

Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares

The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships

Dóris Firmino Rabelo¹
Anita Liberalesso Neri²

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Investigar as relações entre a configuração familiar, as condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com os relacionamentos familiares. **Método:** A amostra, composta por 134 idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência, foi representativa dos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde do município de Santo Antônio de Jesus-BA. Foram feitas análises de conglomerados mediante o método da partição, considerando a formação de três agrupamentos. **Resultados:** A maioria era de idosos chefes de família (72,4%); que contribuíam total (49,2%) ou parcialmente (44%) para o sustento da família; viviam em arranjos multigeracionais (64,9%); tinham boa funcionalidade física; não tinham depressão (82,9%) nem ansiedade (76,9%) e julgavam boa a funcionalidade familiar (85,8%). As variáveis que mais contribuíram para a formação dos conglomerados foram atividades básicas de vida diária ($R^2=0,725$) e funcionalidade familiar ($R^2=0,757$). Os conglomerados foram: 1) Idosos com necessidade de ajuda instrumental para o desempenho de atividades de vida diária, com ansiedade e insatisfeitos com os relacionamentos familiares; 2) Idosos dependentes para o desempenho de atividades de vida diária, com ansiedade e satisfeitos com os relacionamentos familiares; 3) Idosos independentes nas atividades básicas e instrumentais e satisfeitos com os relacionamentos familiares. **Conclusões:** Há relações recíprocas entre a satisfação dos idosos sobre a própria família e o nível de independência e saúde mental apresentado por eles.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Características da Família; Saúde da Família.

Abstract

Objective: The aim of the present study was to analyze the relationship between family configuration, the physical and psychological health conditions of the elderly and their satisfaction with family relationships. **Methods:** A study was undertaken of 134 older people from the city of Santo Antônio de Jesus, Bahia, without cognitive deficits suggestive of dementia. Cluster analysis was performed by the partition method (three

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Psicologia. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

² Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. São Paulo, SP, Brasil.

groups). *Results:* The majority of the elderly persons were heads of household (72.4%), who contributed to the financial upkeep of their family (total: 49.2%; partially: 44%), lived in multigenerational arrangements (64.9%), had good physical functionality, did not suffer from depression (82.9%) or anxiety (76.9%) and judged their family to have good functionality (85.8%). The variables that most contributed to the formation of clusters were basic activities of daily living ($R^2=0.725$) and family functionality ($R^2=0.757$). Clusters were: 1) elderly persons who needed help to perform instrumental activities of daily living, who suffered from anxiety and were dissatisfied with family relationships; 2) elderly individuals who were dependent for the performance of activities of daily living, who suffered from anxiety and were satisfied with family relationships; 3) independent elderly persons who were satisfied with family relationships. *Conclusions:* There were reciprocal relationships between the satisfaction of the elderly individuals with their family relationships and their levels of physical functionality and mental health.

Key words: Health of the Elderly; Family Characteristics; Family Health.

INTRODUÇÃO

A família é a principal fonte de suporte emocional, instrumental, financeiro e informativo para os idosos. As trocas que se dão nesse contexto podem estruturar-se sob o formato de relações de aliança, solidariedade e inclusão, ou de conflito, dominação e exclusão. Organizam-se em torno dos papéis atribuídos ao idoso e da hierarquia estabelecida entre os componentes da família, sendo que os padrões relacionais são constituídos ao longo da vida familiar.¹ Os arranjos de moradia são um indicador importante desses processos que se estruturam em ambientes físicos e sociais específicos. Relacionam-se com os intercâmbios de ajuda ou transferência intergeracional de recursos que predominam em cada família,² os quais guardam importante relação com o *status* e com o bem-estar dos idosos. A capacidade de negociação de tarefas e papéis, considerando-se as necessidades dos idosos e dos demais membros da família, desempenha importante papel na funcionalidade familiar.³

A funcionalidade da família para atender às necessidades de seus membros reside, em larga medida, em sua capacidade para canalizar recursos internos e externos para a solução de seus problemas materiais, instrumentais e afetivos e para compartilhar decisões, responsabilidades, orientação e apoio mútuo.⁴ Um funcionamento familiar harmonioso influencia as respostas às demandas do idoso e o cumprimento de funções essenciais de suporte de que ele necessita. Favorece

a emergência e a atuação de fatores protetores com relação a estressores de várias naturezas.³

Os apoios familiares podem atuar positivamente sobre a saúde física e mental dos idosos, pois favorecem o enfrentamento, fortalecem o sistema imunológico e contribuem para o senso de controle, para o bem-estar psicológico e para a satisfação com a vida.⁴⁻⁶ Pesquisas populacionais mostraram que perceber apoio nos relacionamentos prediz desfechos em saúde, mortalidade e funcionalidade de forma mais robusta que medidas objetivas.⁷

A satisfação com as relações familiares reflete a força da ligação emocional estabelecida entre os membros da família, sua adaptabilidade ao estresse e o compartilhamento do afeto, da estima e da gratificação. Envolve receber assistência quando necessário, reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas, liberdade para mudanças de papéis e para o alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional e o tempo partilhado entre os membros familiares. Atua como um moderador do efeito dos eventos estressantes sobre a saúde mental⁸ e é o fator mais importante para a diminuição da vulnerabilidade de adultos e de idosos à depressão.⁹ Como indicador da funcionalidade familiar, permite conhecer em que medida a família está apta para lidar com as situações de crise de forma realista e adequada, e de cumprir e harmonizar suas funções essenciais,¹⁰ tais como: a adaptação, o companheirismo e o desenvolvimento dos membros, a afetividade e a

capacidade resolutive.¹¹ A percepção de que esses elementos não estão presentes na família sugere disfunção familiar.

