

Caracterização da funcionalidade familiar de idosos na Saúde da Família: um estudo transversal

Characterization of the family functionality of the elderly in Family Health: a cross-sectional study

Ana Hélia de Lima Sardinha¹, Larissa Garreto Sousa², Sara Maria Ferreira de Sousa³, Joelson dos Santos Almeida⁴

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: junho de 2021 – Aceito: julho de 2021

RESUMO

Introdução: A funcionalidade familiar visa verificar a existência ou ausência da harmônica nas interações familiares em que os idosos estão envolvidos, pois as famílias são responsabilizadas em prestar cuidados junto à Saúde da Família promovendo o envelhecimento saudável. **Objetivo:** Caracterizar a funcionalidade familiar dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Saúde (CS) no período de setembro de 2018 a novembro de 2019, situado na cidade de São Luís/MA. A população do estudo foi composta por idosos cadastrados no CS. Sendo avaliadas as seguintes variáveis sociodemográficas e clínicas e o instrumento para avaliar a funcionalidade familiar - APGAR Familiar com as dimensões: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive. **Resultados:** Foram entrevistados 148 idosos, o sexo feminino predominou (64,9%), cor parda (64,2%), casados (46%), com arranjo familiar monoparental (37,2%), boa funcionalidade familiar (91,2%) e a categoria desenvolvimento destacou-se (83,1%). **Conclusão:** A funcionalidade familiar é um fenômeno complexo, apesar disso foi possível constatar boa funcionalidade, com ponto forte o incentivo das famílias na autonomia dos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Relações Familiares. Idoso. Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Family functionality aims to verify the existence or absence of harmonics in family interactions in which the elderly are involved, because families are responsible for providing care with the Family Health in order to promote healthy aging. **Objective:** To characterize family functionality of the elderly assisted in the Family Health Strategy. **Methods:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, carried out at the Health Center (CS) from September 2018 to November 2019, located in the city of São Luís/MA. The study population were the elderly registered in (CS). The following sociodemographic and clinical variables and the instrument to assess family functionality were evaluated - APGAR Familiar with the following dimensions: adaptation, companionship, development, affectivity and resolving capacity. **Results:** One hundred and forty-eight elderly people were interviewed, mostly females (64.9%), brown (64.2%), married (46%), with a single-parent family arrangement (37.2%), good family functionality (91.2 %) and the development category stood out (83.1%). **Conclusion:** Family functionality is a complex phenomenon, although it was possible to verify good functionality, with a strong point being the encouragement of families in the autonomy of the elderly.

KEYWORDS: Family relationships. Elderly. Family Health.

¹ Enfermeira. Doutora em Ciências Pedagógicas pelo Instituto Central Em Ciências Pedagógicas, ME-ICCP, Cuba. Docente Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

² Enfermeira. Especialista em atenção às Clínicas Médicas e Cirúrgicas e Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Docente Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

³ Enfermeira. Especialista em Educação para a Saúde. Mestranda em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).. E-mail: sarahfsousa@hotmail.com

⁴ Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará/UECE. Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão. Docente assistente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

INTRODUÇÃO

Compreende-se como funcionalidade familiar o modo como os membros da família adéquam de forma apropriada as suas funções essenciais à identidade de seus membros em conformidade com o meio social em que estão inseridos. A forma como as relações e adaptações do sistema familiar ocorre mediante a necessidade de uma readequação familiar, durante, por exemplo, o período de doença de um de seus entes, determina sua classificação em funcional ou disfuncional.¹

As famílias constituem-se como uma entidade global e complexa e podem tornar-se uma “unidade de cuidado”. As mesmas podem ser compreendidas na sua composição, como um sistema social, em que os indivíduos que a integram interagem entre si e criam vínculos, conforme o ambiente social em que estão inseridos, podem desenvolver características distintas².

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde é na família que impetramos muitos dos comportamentos e hábitos de vida favoráveis ou nocivos à saúde. Por meio das atividades de promoção de saúde é possível exercer influência sobre os componentes comportamentais nocivos e estimular aqueles que reconhecidamente contribuem para a manutenção da saúde³.

