.^{5,16} Em situação oposta, a família disfuncional é aquela em que se presenciam

desrespeito, sobreposição na hierarquia, ruídos na comunicação e não (re)organização do sistema familiar, na articulação de forças para resolução de problema.^{5,16}

Outros estudos científicos associaram a disfuncionalidade familiar à solidão em idosos,⁷ à falta de atenção e de promoção de cuidado familiar a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs),⁹ à solidão em portadores de HIV/aids,¹⁷ ao baixo apoio social e à sobrecarga de cuidadores de idosos,¹² além de sintomas depressivos.¹⁸⁻¹⁹

Diante do exposto, este estudo preocupou-se com a disfuncionalidade familiar pelo fato de que tal condição indica relações frágeis, que merecem melhor investigação por parte dos profissionais de saúde. Somado a isso, há uma insuficiência no conhecimento acerca da compreensão da funcionalidade familiar de idosos, assim como na verificação dos fatores associados à disfuncionalidade familiar e que precisam de intervenções para promoção da saúde da família.^{4,20}

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência e os fatores associados à disfuncionalidade familiar, bem como a capacidade funcional da comunidade idosa da capital brasileira.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo e analítico, que se constitui em um recorte da pesquisa matriz, conduzida pela Rede de Vigilância à Saúde do Idoso (REVISI), intitulada Situação de saúde da população idosa do município de Goiânia, Goiás.

O processo de amostragem da pesquisa matriz deu-se por conglomerados, em múltiplos estágios. O tamanho da amostra probabilística foi calculado considerando a população de idosos de Goiânia (1.249.645 de pessoas ou 7% da população, no ano base 2007), a partir do nível de confiança de 95%, nível de significância de 5%, frequência esperada de 30% para os agravos estudados no projeto matriz, precisão absoluta de 5%, efeito de desenho da amostra por conglomerados de 1,8 e acréscimo de 11% para possíveis perdas.

O cálculo da amostra foi realizado no sítio *OpenEpi*® versão 2.3.1 (2010), resultando em uma amostra representativa da população de idosos residentes na zona urbana de Goiânia de 934 idosos.

Este estudo analisou 149 idosos que, na avaliação da dinâmica familiar, por meio do índice de APGAR de Família, indicaram escores finais compatíveis com disfuncionalidade familiar.

Assim, considerou-se elegível: (1) indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos; (2) que residia na área urbana de Goiânia; e (3) que morava no domicílio visitado. Os dados foram coletados entre os meses de dezembro de 2009 e abril de 2010, por pesquisadores de campo treinados para estudos seccionais nos domicílios sorteados.

Os idosos foram entrevistados em seus domicílios após consentimento, em espaço reservado. Aplicou-se um roteiro de entrevista estruturado, composto por informações acerca da identificação do sujeito, caracterização sociodemográfica, perfil social, dados sobre o cuidador, saúde geral do idoso autorreferida, avaliação da dor autorreferida, avaliação funcional, por meio das escalas de Atividade Básica de Vida Diária (ABVD)²¹ e Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD),²² quedas, acesso a serviços de saúde, APGAR de Família e Miniexame do Estado Mental (MEEM).

Na avaliação funcional, foram utilizadas as escalas de avaliação da ABVD²¹ e da AIVD,²² recomendadas pelo Ministério da Saúde⁵ para avaliação da capacidade funcional do idoso na Atenção Primária e utilizadas em estudos nacionais.^{11,23}

As ABVDs avaliadas foram: transferência, ir ao banheiro, continência, vestir, tomar banho e alimentação. Para mensurar o grau de dependência, foi estabelecida uma escala que variava de A (independência nas atividades) a G (dependência em todas as atividades).²¹ Neste estudo, essa variável foi escalonada em independência total, dependência parcial (quando o idoso referia alguma incapacidade funcional) e totalmente dependente para as ABVDs.

As AIVDs avaliadas foram: usar o telefone, meio de transporte, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais, lavar e passar roupa, tomar remédios e cuidar das finanças.²² Essas atividades compuseram uma escala de 9 a 27 pontos, no qual 9 se referiu à dependência total e 27, à independência. A partir dessas atividades, consideraram-se independência total, dependência parcial e totalmente dependente para as AIVDs.