Estudos sobre a avaliação da satisfação dos idosos com as relações familiares têm mostrado que, de modo geral, eles relatam elevado grau de satisfação com esse aspecto de suas vivências.¹²⁻¹⁵ Entre os idosos que se mostraram menos satisfeitos com as relações estão as mulheres,¹⁴ pois investem mais nos relacionamentos, são mais envolvidas emocionalmente e mais exigentes com o cuidado em decorrência de padrões de gênero; os que moram sozinhos ou em arranjos mistos nos quais não há outros familiares¹³ e os que não têm expectativa positiva com relação a virem a ser cuidados por um familiar.^{12,16} A insuficiência familiar dificulta a prestação da assistência necessária ao idoso, especialmente na presença de dependência resultante de problemas de saúde física e psicológica dos idosos, e é fator de risco para carências materiais, sociais, psicológicas e afetivas.^{17,18} A dependência pode levar à perda de papéis, à redução da autoridade e ao rebaixamento do senso de controle dos idosos, e, na família, à desorganização emocional, ao luto antecipado, à sobrecarga do papel de cuidador e ao distanciamento nos relacionamentos.¹⁴

Em contextos com piores condições socioeconômicas observa-se predominância da coresidência de familiares de várias gerações e de intercâmbios de ajuda descendente entre os idosos e os mais jovens. Ambos os fenômenos podem ser vistos como estratégias de sobrevivência.² As famílias em situação de maior pobreza são prejudicadas pela vivência acumulativa de situações de estresse. Nelas, de modo geral, os idosos são onerados por responsabilidades com filhos e netos.

Conhecer a satisfação dos idosos com seus relacionamentos familiares é importante para o entendimento de como as famílias estão se organizando para responder às suas necessidades e, também, se estão sendo capazes de enfrentar situações de crise. Além disso, investigar se a presença de doenças é um complicador capaz de afetar a satisfação pode subsidiar o desenvolvimento de estratégias

mais eficazes de promoção da saúde, contribuir para o esclarecimento do impacto de diferentes condições físicas e psicológicas sobre a família e fundamentar programas direcionados a comunidades menos favorecidas.

Com base em autorrelatos de homens e mulheres idosos, este estudo objetivou investigar as relações entre a configuração familiar, as condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com os relacionamentos familiares.

MÉTODO

O campo selecionado para estudo foi a cidade de Santo Antônio de Jesus, Estado da Bahia – Brasil, cujo papel no setor da saúde é importante no Recôncavo Baiano. Com PIB *per capita* de R\$ 8.142,94 (PNUD, 2010) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,7 (IBGE, 2008), tem população total de 90.985 habitantes, sendo 9.149 ou 10% da população total com 60 anos ou mais. O município tem 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona urbana. Dentre elas, foi selecionada a que tinha o maior número de idosos cadastrados, correspondente a um índice de 16,8% dos idosos residentes na cidade e de 14,5% do total das pessoas cadastradas nessa UBS.

Participantes

O estudo foi realizado com base em amostra probabilística representativa dos domicílios com idosos cadastrados na maior Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Santo Antônio de Jesus-BA. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica ano 2010, nessa unidade estavam cadastradas 2.754 famílias, que somavam 9.234 pessoas, dentre as quais 1.344 com 60 anos e mais. O tamanho da amostra foi fixado em 134 idosos, para um nível de confiança de 90% e para erro amostral de 5%.

Participaram 134 idosos, com idade entre 60 e 95 anos, com média de 72 (± 8) anos. A maioria era do sexo feminino (77,6%); afrodescendentes

(29,9% negros e 38,8% pardos); com renda familiar de até dois salários mínimos (75,4%); com baixa escolaridade (35,1% analfabetos e 50% com ensino fundamental incompleto); aposentados (75,4%) ou pensionistas (14,9%) e proprietários da residência em que moravam (79,9%).

Procedimentos

Com a ajuda de agentes comunitários de saúde, foram realizados a identificação e o arrolamento dos domicílios com idosos localizados em todas as 21 microáreas abrangidas pela UBS selecionada. Dentre os domicílios com idosos identificados, foram sorteados 134, que foram visitados para efeito de recrutamento. Quando os endereços não eram encontrados, ou quando os idosos não eram localizados por motivos de viagem, falecimento, doença, internação ou mudança de endereço, ou, ainda, quando não atendiam aos critérios de elegibilidade e inclusão, buscava-se outro endereço previamente arrolado entre os que tinham idosos em sua estrutura. Esse outro endereço ficava na mesma rua. O agente comunitário de saúde e pessoas residentes na microárea auxiliaram nessa identificação.