No Brasil, a atuação do enfermeiro na Atenção Primária em Saúde (APS) abrange ações assistenciais de promoção, proteção, reabilitação, manutenção da saúde bem como a prevenção de risco e agravos, nas dimensões assistenciais e gerenciais do cuidado. Logo, mediante a complexidade das demandas, o enfermeiro desenvolve as atividades guiadas por seus conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de contribuir para a efetividade e qualidade da atenção⁴.

Segundo os dados nacionais e internacionais o envelhecimento tem aumentado no Brasil e no Mundo e tem sido um fenômeno para a saúde pública. Ele é um processo inerente a vida e é permeado por mudanças biológicas, sociais e psicológicas que predispõe o aparecimento de elevadas taxas de doenças e comorbidades capazes de intervir na capacidade funcional do idoso. O envelhecimento é um desafio, contudo as melhorias das condições físicas e sociais podem ser benéficas no enfrentamento desse processo. No entanto, o crescimento do número de idosos com limitações funcionais decorre da presença de cronicidade e longevidade crescentes. Dessa forma, a atenção familiar e dos serviços de saúde devem ser constantes e contínuos ao longo da vida. Destaca-se que relações intergeracionais são benéficas ao idoso e a toda unidade familiar⁶.

Sabendo que o suporte familiar provoca impactos diretos na saúde do idoso, é de suma importância a avaliação da funcionalidade familiar, pois é a partir dela que o enfermeiro obtém subsídios para conhecer as relações familiares, como elas influenciam no processo saúde-doença, possibilitando direcionar a sua assistência de modo a melhorar as condições de saúde e qualidade de vida dos idosos atendidos.

Diante deste contexto, o enfermeiro precisa conhecer a funcionalidade familiar e identificar as famílias disfuncionais a fim de buscar estratégias de intervenção que promovam a saúde e o bem-estar dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família, visando à valorização dos comportamentos funcionais.

Embora a funcionalidade familiar de idosos seja tema de outros estudos, há uma lacuna no conhecimento sobre esse objeto de estudo na ESF em São Luís – MA. Assim, este trabalho teve como questão: Qual a funcionalidade familiar de idosos assistidos na Estratégia de Saúde da Família? E, como objetivo: Caracterizar a funcionalidade familiar dos idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família em São Luís – MA.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no período de setembro de 2018 a novembro de 2019 no Centro de Saúde da Liberdade, situado na cidade de São Luís/MA, uma unidade integrante da rede Municipal de Saúde, que abriga equipes de Saúde da Família e pertence ao distrito Centro, um dos sete Distritos Sanitários existentes na capital.

A população de idosos cadastrados na Unidade de Saúde da Liberdade corresponde a 2909 nesse território. No entanto, no período de realização da pesquisa compareceram à unidade de saúde apenas 148 idosos. Os critérios de inclusão adotados foram: ter idade maior ou igual a 60 anos; consentir em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ser acompanhado regularmente na Saúde da Família. O critério de exclusão foi ser incapaz de responder às perguntas do instrumento de coleta de dados.

O instrumento de pesquisa foi composto de variáveis sociodemográficas e de saúde, sendo elas: sexo (masculino/feminino), faixa etária (em anos), cor autorreferida (parda, negra ou branca), religião (católica, evangélica e outras), estado civil (casado, divorciado, solteiro, viúvo), escolaridade (1 a 3 anos, 4 a 7 anos, acima de 8 anos, sem escolaridade), renda familiar (até 1 salário, 1 a 3 salários, 3 a 6 salários, acima de 6 salários), renda individual (aposentado, trabalho, pensionista, nenhuma e outros), arranjo familiar (monoparental, casal com filhos, casal sem filhos, casal com filhos e parentes, unipessoal, composto, casal sem filhos com parentes), uso diário de medicamento (sim ou não). Utilizou-se o APGAR de Família que objetiva avaliar a funcionalidade familiar por meio da mensuração da satisfação de seus membros quanto a cinco componentes considerados básicos para um sistema familiar saudável e funcional. Esse instrumento foi desenvolvido em 1978 por Smilkstein e traduzido e validado para idosos no Brasil em 2001 por Duarte¹. Cada letra do acrônimo oriundo da língua inglesa significa: - *Adaptation* (Adaptação); *Partnership* (Companheirismo); *Growth* (Desenvolvimento); *Affection* (Afetividade); *Resolve*

(Capacidade Resolutiva)⁶. A cada um destes componentes é atribuído um escore, cuja soma total resulta em um valor numérico diretamente relacionado ao grau de funcionalidade familiar (boa funcionalidade - 7 a 10 pontos, moderada disfunção - 5 e 6 pontos ou elevada disfunção – 0 a 4 pontos).