Para avaliar a satisfação subjetiva com o cuidado recebido dos participantes familiares, utilizou-se o instrumento APGAR de Família. Traduzido e validado no Brasil, o índice mensura a dinâmica de funcionamento familiar, como um recurso ou como um fator estressor.²⁴ O acrônimo APGAR é derivado de: *Adaptation* (Adaptação), *Partnership* (Companherismo), *Growth* (Desenvolvimento), *Affection* (Afetividade) e *Resolve* (Capa-

cidade Resolutiva). Esse instrumento auxiliou na ampliação da concepção das relações no contexto familiar, por ser prático e rápido de ser aplicado, além de ter fácil interpretação.²⁵

Aos domínios são atribuídos valores que, ao final, são somados, resultando em um escore total, cuja representação numérica relaciona-se diretamente com a condição da dinâmica familiar (boa funcionalidade, moderada ou elevada disfuncionalidade).^{5,24,26}

As opções de resposta para todas as questões do índice são zero, 1 e 2 pontos. Zero para a opção “nunca”, um para “algumas vezes” e dois “para sempre”. O total dos escores vai de zero a 10 pontos. A classificação da funcionalidade familiar corresponde de zero a 4, se elevada disfunção familiar (EDF); de 5 a 6, para moderada disfunção familiar (MDF); e de 7 a 10, para boa funcionalidade familiar (BFF).^{5,24,26}

A consistência interna do APGAR de Família quanto aos domínios demonstrou capacidade em representar o fenômeno, garantindo confiabilidade em suas propriedades psicométricas, com resultado alfa de 0,875 (prova de Kruskal-Wallis).²⁴ O alfa de Cronbach, no questionário aplicado na amostra dos 149 idosos, foi 0,711.²⁷⁻²⁸

A função cognitiva foi avaliada por meio do MEEM. Trata-se de um instrumento multiprofissional, que fornece informações sobre a orientação temporal, espacial, memória, atenção, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, escrita e cópia de desenho. Considerando que o ensino no país possui características regionais próprias, foram ponderadas as seguintes notas de corte por anos de escolaridade, conforme recomendado por estudiosos da área: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para 1 a 4 anos de escolaridade; 26 pontos para 5 a 8 anos de escolaridade; 28 pontos para 9 a 11 anos de escolaridade; 29 pontos para mais de 11 anos de estudo. O MEEM é de fácil aplicação e rápido no rastreamento da função cognitiva, estando indicado para ser usado em diversos cenários de prática. Nesta pesquisa, ele foi categorizado por ‘anos de estudo’ e dicotomizado em analfabetos e indivíduos com escolaridade variada.^{5,29} Escores inferiores devem ser encaminhados à avaliação neuropsicológica, para aprofundar investigação de perdas funcionais.^{5,29}

Para análise dos dados, considerou-se a variável de desfecho deste estudo expressa pela EDF. As variáveis preditoras foram os dados sociodemográficos, as condições de saúde autorreferidas e as capacidades funcional e cognitiva.

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 Science (SPSS)* para *Windows*, versão 20.0. Para análise de associação univariada entre a EDF e as variáveis preditoras, utilizou-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 análise multivariada foi realizada por meio da regressão de Poisson, com variância robusta, para identificar o possível efeito independente dos fatores associados à EDF. Para a construção do modelo, foram utilizadas as variáveis independentes, que obtiveram valor de $p \leq 0,20$ na análise univariada. Realizou-se o teste *chi-square goodness of fit* para verificar a adequação do modelo de análise multivariada.

As variáveis que entraram na análise multivariada foram escalonadas em três blocos, a saber:

o bloco 1 abrangeu variáveis socioeconômicas e demográficas, como estado civil, nível de escolaridade e ter filhos; o bloco 2, condições de saúde autorreferida, como dor, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), infarto agudo do miocárdio (IAM), déficit auditivo e quedas; e o bloco 3, capacidade funcional (dependência parcial e dependência total).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG), sob o protocolo 050/2009, e atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Com base no APGAR de Família, identificaram-se 149 idosos com DF correspondendo a 18,1% da amostra de idosos. A média de pontuação do índice APGAR foi de 4,01 ($\pm 1,842$). As características sociodemográficas da amostra estão expostas na tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis socioeconômicas e demográficas utilizadas para caracterizar os idosos de acordo com a disfuncionalidade familiar. Goiânia-GO, Brasil, dezembro de 2009 a abril de 2010 (n=149)