Os recrutadores foram instruídos para considerar os seguintes critérios de elegibilidade: idade igual ou superior a 60 anos; residência permanente na região e no domicílio; compreensão das instruções e interesse em participar. Os critérios de exclusão foram: déficit auditivo ou visual grave; dificuldades de expressão verbal e de compreensão; estar temporária ou permanentemente acamado. Como critério de inclusão, foi adotada a pontuação referente às notas de corte¹⁹ para cada faixa de escolaridade menos um desvio-padrão no Miniexame do Estado Mental – MEEM, um teste de rastreio de demências comumente usado em estudos populacionais.

Foram visitados 207 domicílios com idosos, dos quais sete (3,4%) não cumpriam um ou mais critérios de elegibilidade e 66 idosos (31,9%) pontuaram abaixo da nota de corte no MEEM,

razão pela qual foram excluídos. Em cada domicílio, todos os idosos eram entrevistados com vistas à seleção para participação no estudo e a escolha do participante era baseada na maior pontuação obtida no MEEM. Era solicitado ao idoso que a entrevista ocorresse em um local da casa que pudesse proporcionar maior privacidade e tranquilidade, evitando-se a interrupção por outras pessoas. A coleta durou de duas a três visitas de duas horas cada uma, em média. O período da coleta de dados foi de maio a dezembro de 2011.

Variáveis e instrumentos

1. *Características sociodemográficas:* Foram avaliados a idade (agrupada em duas faixas – 60 a 74 anos e 75 anos ou mais) e o gênero (feminino x masculino).

2. *Configuração familiar:*

a) Arranjos de moradia: Com base na pergunta “Com quem o(a) sr(a) mora?”, as respostas foram agrupadas nas categorias: sozinho; com o cônjuge ou companheiro(a); com o cônjuge e descendentes; com descendentes; outros tipos de arranjo.

b) Chefia familiar: Com base na pergunta “Quem é o chefe da família?”, as respostas foram agrupadas nas opções sim ou não para a chefia do idoso.

c) Contribuição financeira do idoso para o sustento da família (uma pergunta com as alternativas total, parcial ou nenhuma).

3. *Condições de saúde física:*

a) Questionário de doenças e de sinais e sintomas autorrelatados.²⁰ Doenças crônicas diagnosticadas por médico no último ano e sinais e sintomas percebidos, ambos agrupados quanto ao número relatado nas categorias nenhuma; 1 a 2; 3 ou mais.

- b) Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária.²¹ Escala de seis itens com três possibilidades de resposta sobre a ajuda necessária (nenhuma, parcial ou total) para banho, vestir-se, toalete, transferência, controle esfíncteriano e alimentação. As respostas foram agrupadas em: independente, dependência parcial e dependência total.
- c) Desempenho de atividades instrumentais de vida diária.²² Escala com três possibilidades de resposta sobre a ajuda necessária (nenhuma, parcial ou total) para telefonar, usar transportes, fazer compras, cozinhar, realizar serviços domésticos, uso de medicação e manejo de dinheiro. As respostas foram agrupadas em: independente, dependência parcial e dependência total.
- d) Envolvimento social: a avaliação foi baseada em autorrelato sobre a participação em atividades físicas, em centro de convivência, em atividades na comunidade e religiosas. Os dados foram categorizados pela mediana, em menor ou maior envolvimento social.

4. Condições de saúde psicológica:

- a) Escala de Depressão Geriátrica²³ com 15 perguntas tipo sim x não, a respeito de como o idoso havia se sentido durante a última semana, as quais se referem a humores disfóricos. Trata-se escala de rastreio de depressão, com nota de corte ≥ 6 para depressão leve e ≥ 11 para depressão grave. Posteriormente, foram reunidas as categorias para análises dicotômicas (sim x não).
- b) Inventário de Ansiedade de Beck – BAI²⁴ com 21 itens versando sobre sintomas comuns de ansiedade e perguntando como o indivíduo sentiu-se na última semana, com relação a cada um deles. Cada item apresenta quatro possibilidades de resposta. A nota de corte para ansiedade

leve é ≥ 11 , para ansiedade moderada, ≥ 20 e para ansiedade grave, ≥ 31 , numa pontuação que pode variar entre 1 e 63 pontos. Posteriormente, foram reunidas as categorias leve, moderada ou grave, para análises dicotômicas (sim x não).

5. APGAR da família.¹¹ Avalia a satisfação com as relações familiares em cinco domínios: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive. São cinco questões avaliadas em quatro pontos: 0 (nunca), 1 (algumas vezes) ou 2 (sempre). Escores de 0 a 4 indicam elevada disfunção familiar, 5 e 6, moderada disfunção familiar e 7 a 10, boa funcionalidade familiar. Posteriormente, para análises dicotômicas foram reunidas as categorias elevada + moderada disfunção familiar X boa funcionalidade familiar.