Participaram da entrevista os idosos que compareceram às consultas no Centro de Saúde e que foram abordados e apresentados à pesquisa, aqueles que atenderam aos critérios de inclusão e consentiram em participar da pesquisa e os que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram digitados no programa Microsoft Office Excel 2018. Para análise estatística foi utilizado o programa estatístico Epi-Info 2015 versão 7.2.0.1, no qual foram calculadas as frequências relativas (%) e absolutas (n), tendo como nível de significância 95% e margem de erro tolerável 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão HU-UFMA com Parecer nº 949100. Todos os aspectos éticos desse estudo respeitam a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/12 e suas complementares.

RESULTADOS

Participaram do estudo 148 idosos do Centro de Saúde da Liberdade em São Luís, Maranhão. Quanto às variáveis sociodemográficas, o sexo feminino foi mais ocorrente com 64,9%, a faixa etária dos idosos era de 60 a 69 anos correspondendo a 66,9%, a cor autorreferida era de pardos (64,2%). Com relação à religiosidade, 100% dos entrevistados referiram ter uma religião; destes, 73% eram católicos; quanto ao estado civil, 46% dos idosos eram casados (Tabela 1).

No que se refere à escolaridade dos idosos, 29% tiveram de 1 a 3 anos de estudo, 28,4% de 4 a 7 anos e 16,2%, não tinham escolaridade. Apenas 26,4% estudaram mais de 8 anos, demonstrando um percentual considerável de idosos que não concluíram o Ensino Fundamental. Quanto à renda familiar mensal dos entrevistados, 62,2% possuíam de 1 a 3 salários mínimos, seguida pela renda de até um salário (28,3%). Apenas 1,4% dos idosos tinha uma renda familiar superior a 6 salários mínimos, evidenciando, assim, que a maioria dos entrevistados apresentava uma baixa renda familiar (Tabela 1).

Referente à origem da renda individual dos idosos entrevistados, 73,7% advinha de aposentadoria, 11,5% do trabalho, 7,4% era proveniente de pensão, 5,4% não possuíam fontes de renda individual e 2% tinham outras fontes de renda (Tabela 1). No que concerne aos arranjos familiares, os três mais prevalentes nesta pesquisa foram respectivamente: “monoparental” (37,2%), “casal com filhos” (17,6%) e “casal com filhos e parentes” (10,8%) (Tabela 1).

No que tange aos hábitos de vida e saúde dos idosos, verificou-se que 6,1% eram tabagistas, o consumo de álcool esteve presente em 13,5% dos idosos, 35,1% declaravam ter doenças crônicas, os que referiam ser diabéticos seguidos de hipertensos corresponderam a 64,2% dos idosos (Tabela 1). E, além

disso, 77,7% mencionaram fazer uso diário de medicamentos, o que pode estar relacionado ao elevado percentual de diabéticos e hipertensos (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados socioeconômicos, demográficos e de saúde dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família no Centro de Saúde Liberdade em São Luís - MA, 2021

Variáveis	N (=148)	% (100)
Sexo		
Feminino	96	64,9
Masculino	52	35,1
Faixa etária (anos)		
60 – 69 anos	99	66,9
70 – 79 anos	38	25,7
> 80 anos	11	7,4
Cor autorreferida		
Parda	95	64,2
Negra	29	19,6
Branca	24	16,2
Religião		
Católico	108	73,0
Evangélico	30	20,3
Outras	10	6,7
Estado civil		
Casado	68	46,0
Viúvo	37	25,0
Solteiro	26	17,6
Divorciado	17	11,4
Escolaridade		
1 a 3 anos	43	29,0
4 a 7 anos	42	28,4
Acima de 8 anos	39	26,4
Sem escolaridade	24	16,2
Renda Familiar		
Até 1 salário	42	28,3
1 a 3 salários	92	62,2
3 a 6 salários	12	8,1
Acima de 6 salários	02	1,4