Variável	n (%)	Elevada disfunção		RP (IC95%)*	Valor de p†
		familiar n (%)	Moderada disfunção familiar n (%)		
Sexo					
Feminino	90 (60,4)	42 (46,7)	48 (53,3)	1,25 (0,84-1,86)	0,258
Masculino	59 (39,6)	22 (37,3)	37 (62,7)	1,00	
Faixa etária,					
60-69 anos	96 (64,4)	41 (42,7)	55 (57,3)	0,94 (0,65-1,37)	0,761
70-79 anos	40 (26,8)	17 (42,5)	23 (57,5)	0,97 (0,64-1,47)	0,866
80 anos ou mais	13 (8,8)	7 (53,8)	6 (46,2)	1,00	
Estado civil					
Casado	71 (47,7)	24 (33,8)	47 (66,2)	0,66 (0,45-0,97)	0,003†
Viúvo	44 (29,5)	17 (38,6)	27 (61,4)	0,86 (0,56-1,33)	0,490
Solteiro	20 (13,4)	15 (75,0)	5 (25,0)	1,97 (1,41-2,76)	0,002†
Divorciado	14 (9,4)	8 (57,1)	6 (42,9)	1,00	
Escolaridade					
Analfabeto	29 (19,5)	7 (24,1)	22 (75,9)	0,51 (0,26-1,00)	0,022†
Sabe ler e escrever	6 (4,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	1,00	
Primário	76 (51,0)	34 (44,7)	42 (55,3)	1,09 (0,75-1,58)	0,653
Ensino Médio	21 (14,1)	11 (52,4)	10 (47,6)	1,27 (0,80-2,00)	0,346
Superior	17 (11,4)	8 (47,1)	9 (52,9)	1,11 (0,65-1,91)	0,716
Filhos					
Sim	133 (89,3)	51 (38,3)	82 (61,7)	0,55 (0,39-0,78)	0,017†
Não	16 (10,7)	13 (81,25)	3 (18,75)	1,00	
Renda familiar do idoso‡					
Até 1	49 (35,8)	22 (44,9)	27 (55,1)	1,07 (0,72-1,59)	0,746
1-3	57 (41,6)	23 (40,4)	34 (59,6)	0,90 (0,60-1,33)	0,588
>3	31 (22,6)	14 (45,2)	17 (54,8)	1,00	

Variável	n (%)	Elevada disfunção	Moderada disfunção	RP (IC95%)*	Valor de p†
		familiar n (%)	familiar n (%)		
Residentes no domicílio					
Unirresidente	27 (18,5)	16 (59,3)	11 (40,7)	1,50 (1,02-2,20)	0,061
Com alguém	119 (81,5)	47 (39,5)	72 (60,5)	1,00	
Tipo de moradia					
Própria	105 (70,5)	42 (40,0)	63 (60,0)	0,89 (0,59-1,35)	0,584
Alugada	27 (18,1)	12 (44,4)	15 (55,6)	1,09 (0,68-1,76)	0,719
Outra	13 (8,8)	6 (46,2)	7 (53,8)	1,00	

* RP=Razão de prevalência, IC95%= intervalo de confiança de 95%; †p<0,05; ‡ salário mínimo em reais, que, no momento do estudo, correspondia a R\$ 510,00.

Ao avaliar o grau de satisfação com os domínios do APGAR de família, identificou-se que, para todos os domínios avaliados, os idosos mencionaram a satisfação moderada (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência dos domínios do APGAR de Família respondidos pelos idosos com disfuncionalidade familiar. Goiânia-GO, Brasil, dezembro de 2009 a abril de 2010 (n=149)

	<i>Adaptation</i> n (%)	<i>Partnership</i> n (%)	<i>Growth</i> n (%)	<i>Affection</i> n (%)	<i>Resolve</i> n (%)
[0] Nunca	38 (25,5)	43 (28,9)	36 (24,2)	36 (24,2)	42 (28,2)
[1] Às vezes	97 (65,1)	99 (66,4)	104 (69,8)	107 (71,8)	93 (62,4)
[2] Sempre	14 (9,4)	7 (4,7)	9 (6,0)	6 (4,0)	14 (9,4)
Total	149 (100,0)	149 (100,0)	149 (100,0)	149 (100,0)	149 (100,0)

Em relação às condições de saúde e EDF, foram prevalentes a autopercepção de saúde ruim/péssima (53,6%), dor nos últimos 3 meses (47,1%), DPOC (48,3%), osteoporose (48,3%), câncer (50%), IAM progressivo (75%) e quedas (60,5%). A procura do serviço de saúde foi de 43,0% e a prevalência de hospitalização no último ano de 42,4% (Tabela 3).