Análise de dados

Com o objetivo de estudar o perfil da amostra, foi feita análise de conglomerados mediante o método de partição, estabelecendo *a priori* a criação de três clusters. A análise comparativa da composição dos conglomerados obtidos foi feita mediante os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

Aspectos éticos

O presente estudo faz parte da pesquisa “Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional”, destinado a investigar o funcionamento de famílias com idosos e sua rede de suporte informal e formal. A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (FAMAM), do município de Cruz das Almas-BA (protocolo nº 034/2011), de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde. Todos os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi garantido a todos o direito de abandonar a pesquisa a qualquer momento. Aos que foram excluídos com base na pontuação no MEEM foi dito que a pesquisa tinha diferentes formas de coleta de dados e que se agradecia a participação naquele momento.

RESULTADOS

A maioria dos participantes (66,4%) era de idosos de 60 a 74 anos, chefes de família (72,4%), que contribuíam total (49,2%) ou parcialmente (44%) para o sustento da família. A maior parte corresidia com familiares de várias gerações, sendo que 41% viviam com descendentes, 23,9%, com o cônjuge e descendentes, 17,9%, sozinhos, 9,7%, em outros tipos de arranjos e 7,5%, só com o cônjuge. A maioria relatou ter de uma a duas doenças (52,2%), três ou mais sinais e sintomas (59,7%), baixo envolvimento social (65,7%) e independência para as atividades básicas (96,3%) e instrumentais (58,2%) de vida diária. Com relação às condições psicológicas, 82,9% dos idosos não apresentavam sintomatologia depressiva e 76,9% não pontuaram para ansiedade.

Os idosos relataram satisfação com os relacionamentos familiares quanto à adaptação (81,3%), ao companheirismo (82,8%), ao desenvolvimento (81,3%), à afetividade (80,6%) e à capacidade resolutiva da família (84,3%), indicando que a grande maioria (85,8%) percebia boa funcionalidade de sua família. Relataram disfunção familiar, 14,2% dos idosos.

O tamanho dos conglomerados contendo as variáveis analisadas pode ser observado na tabela 1. A estrutura obtida apresentou um R^2 de 0,264, ou seja, explicou 26,4% da variabilidade dos dados. As variáveis que mais contribuíram para a formação dos grupos (variáveis com maior R^2) foram as atividades básicas de vida diária ($R^2=0,725$) e a funcionalidade familiar ($R^2=0,757$), obtida pelo escore final da avaliação da satisfação com os relacionamentos familiares (tabela 2).

A composição dos conglomerados ou grupos foi a seguinte: Grupo 1 ($n=24$; 17,9% da amostra): predominantemente formado por idosos com independência em atividades básicas de vida diária, com dependência parcial ou independência total em atividades instrumentais de vida diária, com ansiedade, insatisfeitos com a adaptação, o companheirismo, o desenvolvimento, a afetividade, a capacidade resolutiva e com percepção de disfunção familiar. Grupo 2 ($n=2$; 1,5% da amostra): predominantemente formado por idosos com dependência total em atividades básicas e instrumentais de vida diária, com ansiedade, satisfeitos com a adaptação, o companheirismo, o desenvolvimento e a afetividade e com percepção de boa funcionalidade familiar. Grupo 3 ($n=108$; 80,6% da amostra): predominantemente formado por idosos com independência em atividades básicas e instrumentais de vida diária, sem ansiedade, satisfeitos com a adaptação, o companheirismo, o desenvolvimento, a afetividade e a capacidade resolutiva e com boa funcionalidade familiar.

Tabela 1. Tamanho dos clusters conforme análise das variáveis idade, gênero, configuração familiar, condições de saúde física e psicológica e satisfação com os relacionamentos familiares. Santo Antônio de Jesus, BA, 2011.

Grupos	Frequência	RMS ² (desvio-padrão)	Distância máxima observada do centro	Cluster mais próximo	Distância entre os centróides do grupo
1	24	1,0404	5,5541	3	5,1185
2	2	0,8287	2,4860	3	7,7766
3	108	0,8218	6,3436	1	5,1185

Tabela 2. Resultados da análise de conglomerados conforme as variáveis idade, gênero, condições de saúde física e psicológica, configuração familiar e satisfação com os relacionamentos familiares. Santo Antônio de Jesus, BA, 2011.