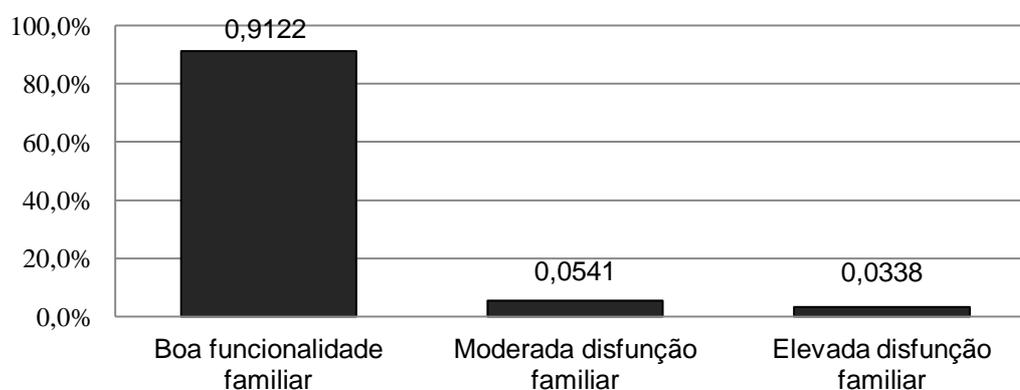
(Conclusão)

Variáveis	N (=148)	% (100)
Renda individual	N	%
Aposentadoria	109	73,7
Trabalho	17	11,5
Pensão	11	7,4
Nenhuma	08	5,4
Outro	03	2,0
Arranjo familiar	N	%
Monoparental	55	37,2
Casal com filhos	26	17,6
Casal sem filhos	22	14,9
Casal com filhos e parentes	16	10,8
Unipessoal	15	10,1
Composto	11	7,4
Casal sem filhos com parentes	03	2,0
Uso diário de medicamento	N	%
Sim	115	77,7
Não	33	22,3

Fonte: elaborado pelas autoras

Em relação à funcionalidade familiar relatada pelos idosos entrevistados, conforme aponta a figura 1, verificou-se que 91,2% deles consideravam suas famílias funcionais. A disfunção familiar foi relatada por 8,8% dos idosos. Desses, 5,4% apontaram disfunção moderada e 3,4% elevada disfunção familiar (Figura 1).

Figura 1 – Funcionalidade Familiar dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família no Centro de Saúde da Liberdade em São Luís - MA, 2021



Fonte: elaborada pelos autores

Quanto à aplicação do APGAR de Família temos os seguintes resultados. À primeira questão do APGAR de Família, referindo-se ao componente Adaptação, o entrevistado declarou: – “Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando”. Neste componente, 75% dos idosos relataram que sempre podiam recorrer à sua família em busca de ajuda, contudo, 16,2% responderam algumas vezes e 8,8% nunca podiam recorrer à família.

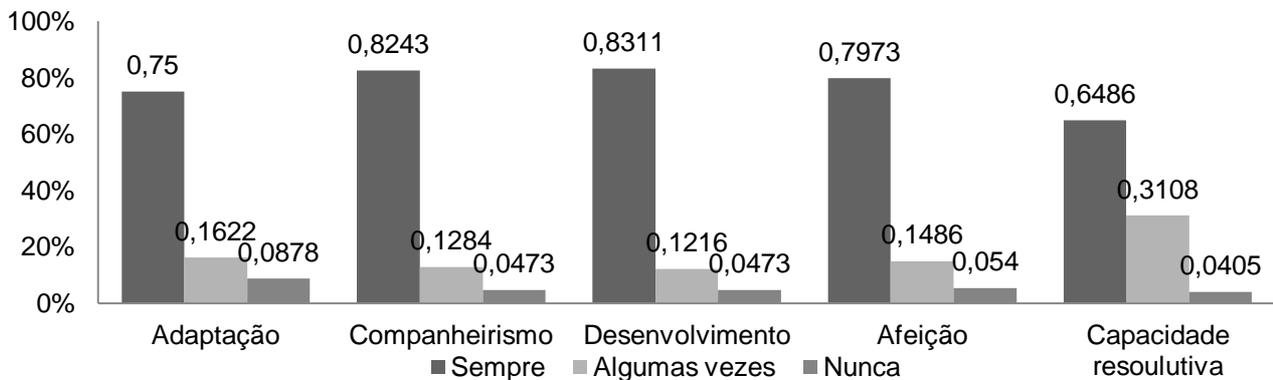
Na segunda pergunta do questionário, referente ao Companheirismo - “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas”. Em relação a esse componente verificou-se que 82,4% dos entrevistados estavam satisfeitos com o compartilhamento de problemas entre os familiares, 12,8% algumas vezes e 4,7% nunca estavam satisfeitos.