Tabela 3 - Variáveis de condições de saúde utilizadas para caracterização dos idosos de acordo com a disfuncionalidade familiar. Goiânia-GO, Brasil, dezembro de 2009 a abril de 2010 (n=149)

Variáveis	n (%)	Elevada disfunção	Moderada disfunção	RP (IC95%)*	Valor de p†
		familiar n (%)	familiar n (%)		
Autopercepção de saúde					
Ótima/boa	48 (32,2)	21 (43,75)	27 (56,25)	1,00 (0,68-1,48)	1,000
Regular	68 (45,6)	27 (39,7)	41 (60,3)	0,84 (0,58-1,22)	0,354
Ruim/péssima	28 (18,8)	15 (53,6)	13 (46,4)	1,00	
Dor					
Sim	104 (70,3)	49 (47,1)	55 (52,9)	1,38 (0,87-2,19)	0,143
Não	44 (29,7)	15 (34,1)	29 (65,9)	1,00	
Doença autorreferida					
Hipertensão					
Sim	94 (63,1)	38 (40,4)	56 (59,6)	0,86 (0,59-1,24)	0,415
Não	55 (36,9)	26 (47,3)	29 (52,7)	1,00	
Diabetes					
Sim	32 (21,5)	10 (31,3)	22 (68,8)	0,68 (0,39-1,17)	0,131
Não	117 (78,5)	54 (46,2)	63 (53,8)	1,00	
Doença pulmonar obstrutiva crônica					
Sim	24 (16,1)	14 (48,3)	10 (41,7)	1,45 (0,97-2,16)	0,103
Não	124 (83,3)	50 (40,3)	74 (59,7)	1,00	

Variáveis	n (%)	Elevada disfuncão familiar n (%)	Moderada disfuncão familiar n (%)	RP (IC95%)*	Valor de p†
Acidente vascular encefálico					
Sim	8 (5,4)	2 (25,0)	6 (75,0)	0,57 (0,17-1,92)	0,250
Não	141 (94,6)	62 (44,0)	79 (56,0)	1,00	
Doença osteomuscular					
Sim	30 (20,1)	15 (50,0)	15 (50,0)	1,21 (0,80-1,84)	0,395
Não	116 (78,9)	48 (41,4)	68 (58,6)	1,00	
Osteoporose					
Sim	29 (19,5)	14 (48,3)	15 (51,5)	1,16 (0,75-1,78)	0,518
Não	120 (80,5)	50 (41,7)	70 (58,3)	1,00	
Câncer					
Sim	4 (2,7)	2 (50,0)	2 (50,0)	1,17 (0,43-3,17)	0,576
Não	145 (97,3)	62 (42,8)	83 (57,2)	1,00	
Infarto agudo do miocárdio					
Sim	8 (5,4)	6 (75,0)	2 (25,0)	1,82 (1,17-2,85)	0,065
Não	141 (94,6)	58 (41,1)	83 (58,9)	1,00	
Défice Visual					
Sim	131 (87,9)	55 (42,0)	76 (58,0)	0,79 (0,49-1,30)	0,390
Não	17 (11,4)	9 (52,0)	8 (47,1)	1,00	
Défice auditivo					
Sim	39 (26,2)	13 (33,34)	26 (66,66)	0,72 (0,44-1,17)	0,157
Não	110 (78,8)	51 (46,4)	59 (53,6)	1,00	
Quedas					
Sim	43 (28,9)	26 (60,5)	17 (39,5)	1,67 (1,18-2,37)	0,006†
Não	105 (70,5)	38 (36,2)	67 (63,8)	1,00	
Procura do serviço de saúde					
Sim	93 (62,4)	40 (43,0)	53 (57,0)	0,95 (0,65-1,39)	0,790
Não	53 (35,6)	24 (45,3)	29 (54,7)	1,00	
Hospitalização nos últimos 12 meses					
Sim	33 (22,2)	14 (42,4)	19 (57,6)	0,93 (0,59-1,46)	0,754
Não	101 (67,8)	46 (45,5)	55 (54,5)	1,00	

*RP=Razão de prevalência, IC95%=intervalo de confiança de 95%; †p<0,05.

Quanto a possuir cuidador, capacidade funcional e capacidade cognitiva no estrato da EDF, observou-se que 40,7% possuíam cuidador, 66,7% autorreferiram capacidade funcional comprometida com dependência parcial para ABVD e 43,9% referiram independência funcional para AIVD.