Variáveis	Desvio-padrão	Coefficiente de determinação	RSQ/(1-RSQ)
Gênero	1,00276	0,009595	0,009688
Idade	0,98545	0,043499	0,045477
Arranjos de moradia	0,99460	0,025651	0,026326
Chefia familiar	1,00549	0,004192	0,004210
Contribuição para o sustento família	1,00715	0,000894	0,000895
Doenças autorrelatadas	0,99423	0,026372	0,027086
Sinais e sintomas autorrelatados	1,00108	0,012915	0,013084
Envolvimento social	0,99883	0,017338	0,017644
ABVDs	0,52811	0,725296	2,640277
AIVDs	0,97437	0,064883	0,069385
Depressão	0,99525	0,024369	0,024977
Ansiedade	0,97072	0,071873	0,077439
Adaptação	0,69320	0,526697	1,112813
Companheirismo	0,57711	0,671955	2,048358
Desenvolvimento	0,63599	0,601597	1,510021
Afetividade	0,59851	0,647175	1,834269
Capacidade resolutive	0,69292	0,527075	1,114502
Funcionalidade familiar	0,49645	0,757246	3,119403
Total	0,86421	0,264368	0,359375

A tabela 3 apresenta dados comparativos sobre a distribuição da amostra quanto à configuração familiar, às condições de saúde física e psicológica dos idosos e à sua satisfação com os relacionamentos familiares. Os grupos tiveram uma distribuição igualitária quanto às variáveis idade, gênero, arranjos de moradia, chefia familiar, contribuição para o sustento da família, número de doenças e de sinais e sintomas e envolvimento social.

Houve um percentual superior de idosos de 60 a 74 anos nos Grupos 1 e 3. No Grupo 2, ambos os participantes tinham 75 anos ou mais.

Nos três grupos predominaram mulheres, chefes de família, de cujos recursos essa dependia total ou parcialmente. Metade dos idosos no Grupo 2 vivia sozinho, um arranjo considerado menos continente, e a outra metade vivia com cônjuge e descendentes. Nos Grupos 1 e 3, os arranjos mais comuns envolviam a coresidência com descendentes (com ou sem a presença do cônjuge). A maioria dos idosos dos três grupos pontuou abaixo da mediana em envolvimento social e não pontuou acima da nota de corte na Escala de Depressão Geriátrica. A maior parte dos idosos dos Grupos 1 e 3 relatou ter uma ou duas doenças, três ou mais sinais e sintomas e independência

para as atividades básicas de vida diária. O Grupo 2 apresentou idosos com três ou mais doenças, metade relatou um a dois sinais e sintomas e a outra metade, três ou mais, assim como idosos com dependência total para atividades básicas e instrumentais de vida diária. No Grupo 1, a maior parte se dividiu entre dependência parcial ou independência para o desempenho de atividades instrumentais de vida diária. Os percentuais mais elevados de pontuação para ansiedade ocorreram

nos Grupos 1 e 2. As avaliações nos domínios da funcionalidade familiar indicaram que os Grupos 2 e 3 estão satisfeitos com os relacionamentos familiares quanto à adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive, mas o oposto foi verificado para o Grupo 1. A totalidade dos idosos dos Grupos 2 e 3 mostrou boa funcionalidade familiar, enquanto que no Grupo 1, cerca de 80% apresentaram disfunção familiar.

Tabela 3. Frequência de idosos nos três grupos obtidos na análise multivariada em que entraram as variáveis idade, gênero, configuração familiar, condições de saúde física e psicológica e satisfação com os relacionamentos familiares. Santo Antônio de Jesus, BA, 2011.

Variáveis	Categorias	Amostra total		Conglomerados (%)			
		n	%	1 ^{G1}	2 ^{G2}	3 ^{G3}	Valor- <i>p</i> *
Idade	60-74 anos	89	66,4	79,2	0	64,8	0,053
	≥75 anos	45	33,6	20,8	100,0	35,2	
Gênero	Feminino	104	77,6	70,8	100,0	78,7	0,654
	Masculino	30	22,4	29,2	0	21,3	
Arranjos de moradia	Sozinho	24	17,9	29,2	50,0	14,8	0,112
	Com cônjuge/companheiro	10	7,5	4,1	0	8,3	
	Com cônjuge e descendentes	32	23,9	16,7	50,0	25,0	
	Com descendentes	55	41,0	29,2	0	44,5	
	Outros	13	9,7	20,8	0	7,4	
Chefia familiar	Sim	97	72,4	70,8	50,0	73,2	0,639
	Não	37	27,6	29,2	50,0	26,8	
Contribuição para o sustento familiar	Total	66	49,3	54,2	50,0	48,1	0,878
	Parcial	59	44,0	37,5	50,0	45,4	
	Nenhuma	09	6,7	8,3	0	6,5	
Envolvimento social	Menor	88	65,7	75,0	100,0	63,0	0,371
	Maior	46	34,3	25,0	0	37,0	
Doenças autorrelatadas	Nenhuma	18	13,4	12,5	0	13,9	0,383
	1-2	70	52,3	45,8	0	54,6	
	≥3	46	34,3	41,7	100,0	31,5	
Sinais e sintomas autorrelatados	Nenhum	12	9,0	4,2	0	10,2	0,664
	1-2	42	31,3	25,0	50,0	32,4	
	≥3	80	59,7	70,8	50,0	57,4	