O componente Desenvolvimento relaciona-se à terceira questão do APGAR de Família, à qual o idoso revela: - “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções”. Nesta questão, 83,1% dos participantes demonstraram satisfação, 12,2% responderam algumas vezes e 4,7% referiram nunca estar satisfeitos com o apoio recebido dos seus familiares.

Na quarta questão que faz referência ao componente Afetividade temos: -“Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor”. Em relação a este item, 79,7% dos idosos estavam sempre satisfeitos, 14,9% algumas vezes e 5,4% nunca estavam satisfeitos.

À última questão do APGAR de Família concernente ao componente Capacidade Resolutiva, o entrevistado revela: – “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos”. Esse item revelou que 64,9% dos idosos estavam sempre satisfeitos com o tempo que compartilhavam com suas famílias, 31,1% algumas vezes sentiam satisfação e 4,1% nunca estavam satisfeitos.

A figura 2 demonstra a satisfação dos idosos quanto aos cinco componentes do APGAR de Família. Conforme a figura, percebe-se que a boa funcionalidade familiar foi determinada na seguinte ordem: em primeiro lugar, temos o componente Desenvolvimento que faz referência à satisfação dos idosos. Este componente trata do auxílio recebido para iniciar novas atividades e procurar novos caminhos. Em seguida, verificou-se uma boa satisfação quanto aos componentes Companheirismo e Afetividade, que tratam, respectivamente, da comunicação entre os membros da família, com ênfase no compartilhamento de problemas e da afetividade entre os membros. Em quarto lugar encontrou-se o componente Adaptação, que diz respeito à satisfação com a assistência recebida pelos familiares. O componente com menor satisfação foi a Capacidade Resolutiva, que se refere ao tempo que os idosos compartilham com suas famílias.

Figura 2 – Dinâmica familiar dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família no Centro de Saúde da Liberdade, segundo os componentes do APGAR de Família em São Luís - MA, 2021

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

Observou-se que a alta prevalência de idosos do sexo feminino e o predomínio de idosos com faixa etária de 60 a 69 anos condiz com resultados semelhantes a outros estudos da literatura que abordam essa temática. Ressalta-se também que essa faixa etária, em outras literaturas também, ocorre em maiores proporções na região nordeste e no estado do Maranhão^{9,13-34}.

A predominância do sexo feminino na velhice é observada em todo o mundo, sendo explicada pela maior expectativa de vida das mulheres e maiores taxas de mortalidade dos homens em todas as faixas etárias. Esses fatores acarretam em um menor número de homens que chegam à velhice em relação ao número de mulheres¹⁴.

Encontrou-se divergência em relação à cor autorreferida mais prevalente neste estudo e os resultados encontrados na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD), citada por Melo et al.¹³, onde a cor autorreferida mais prevalente foi branca (55,6%). Essa divergência pode relacionar-se com as diferenças de povos que ocuparam e colonizaram as regiões do país, sendo elevado na região Nordeste devido à ocupação de povos afrodescendentes e indígenas, resultando na grande miscigenação da população.

Quanto ao estado civil dos idosos entrevistados, Drummond e Alves³³ obtiveram resultados semelhantes, com 47,3% dos idosos referindo ser casados.

Dentre os entrevistados, a maioria possui até 3 anos de estudo. A escolaridade é uma variável importante, pois idosos com níveis mais elevados de escolaridade têm melhor acesso a cuidados médicos, a atividades que contribuem para o estímulo das funções cognitivas e mentais, além de terem maior nível de participação social, enquanto aqueles com baixos níveis educacionais apresentam mais transtornos afetivos e emocionais, como ansiedade e depressão³³.