Quanto ao estado mental, 46,6% dos idosos com EDF apresentaram escolaridade variada, com média no escore no MEEM de 23,85 pontos ($\pm 3,761$), demonstrando, então, capacidade cognitiva considerada normal para a escolaridade (Tabela 4).

Tabela 4 - Disfuncionalidade familiar segundo presença de cuidador, capacidade funcional e Miniexame do Estado Mental de idosos. Goiânia, GO, Brasil, dezembro de 2009 a abril de 2010 (n=149)

Variáveis	n (%)	Elevada disfuncão familiar n (%)	Moderada disfuncão familiar n (%)	RP (IC95%)*	Valor de p†
Cuidador					
Sim	27 (18,1)	11 (40,7)	16 (59,3)	0,91 (0,55-1,50)	0,713
Não	112 (75,2)	50 (44,6)	62 (55,4)	1,00	
Atividades Básicas de Vida Diária					
Independente	142 (95,3)	60 (42,3)	82 (57,0)	0,59 (0,36-0,98)	0,129
Dependência parcial	6 (4,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	1,56 (0,86-2,84)	0,228
Dependência total	1 (0,7)	1 (100,0)	-	1,00	

Variáveis	n (%)	Elevada disfunção		RP (IC95%)*	Valor de p†
		familiar n (%)	Moderada disfunção familiar n (%)		
Atividades Instrumentais de Vida Diária.					
Independente	66 (44,3)	29 (43,9)	37 (56,1)	1,04 (0,72-1,51)	0,828
Dependência parcial	83 (55,7)	35 (42,2)	48 (57,8)	1,00	
Dependência total	-	-	-	-	
Minixame do Estado Mental					
Analfabetos	23 (18,3)	9 (39,1)	14 (60,9)	0,84 (0,48-1,46)	0,515
Escolaridade variada	103 (81,7)	48 (46,6)	55 (53,4)	1,00	

* RP=Razão de prevalência, IC95%= intervalo de confiança de 95%; †p<0,05.

Na análise univariada, houve associação estatisticamente significativa com a EDF estado civil casado, com $p=0,003$ (RP: 0,66; IC95%: 0,45-0,97); solteiro, com $p=0,002$ (RP: 1,97; IC95%: 1,41-2,76); não ter escolaridade, com $p=0,022$ (RP: 0,51; IC95%: 0,26-1,00); e ter filhos, com $p=0,017$ (RP: 0,55; IC95%: 0,39-0,78), ou seja, idosos solteiros tiveram maior estimativa de associação à EDF (RP: 1,97), em relação aos idosos com filhos (RP: 0,55) e analfabetos (RP: 0,51) (Tabela 2).

Quedas foram prevalentes em 60,5%, com

média de 1,79 queda ($\pm 0,864$) por idoso. Referir episódio progresso de quedas foi a variável estatisticamente significativa quando analisadas as condições de saúde, com $p=0,006$ (RP: 1,67; IC95%: 1,18-2,37) (Tabela 3).

Após análise multivariada, as variáveis preditoras do bloco 2 mantiveram significância estatística e associadas à EDF: episódio progresso de IAM ($p=0,003$; RP:1,16; IC95%:1,05-1,28) e queda ($p=0,004$; RP:1,10; IC95%: 1,03-1,17) (Tabela 5).

Tabela 5 - Variáveis preditoras que permaneceram associadas à elevada disfunção familiar. Goiânia, GO, Brasil, Dezembro de 2009 a abril de 2010 (n=149)

Variáveis	RP (IC95%)* bruta	Valor de p†	RP (IC95%)* ajustada	Valor de p†
Infarto agudo do miocárdio				
Sim	1,82 (1,17-2,85)	0,065	1,16 (1,05-1,28)	0,003
Não	1,00		1,00	
Quedas				
Sim	1,67 (1,18-2,37)	0,006	1,10 (1,03-1,17)	0,004
Não	1,00		1,00	

* RP=Razão de prevalência, IC95%= intervalo de confiança de 95%; †p<0,05.

DISCUSSÃO

No Brasil, o censo de 2010 revelou que há 96 homens para cada 100 mulheres, caracterizando uma tendência histórica de predominância feminina. Na região Centro-Oeste, o quantitativo de idosos também teve um crescimento significativo entre os anos 2000 (5,8%) e 2010 (7,2%), reforçando a tendência quanto ao declínio na fecundidade e ao aumento na população idosa.³⁰

O maior percentual do gênero feminino neste estudo (60,4%) corrobora estudos no país, como em Jequié-BA (70,09%),³¹ Fortaleza-CE (76,3%),³² São Carlos-SP (62%),⁴ Uberaba-MG (63,8%)³³ e São Paulo-SP (61,2%).³⁴ No Porto, em Portugal,¹⁰ e em Bogotá,¹⁴ na Colômbia, a feminização também foi prevalente (72,9 e 60%, respectivamente).