Variáveis	Categorias	Amostra total		Conglomerados (%)			
		n	%	1 ^{G1}	2 ^{G2}	3 ^{G3}	Valor- <i>p</i> *
ABVDs	Independente	129	96,3	95,8	0	98,2	<0,001
	Dependência parcial	03	2,2	4,2	0	1,8	
	Dependente	02	1,5	0	100,0	0	
AIVDs	Dependência total	08	6,0	12,5	100,0	2,8	0,001
	Dependência parcial	48	35,8	41,7	0	35,2	
	Independência	78	58,2	45,8	0	62,0	
Depressão	Sim	23	17,2	29,2	0	14,8	0,224
	Não	111	82,8	70,8	100,0	85,2	
Ansiedade	Sim	31	23,1	45,8	50,0	17,6	0,005
	Não	103	76,9	54,2	50,0	82,4	
Adaptação	Insatisfeito	25	18,7	79,2	0	5,6	<0,001
	Satisfeito	109	81,3	20,8	100,0	94,4	
Companheirismo	Insatisfeito	23	17,2	83,3	0	2,8	<0,001
	Satisfeito	111	82,8	16,7	100,0	97,2	
Desenvolvimento	Insatisfeito	25	18,7	83,3	0	4,6	<0,001
	Satisfeito	109	81,3	16,7	100,0	95,4	
Afetividade	Insatisfeito	26	19,4	87,5	0	4,6	<0,001
	Satisfeito	108	80,6	12,5	100,0	95,4	
Capacidade resolutiva	Insatisfeito	21	15,7	70,8	50,0	2,8	<0,001
	Satisfeito	113	84,3	29,2	50,0	97,2	
Satisfação dinâmica familiar	Disfunção familiar	19	14,2	79,2	0	0	<0,001
	Boa funcionalidade	115	85,8	20,8	100,0	100,0	

G1= idosos com necessidade de ajuda instrumental para o desempenho de atividades de vida diária, com ansiedade e com insatisfação com os relacionamentos familiares; G2= idosos dependentes para o desempenho de atividades de vida diária, com ansiedade e com satisfação com os relacionamentos familiares; G3= idosos totalmente independentes e com satisfação com os relacionamentos familiares; *teste Exato de Fisher, diferença significativa se $p \leq 0,05$.

DISCUSSÃO

De modo geral, foi possível observar que a maior parte dos idosos era formada por chefes de família, de cujos recursos essa dependia total ou parcialmente, e vivia em regime de coresidência com descendentes (com ou sem a presença do cônjuge). São importantes indicadores sobre os papéis e funções do idoso e sobre o fluxo de transferência de recursos presentes nessas famílias. A convivência familiar multigeracional abarca benefícios, tais como maior número de

pessoas disponíveis para dar apoio, mas também dificuldades, tais como conflitos de interesses quanto à distribuição dos recursos familiares.⁴ No contexto brasileiro, o suporte financeiro, emocional e instrumental oferecido pelos idosos é crucial na vida dos mais jovens.²

O primeiro grupo foi formado predominantemente por idosos insatisfeitos com os relacionamentos familiares em todos os domínios avaliados, indicando forte percepção de disfunção familiar; por idosos independentes para o

desempenho de atividades básicas; por idosos independentes ou parcialmente dependentes para atividades instrumentais de vida diária e por idosos com ansiedade. A qualidade das relações familiares e os padrões de interação relacionam-se com o desenvolvimento e com o curso da ansiedade. Interações que geram afetos agradáveis desempenham um papel importante na construção e na manutenção de conexões de alta qualidade porque as pessoas atribuem valor positivo aos parceiros sociais. Emoções negativas implicam avaliações negativas porque são fontes de informação sobre o valor dos relacionamentos.²⁵ Interações negativas podem indicar dificuldades no equilíbrio entre as necessidades individuais e as da unidade familiar, acarretando aumento da ansiedade dos membros e afetando o funcionamento familiar. Indivíduos com ansiedade tendem a ter menos controle sobre emoções negativas, o qual se associa à falta de habilidade para gerenciar e regular experiências emocionais intensas.²⁶ Os principais sintomas da ansiedade, tais como o medo, a tensão excessiva e a instabilidade emocional, são mais comuns entre idosos com funcionamento psicossocial pobre, menos habilidades sociais e maior necessidade de suporte emocional.²⁷ Idosos com necessidades não atendidas, vivendo em ambiente tenso e disfuncional, são fortes candidatos a ter sintomas de ansiedade e a terem agravadas suas condições de dependência funcional e de restrição social.^{28,29}

O segundo grupo foi formado apenas por dois idosos, que eram totalmente dependentes para atividades básicas e instrumentais de vida diária e que tinham ansiedade. Esses idosos provavelmente precisam ser cuidados, situação que exige a elaboração de processos emocionais individuais e familiares, bem como reorganização de papéis e funções entre os membros da família.^{12,17} Nesse grupo, a ansiedade parece dizer mais respeito à incapacidade funcional do que à qualidade das relações familiares, pois os idosos relataram estar satisfeitos com quase todos os domínios da funcionalidade familiar avaliados (adaptação, companheirismo, desenvolvimento e afetividade).