O percentual de idosos que trabalha encontrado neste estudo foi pequeno (11,5%), assim como foi encontrado no estudo de Drummond e Alves³³, no qual apenas 10,8% dos idosos trabalhavam.

Em relação à religiosidade, 60,2% dos idosos declararam-se católicos e 27,7% eram evangélicos, resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos¹². Estas autoras afirmam que a religião é importante na vida dos idosos por favorecer comportamentos saudáveis e proporcionar menor exposição a fatores de risco, como o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Além disso, a prática religiosa melhora o bem-estar psicológico, assim como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevados^{13, 16}. Dessa forma, a prática religiosa tende a contribuir com a qualidade de vida, bem-estar e pode trazer alternativas relacionadas às políticas de saúde pública. Há, ainda, uma associação positiva entre a religiosidade/espiritualidade e a funcionalidade de idosos¹⁷.

Como resultado da avaliação dos arranjos familiares deste estudo, houve predominância de famílias monoparental, casal com filhos e casal com filhos e parentes. Dessa forma, a classificação dos arranjos familiares utilizada neste estudo foi criada por Melo et al.¹³, na qual há arranjos “unipessoais” quando os idosos moram sozinhos; arranjos “compostos” quando o idoso reside com outros parentes; são classificados como “casal sem filhos”, quando o idoso reside apenas com o cônjuge; “casal com filhos”, quando o casal coabita com filhos; “casal sem filhos com parentes”, quando o casal tem filhos mas reside com parentes; “casal com filhos e parentes”, quando convivem o casal com filhos e parentes e “monoparental”, quando o idoso mora com filhos e/ou outros parentes.

Destaca-se que, no Brasil, a realidade de pessoas que moram sozinhas, inclusive idosos, tem aumentado. Tal fato tem ocorrido devido a questões relacionadas às demandas da modernidade que preza o individualismo, mas também por questões como: mudanças de comportamento cultural, crescimento de separações conjugais e aumento da esperança de vida¹⁸.

A convivência multigeracional é benéfica, porque possibilita maior número de pessoas no processo de cuidados com o idoso¹⁷. Entretanto, também causa dificuldades, como o conflito de interesses quanto à distribuição dos recursos disponíveis¹⁹.

Quanto ao tabagismo, os resultados encontrados nesta pesquisa foram divergentes aos achados em outras que apresentaram um percentual menor de idosos tabagistas. Isso está vinculado à conscientização da população por meio de campanhas antitabagistas realizadas nas unidades de saúde e na mídia, além da religiosidade encontrada entre os idosos entrevistados, que se reflete em um menor percentual de fumantes^{12,13}.

O percentual elevado de idosos diabéticos encontrados na pesquisa pode estar associado à falta de acesso a alimentos saudáveis e a hábitos alimentares inadequados ao longo da vida, associados à baixa renda e baixa escolaridade.

Em outros estudos, resultados similares sobre o predomínio de uma boa funcionalidade familiar

foram encontrados. Em um estudo realizado com o objetivo de identificar os fatores associados à funcionalidade familiar de longevos não institucionalizados residentes em Goiânia-GO, observou-se que 90,1% dos idosos apresentaram boa funcionalidade familiar, 5,3% possuíam moderada disfunção familiar, enquanto 4,6% tinham elevada disfunção familiar⁵. Outro estudo mostrou que 85,8% dos idosos tinham uma boa funcionalidade em suas famílias ao passo que 14,2% dos idosos relataram disfunção familiar⁹.

A funcionalidade familiar corresponde ao modo como seus integrantes harmonizam as funções essenciais de forma apropriada à identidade de seus membros e em consonância com a realidade que prevalece no meio social. Assim, a classificação do sistema familiar em funcional ou disfuncional baseia-se no modo como as relações e adaptações acontecem mediante a necessidade de uma readequação familiar durante, por exemplo, o período de doença de um de seus entes¹.

O estudo realizado em Goiânia-GO⁵ corroborou com esta pesquisa, pois ambos apresentam resultados em que os idosos relataram menor satisfação na Capacidade Resolutiva. Isto indica que há apoio para iniciar novas atividades e procurar novos caminhos, entretanto, os idosos não se sentem satisfeitos com o tempo que os familiares dedicam a eles. Os resultados encontrados neste estudo foram positivos, pois a maioria dos idosos veem suas famílias como capazes de suprir suas necessidades; não obstante, podem ocultar relações tênues.