O aumento de idosos na faixa etária 60 a 69 anos prevaleceu na população do estudo (64,4%), sendo superior ao descrito nas regiões Nordeste (37,5%)³² e Sudeste (53,1%).³³ Esses fatores refletem o envelhecimento populacional advindo do desenvolvimento socioeconômico, que ocorre de forma acelerada nos países de média e baixa renda que, por sua vez, desafia e oportuniza a sociedade a buscar novos modelos.⁸

Quanto ao estado civil, estar casado (47,65%) compreendeu estimativas superiores àquelas encontradas em outros estudos no país, como os realizados nas regiões Sudeste (45%)¹¹ e Nordeste (45,8%),³⁵ e em comparação ao estudo realizado no Porto, com 31,8%.¹⁰ Porém, ainda em Portugal, em Tondela, estar casado foi superior ao encontrado

nesta pesquisa com 59,5%,³⁶ assim como na província de Anhui, na China (97,38%).⁷

Em relação à EDF, os achados em neste estudo (7,9%) se aproximaram dos descritos por autores nacionais em diferentes regiões geográficas, como as regiões Sudeste (7,0%)¹¹ e Nordeste (8,8%).³² Valores ascendentes também foram encontrados, como os descritos nas regiões Norte (10,9%)³⁷ e Sul (25%).⁹ Em outros países, como Portugal, a EDF foi estimada entre 10,5%³⁶ e 18,7%.¹⁰ Quando o índice foi aplicado exclusivamente em muitos idosos em Portugal, 18,7% referiram EDF,¹⁰ valor superior ao encontrado no Brasil na mesma faixa etária (10%),³⁸ o que indica que idade e funcionalidade familiar devem ser consideradas no planejamento de ações a este estrato populacional.³⁶

Quando relacionada ao gênero, a EDF foi predominante no gênero feminino (46,7%). Esse fato foi observado em estudos desenvolvidos no interior da região Sudeste.^{4,38} Esse fenômeno explicita que a funcionalidade é temporal, dinâmica e sofre influência do gênero, faixa etária e regiões geográficas de países entre si.^{18,36}

A permanência da associação entre EDF e queda entre os idosos, na análise ajustada, reforça a necessidade de melhorias no suporte social da pessoa idosa. Se os idosos expressaram que a família tem déficit de diálogo e tempo de convívio, tais comportamentos de desatenção e descuido à pessoa idosa apontam para o aumento no evento da queda. Isso é verdade, principalmente diante de evidências científicas, que identificam o ambiente domiciliar como o contexto em que mais ocorrem quedas.³⁹⁻⁴⁰

Nesse sentido, o suporte social e os ambientes adequados, com infraestrutura de acessibilidade e para atividade física no lazer, contribuem para um comportamento mais ativo,⁴¹ bem como para a prevenção de quedas em idosos no ambiente familiar durante as ABVDs.³⁹ Tal suporte e infraestrutura são os determinantes que compõem o âmbito multifatorial para o envelhecimento ativo.⁹ Assim, é orientado que se realize a identificação de grupos e de ambientes mais vulneráveis na condução do cuidado ao idoso e na constituição/efetivação de políticas públicas na prevenção do evento quedas.³⁹⁻⁴⁰

Os dados revelaram, ainda, que a maior percentagem dos idosos com EDF reside sozinha (59,3%). As razões podem ser desenlace, não ter filhos e ter melhores condições socioeconômicas, autonomia, boa capacidade funcional, idade avançada e de saúde,³ as quais resultam de avanços na

Medicina, na tecnologia e nas políticas sanitárias.⁴² Essa situação deve ser considerada pelos gestores, responsáveis pelas políticas públicas e também por estudiosos.³

Em contrapartida, a família atua como fator de proteção e como cuidadora dos idosos, sobretudo em lares bi e trigeracionais.² Igualmente, a composição familiar revela que a família está se adaptando para exercer o papel de cuidadora,¹⁸ que, na presença de doença, deve impulsionar a mudança de papéis intrafamiliares, com possível eleição do cuidador principal.⁹