A satisfação com os relacionamentos familiares reflete a percepção de que o suporte é suficiente, em cumprimento a expectativas normativas sobre a capacidade assistencial da família, ou que, pelo menos, a necessidade de provê-lo não é fonte de um nível intolerável de conflitos. Os estudos nacionais indicam que idosos dependentes apresentam pior avaliação do funcionamento familiar,^{12,18} mas os dados encontrados neste estudo sugerem o inverso: os idosos com dependência relataram boa funcionalidade familiar. Relatos positivos sobre a família e alta satisfação com relação ao seu funcionamento e ao apoio que oferece aos pais idosos pode em parte ser determinada pela necessidade de o idoso manter a autoestima, uma vez que uma família harmoniosa e filhos apoiadores são largamente atribuídos às qualidades dos idosos como pais e ao cumprimento de papéis e deveres sociais como progenitores de uma prole emocionalmente equilibrada, produtiva e grata.

A emergência de dependência num familiar idoso é um evento de transição que gera estresse familiar, mas geralmente os membros são capazes de enfrentá-lo e superá-lo. Pressões e tensões podem significar disfuncionalidade momentânea, sinalizando uma nova e mais complexa integração.³ No cumprimento de novas exigências busca-se o equilíbrio do sistema familiar dentro de uma estrutura interpessoal que envolve papéis, regras, funções e necessidades específicas. O grau de satisfação dos membros da família com os relacionamentos familiares é um indicador importante do funcionamento familiar porque reflete não só aspectos objetivos das relações familiares, como também os valores, as expectativas e as crenças internalizadas pelos seus membros.¹⁶

O terceiro grupo correspondeu à maioria da amostra e foi formado predominantemente por idosos independentes para o desempenho de atividades básicas e instrumentais de vida diária, sem ansiedade, satisfeitos com os relacionamentos familiares em todos os domínios avaliados e que relataram viver em famílias com

bom nível de funcionalidade. Os sentimentos de proximidade emocional funcionam como amortecedores da ansiedade³⁰ e o suporte social têm efeito protetor sobre o bem-estar emocional de idosos.³¹ Esses dados são indicadores de uma feliz associação entre boa saúde física e psicológica e funcionalidade familiar, o que aumenta a possibilidade de os idosos não terem suas condições crônicas agravadas por tensões e de que se mantenham independentes. Relações familiares harmoniosas têm sido apontadas em vários estudos como elementos importantes para o envelhecimento bem-sucedido e para a qualidade de vida na velhice.^{4-6,32}

Neste estudo, a variabilidade quanto à idade, ao gênero, aos arranjos de moradia, à chefia familiar, à contribuição para o sustento da família, ao envolvimento social, ao número de doenças, sinais e sintomas e aos sintomas depressivos não foi suficiente para que elas se manifestassem na formação dos três grupos. No entanto, é importante lembrar que idade avançada, o número de condições crônicas e o nível de envolvimento social são fatores de risco para dependência funcional,^{33,34} que afeta a funcionalidade familiar. As mulheres vivem mais e têm maior risco de viver em famílias disfuncionais¹⁴ que os homens. A configuração familiar é um indicador importante do ambiente físico e social do idoso, das trocas intergeracionais e do funcionamento familiar.

As variáveis que mais contribuíram para a formação dos grupos, ou seja, que se relacionaram de forma mais robusta com as demais, foram o desempenho de atividades básicas de vida diária e a funcionalidade familiar. O comprometimento das atividades básicas de vida diária é determinante da necessidade de ser cuidado e por isso afeta as relações familiares e o potencial de assistência da família, que precisa se reorganizar para responder às necessidades do membro idoso.

O funcionamento familiar é complexo e dinâmico. Nesse sentido, dentre as limitações do estudo, pode-se citar a avaliação da

funcionalidade familiar restrita à satisfação com as relações familiares.

CONCLUSÕES

A família é capaz de promover redes de sociabilidade e de solidariedade. As transferências afetivas que nela têm lugar formam os circuitos de suporte entre as gerações. Esses recursos são cada vez mais exigidos para o enfrentamento das demandas de saúde, sociais e econômicas que desafiam a família. Um melhor funcionamento familiar associa-se à melhor qualidade de vida dos idosos, sugerindo o quão relevantes são as interações familiares, a organização e o apoio familiar.

Embora não seja possível fazer afirmações sobre relações de causa e efeito com relação aos dados, uma vez que eles são de natureza descritiva, foram observadas associações interessantes. Entre elas, a principal é a das relações entre a satisfação e as avaliações positivas ou negativas dos idosos sobre a própria família e o nível de saúde física e mental e de independência apresentada por eles. Com base na literatura e na observação clínica, é possível afirmar que há relações recíprocas entre essas variáveis.

Um dos grandes desafios atuais é preparar os profissionais para trabalhar com as famílias, em especial aquelas em situação de maior risco por suas condições de saúde, sociais e de composição ou dinâmica interna. Os dados apresentados neste estudo são de especial interesse porque coletados num contexto social brasileiro com piores condições socioeconômicas e com predominância de coresidência de familiares de várias gerações e de intercâmbios de ajuda descendente entre os idosos e os mais jovens. Fornecem indícios importantes sobre como as variáveis de interesse associaram-se numa análise raramente realizada nesse campo. Colocam em realce a necessidade de aumentar o conhecimento sobre como as famílias estão se organizando para oferecer suporte aos seus membros idosos e como eles se sentem com relação a isso.