A avaliação funcional condiz com os detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros nas dimensões instrumental e expressiva. Doravante, avançar na compreensão do modo de produção em saúde ocorre ao serem destacadas particularidades que permitem renovação e reinvenção desses processos²¹.

A desestabilização da dinâmica familiar pode surgir de novas necessidades relacionadas ao cuidado ao idoso, como o aparecimento de doenças crônicas, prolongamento dos cuidados dispensados, dificuldade de adaptação às mudanças de funções e papéis e outros fatores que podem induzir ao estresse familiar²³.

No cuidado do idoso, a família está envolvida em uma série de atividades, desde simples a mais complexas. Exemplos dessas atividades incluem a preparação das refeições, administração de medicamentos de uso contínuo, acompanhamento a consultas, dentre outras. Diante disso, mesmo que o idoso não seja dependente, ele pode se sentir desconfortável por acreditar que está causando uma sobrecarga física e emocional aos familiares, o que pode afetar negativamente a dinâmica familiar²³.

O cuidado ao idoso e à família está inserido nas atividades de promoção à saúde. Assim, é importante que o profissional de saúde conheça como se dá a relação entre os membros da família de modo que suas intervenções favoreçam a resolutividade e o bem-estar entre seus membros.

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 30-35 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas.

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, essa estratégia propõe a articulação de saberes a favor da qualidade de vida²².

Desse modo, as situações que eventualmente induzem ao estresse familiar podem comprometer a capacidade assistencial das famílias podendo torná-las incapazes de atender às necessidades de cuidados aos membros idosos. Essa desarmonia pode ser prejudicial ao processo de independência, autonomia e qualidade de vida dos idosos²⁴.

Além disso, a carência de apoio familiar e as complicações advindas de insuficiências psicológicas, afetivas e materiais, podem levar o idoso a situações de morbidade significativa, seja ela física, psíquica ou social. Isso porque o suporte familiar contribui de maneira expressiva para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo²⁵.

O apoio familiar possui efeitos benéficos na saúde física e mental dos idosos por favorecer o enfrentamento, fortalecer o sistema imunológico e contribuir para o senso de controle, bem-estar psicológico e satisfação com a vida. A satisfação com as relações familiares é um indicador da funcionalidade familiar, pois ela reflete a percepção de que o suporte familiar é adequado¹⁹.

Concomitantemente, as pressões e tensões podem significar disfunção momentânea nas famílias, contudo os membros geralmente são capazes de enfrentar e superar as crises. Por outro lado, a disfunção familiar dificulta a prestação da assistência necessária ao idoso, por isso as relações familiares devem ser foco de atenção das equipes de Saúde da Família¹⁹.

As políticas públicas de saúde das pessoas idosas preconizam que a família deve ser a principal prestadora de cuidado ao idoso e evidencia a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados²⁴. Desta forma, espera-se que a atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, desempenhe papel essencial na assistência ao idoso e a sua família. Isto porque o conhecimento da dinâmica familiar pode favorecer a compreensão dos mecanismos e recursos de assistência aos idosos⁸.

A atenção familiar e dos serviços de saúde devem ser constantes e continuados ao longo da vida por serem favoráveis aos idosos e a toda unidade familiar, entretanto, mesmo com apoio familiar adequado, dificuldades de enfrentamento da aposentadoria, menor ganho, dependências que se instalam e alteram a rotina de toda a família, podendo trazer reflexos positivos ou negativos na vida social²⁶.

A compreensão da dinâmica familiar do idoso é fundamental para os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, especialmente para os enfermeiros, que atuam diretamente na gestão do cuidado, podendo auxiliar as famílias a administrar as dificuldades encontradas no cuidado ao idoso, levando em consideração as diferentes realidades vivenciadas pelos idosos e suas famílias.

O contexto de proximidade com a comunidade, proporcionado pela Estratégia Saúde da Família, permite aos profissionais reconhecerem a dinâmica do funcionamento das famílias, o que pode levar à

detecção de disfunções e possibilita intervenções precoces quando há desequilíbrio²⁷.