Contudo, não se deve excluir o direito do idoso de se cuidar sozinho. Esse fenômeno pode estar acompanhado da maior independência financeira, da garantia de seguridade social, da melhoria do nível de escolaridade nas últimas décadas e da ampliação do acesso aos serviços de saúde.⁴²

A EDF permaneceu associada ao IAM, sugerindo que o estado agudo da doença, a piora física, a ausência ou insuficiência de suporte familiar e o estresse psicológico podem influenciar na qualidade da funcionalidade familiar.⁴²

Em relação às DCNT, o índice de disfuncionalidade familiar se revela significativa para outras condições de saúde, como controle e convivência com o diabetes. Nessas pessoas, níveis glicêmicos controlados relacionaram-se à melhor funcionalidade familiar.¹⁴ Outra condição foi a associação do aumento no escore do APGAR de Família à redução de queixas algícas e à rigidez no sistema esquelético, aspectos que influenciam na melhor qualidade de vida do idoso.¹⁵

CONCLUSÕES

Dentre os idosos analisados, mantiveram-se associado à EDF o episódio progresso de IAM e a queda. Quanto aos domínios do APGAR de Família, o aspecto mais frágil foi o diálogo e o tempo que a família compartilha com o idoso, que pode revelar a inexistência de um cuidador, na maioria dos casos. Essa parcela da população parece não participar ativamente dos processos decisórios da vida familiar e conviver um tempo inadequado e com pouco diálogo.

Mesmo diante da escassa presença da família, os idosos expressaram um envelhecimento ativo, com autonomia, capacidade funcional preservada quanto ao autocuidado, e convívio social pela avaliação da ABVD e AIVD.

Por fim, os fatores associados à EDF ainda devem ser investigados, por meio de métodos

mistos, para que os profissionais de saúde direcionem propostas de ação terapêutica de modo mais assertivo, tanto em relação à família como um todo, como em relação ao próprio idoso.

Este estudo avançou por despontar um conhecimento onde havia uma lacuna acerca da funcionalidade familiar na população idosa no Centro-Oeste do país. Reconhece-se que esta pesquisa não se constitui em um esgotamento na identificação de idosos com EDF e os fatores associados, uma vez que refletiu uma abordagem temporal inerente ao estudo transversal, ao qual não se permite inferir causalidade.

AGRADECIMENTOS

Estudo vinculado à Rede de Vigilância à Saúde do Idoso no Estado de Goiás (REVISI) e desenvolvido junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES) da FEN/UFG. Recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Goiás (FAPEG) - Edital 001/2007 e incentivo financeiro sob a forma de bolsa de estudos da UFG, ano 2011-2012.

REFERÊNCIAS

1. Pedreira LC, Oliveira AMS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Rev Bras Enferm* [online]. 2012 Oct [acesso 2014 Out 14]; 65(5):730-6. Disponível em: <http://oaji.net/articles/672-1404912723.pdf>
2. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Fabrício-Webe SCC, Cruz IR, Cruz IR, et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2010 Jan-Feb [acesso 2014 Out 17]; 18(1):18-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/04.pdf>
3. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev Bras Est Pop* [online]. 2011 Jan-Jun [acesso 2014 Out 14]; 28(1):217-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1>
4. Santos AA, Pavarini SCI, Barham EJ. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2011 Jan-Mar [acesso 2014 Out 14]; 20(1):102-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000100012&script=sci_arttext
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [acesso 2014 Out 14]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
6. World Health Organization (WHO). *Global report on falls prevention in older age* [online]. Geneva (CH): WHO; 2012 [acesso 2014 Out 14]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
7. Wu ZQ, Sun L, Sun YH, Zhang XJ, Tao FB, Cui GH. Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. *Aging Ment Health*. 2010 Jan; 14(1):108-1.
8. World Health Organization (WHO). *Active ageing* [online]. Geneva (CH): WHO; 2002 [acesso 2014 Out 17]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?ua=1
9. Santos AL, Cecílio HPM, Teston EF, Marcon SS. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2012 Dec [acesso 2014 Out 14]; 21(4):879-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400019&lng=en
10. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2011 May-Jun [acesso 2014 Out 14]; 19(3):458-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/03.pdf>
11. Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2012 Oct [acesso 2014 Out 14]; 46(5):1141-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500015&lng=en
12. Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Arch Gerontol Geriat*. 2009 May-Jun; 48(3):419-24.
13. Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada-Balta RA, Pérez-Arechaederra D, Gómez-Marcos MA, Patino-Alonso MC, et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Family Practice*. 2011 Jun; 12(19):1-7.
14. Alba LH, Bastidas C, Vivas JM, Gil F. Prevalence of glycemic control and associated factors in type 2 diabetes mellitus patients at the Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá-Colombia. *Gac Méd Mex*. 2009 Oct; 145(6):469-74
15. Lim AT, Manching I, Penserga EG. Correlation between Family APGAR scores and health-related quality of life of Filipino elderly patients with knee osteoarthritis. *Int J Rheum Dis* [online]. 2012 Aug [acesso 2014 Out 17]; 15(4):407-13. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm
16. Santi PMH. La familia funcional y disfuncional, um indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1997 Sep; 13(6):591-7.