REFERÊNCIAS

1. Minuchin S. Família, funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1982.
2. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. Famílias: espaços de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AA, organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 137-67.
3. Piercy KW, editor. Working with aging families. New York: W.W. Norton & Company; 2010. Chapter 2, Understanding family dynamics; p. 41-72.
4. Mota FRN, Oliveira ET, Marques MB, Bessa MEP, Leite BMB, Silva MJ. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010;14(4):833-8.
5. Fiorillo D, Sabatini F. Quality and quantity: the role of social interactions in self-reported individual health. Soc Sci Med 2011;73(11):1644-52.
6. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(5):2603-11.
7. Pelcastre-Villafuerte BE, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, Márquez-Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. Cad Saúde Pública 2011;27(3):460-70.
8. Hyde LW, Gorka A, Manuck SB, Hariri AR. Perceived social support moderates the link between threat-related amygdale reactivity and trait anxiety. Neuropsychologia 2011;49(4):651-56.
9. Pettit JW, Roberts RE, Lewinsohn PM, Seeley JR, Yaroslavsky I. Developmental relations between perceived social support and depressive symptoms through emerging adulthood: blood Is thicker than water. J Fam Psychol 2011;25(1):127-36.
10. Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada-Baltar A, Pérez-Arechaederra D, Gómez-Marcos MA, Patino-Alonso MC, et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. BMC Fam Pract 2011;12(1):12-9.
11. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978;6(6):1231-39.
12. Pavarini SCL, Tonon FL, Silva JMC, Mendiondo MZ, Barham EJ, Filizola CLA. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? a escolha do cuidador familiar do idoso. Rev Eletrônica Enferm 2006;8(3):326-35.
13. Silva H, Rabelo DF, Queros NC. Qualidade de vida, percepção da dinâmica familiar e do suporte social em idosos. Pensando Fam 2010;14(2):137-50.
14. Santos AA, Pavarini SCL, Barham EJ. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. Texto & Contexto Enferm 2011;20(1):102-10.
15. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. Cogitare Enferm 2011;16(1):22-8.
16. Batistoni SST, Neri AL, Tomomitsu MRSV, Vieira LAM, Oliveira D, Cabral BE, et al. Arranjos domiciliares, suporte social, expectativa de cuidado e fragilidade. In: Neri AL, organizadora. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea; 2013. p. 267-82.
17. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. J Bras Psiquiatr 2009;58(1):39-44.
18. 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 2010;34(1):19-30.
19. 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.
20. Neri AL, Guariento ME. Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do Estudo FIBRA Campinas. Campinas: Alínea; 2011.
21. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). Cad Saúde Pública 2008;24(1):103-12.
22. Brito FC, Nunes MI, Yuaso DR. Multidimensionalidade em Gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: Netto MP, organizador. Tratado de Gerontologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 133-47.
23. Almeida OP, Almeida SA. Short version of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. Int J Geriatr Psychiatry 1999;14(10):858-65.
24. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
25. Niven K, Holman D, Totterdell P. How to win friendship and trust by influencing people's feelings: an investigation of interpersonal affect regulation and the quality of relationships. Hum Relat 2012;65(6):777-805.

26. Carl JR, Soskin DP, Kerns C, Barlow DH. Positive emotion regulation in emotional disorders: a theoretical review. *Clin Psychol Rev* 2013;33(3):343-60.
27. Stella F. Ansiedade no idoso. In: Forlenza OV, organizador. *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 97-106.
28. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord* 2008;106(1-2):29-44.
29. Norton J, Ancelin ML, Stewart R, Berr C, Ritchie K, Carrière I. Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *J Affect Disord* 2012;141(2-3):276-85.
30. Florian V, Mikulincer M, Hirschberger G. The Anxiety-Buffering function of close relationships: evidence that relationship commitment acts as a terror management mechanism. *J Pers Soc Psychol* 2002;82(4):527-42.
31. Charles ST, Carstensen LL. Social and emotional aging. *Ann Rev Psychol* 2009;61:383-409.
32. Vilela ABA, De Carvalho PAL, De Araújo RT. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. *Rev Saúde.com* 2006;2(2):101-14.
33. Griffith L, Raina P, Wu H, Zhu B, Stathokostas L. Population attributable risk for functional disability associated with chronic conditions in Canadian older adults. *Age Ageing* 2010;39(6):738-45.
34. Neri AL, Ribeiro LHM, Costa TB, Pinto JM, Mantovani EP, Pereira AA. Relações entre atividades sociais, físicas, de lazer passivo e de repouso diurno e fragilidade. In: Neri AL, organizadora. *Fragilidade e qualidade de vida na velhice*. Campinas: Alínea; 2013. p. 247-66.

Recebido: 23/6/2014

Revisado: 05/1/2015

Aprovado: 24/2/2015