17. Sun YH, Sun L, Wu HY, Zhang ZK, Wang B, Yu C, et al. Loneliness, social support and family function of people living with HIV/AIDS in Anhui rural area, China. *Int STD AIDS*. 2009 Apr; 20(4):255-8.
18. Oliveira SC, Pavarini SCI, Orlandi FS, Mendiondo MSZ. Family functionality: a study of Brazilian institutionalized elderly individuals. *Arch Gerontol Geriatrics* [online]. 2014 [acesso 2014 Out 14]; 58(1):170-6. Disponível em: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(13\)00110-6/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(13)00110-6/abstract)
19. Oliveira SC, Santos AA, Oliveira SC. Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2014 [acesso 2014 Out 14]; 48(1):66-72. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-65.pdf
20. Deng J, Hu J, Wu W, Dong B, Wu H. Subjective well-being, social support, and age-related functioning among the very old in China. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010; 25(7):697-703.
21. 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 Sep; 185(12):914-9.
22. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3):179-86.
23. Del Duca GFD, Thumé E, Hallal PC. Prevalence and factors associated with home care among older adults. *Rev Saude Publ*. 2011 Oct; 45(1):113-20.
24. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares [tese] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2001.
25. Vera I, Lucchese R, Munari D, Nakatani AYK. Índice APGAR de família na avaliação das relações familiares do idoso: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2014 [acesso 2014 Out 14]; 16(1):199-210. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a23.pdf>
26. 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.
27. Field A. Descobrimos a estatística usando SPSS. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009.
28. Lattin JM, Carroll JD, Gree PE, organizador. Análise de dados multivariados. São Paulo (SP): Cengage Learning; 2011.
29. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* [online]. 2003 Sep [acesso 2014 Out 17]; 61(3B):777-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010 [acesso 2014 Out 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_atlas.shtm
31. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Xavier TT. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Rev Baiana Saúde Pública* [online]. 2010 Jan-Mar [acesso 2014 Out 17]; 34(1):19-30. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1398.pdf>
32. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enferm* [online]. 2011 Jan-Mar [acesso 2014 Out 17]; 16(1):22-8. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21107/13933>
33. Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paul Enferm* [online]. 2011 [acesso 2014 Out 14]; 24(1):29-35. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en_v24n1a04.pdf
34. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalence of falls and associated factors in elderly individuals. *Rev Saude Publica* [online]. 2012 Feb [acesso 2014 Out 17]; 46(1):138-46. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n1/en_3070.pdf
35. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Esc Anna Nery* [online]. 2014 Sep [acesso 2014 Out 14]; 18(3):527-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300527&lng=en
36. Andrade A, Martins R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium* [online]. 2011 [acesso 2014 Out 17]; 40: 185-99. Disponível em: <http://www.ipv.pt/Millenium/Millenium40/13.pdf>
37. 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* [online]. 2013 Apr [acesso 2014 Out 14]; 66(2):228-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200012&lng=en
38. Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2011 [acesso 2014 Out 14]; 13(2):361-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a24.htm>

39. Pinheiro MM, Ciconeli RM, Martini LA, Ferraz MB. Risk factors for recurrent falls among Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZO). *Cad Saude Publica*. 2010 Jan; 26(1):89-96.
40. 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 Saude Publica*. 2012 Jun; 46(3):516-25.
41. Caldas CP, Veras RP. O lugar do idoso na família contemporânea e as implicações para a saúde. In: Bonfin TLA, organizador. *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2010, pp. 275-89.
42. Chen C, Liao S, Wang J, Chang C, Chiu I, Chen Y, et al. Quality of life in adults with congenital heart disease: biopsychosocial determinants and sex-related differences. *Heart*. 2011 Jan; 97(1):38-43.