Os profissionais da Estratégia podem atuar promovendo o envolvimento da família no cuidado e na promoção da saúde do idoso, considerando também que as doenças e injúrias causam estresse familiar, o que altera a sua dinâmica. É importante destacar que, com a compreensão correta do funcionamento e da dinâmica das famílias, bem como dos fatores que levam ao estresse familiar, as intervenções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família serão mais eficazes. Quanto ao papel dos enfermeiros neste contexto, nota-se que é trabalhando na Estratégia Saúde da Família, junto às famílias, que os enfermeiros têm a possibilidade de detectar fatores que podem afetar a saúde do idoso e utilizar estratégias para um viver e envelhecer saudáveis²⁸.

A avaliação da família por enfermeiros é uma atribuição essencial, visto que concentra-se na relação de reciprocidade entre família e profissionais, com o intuito de esclarecer o impacto da doença sobre a dinâmica familiar e a influência da interação familiar sobre o curso da doença. Assim, é importante que a equipe de enfermagem se aproxime da família, estabelecendo vínculos e ofertando a atenção necessária à melhoria das condições de vida e saúde³².

É importante que a enfermagem estabeleça laços de confiança e compromisso com a família, e quando se trata de cuidados com o idoso, é essencial conhecer como o cuidado tem sido prestado, quais as necessidades de saúde identificadas e como a família está organizada para assistir o idoso em suas demandas.

Diante do exposto, é necessário que os profissionais das equipes Saúde da Família compreendam que o cuidado envolve todos os aspectos da vida do ser humano, incluindo as famílias e as relações familiares de seus membros²⁹. Dessa forma, sugere-se que estes profissionais adotem a avaliação da funcionalidade familiar em sua assistência cotidiana, buscando humanizar e qualificar o cuidado prestado às famílias.

Como limitação desse estudo, pode-se citar a não avaliação da funcionalidade familiar dos familiares dos idosos. Assim, recomenda-se que estudos posteriores utilizem procedimentos mais apurados de análise de dados, como métodos que avaliem a relação entre as variáveis.

CONCLUSÃO

A avaliação da funcionalidade familiar utilizando o APGAR de família permitiu conhecer a dinâmica familiar da visão dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família quanto aos cinco domínios considerados básicos para o funcionamento adequado das famílias: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva.

Percebeu-se também a importância das relações familiares no cuidado aos idosos e o quanto a

linha entre funcionalidade e disfunção familiar é tênue, cabendo aos profissionais da Estratégia Saúde da Família compreender e avaliar a dinâmica das famílias para o alcance do sucesso em suas intervenções de saúde e para oferecer um suporte adequado aos idosos e suas famílias.

Com base no que foi apresentado, o presente estudo se mostrou eficaz para fornecer subsídios para novas intervenções familiares na unidade de saúde estudada possibilitando aos profissionais intervir de forma mais eficaz neste contexto, identificando as famílias disfuncionais que precisam ser priorizadas pelas equipes de saúde.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento Superior de Pessoal – CAPES e à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA, pelo financiamento do projeto de pesquisa “O Cuidado aos Idosos com Condições Crônicas atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís - MA”, da qual este artigo faz parte.

REFERÊNCIAS

1. Teston EF, Silva ACP, Marcon SS. Percepção de pacientes oncogerítricas sobre a funcionalidade familiar. *Reme - REME rev. min. enferm.* 2017 [acesso em 2021 mai. 20]; 21:e-1032. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1032.pdf>.
2. Feldner CB, Cussolim FD, Martins LCNM, Felicidade PJ, Camargo FC. A prática da abordagem familiar em contexto de cuidados primários: estudo de caso comparado. *Cult. cuid.* 2018 [acesso em 2021 mai. 20]; 22(52): 142-52. Disponível em: <https://rua.va.es/dspace/bitstream/10045/85354/1/cultcuid-52-142-152.pdf>.
3. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [acesso em 2021 mai. 20]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica.nacional.promoçãosaúde.3ed.pdf>.
4. Silva LS, Viegas SMF, Menezes C. Ser enfermeiro no cotidiano da atenção primária à saúde: o fazer, o aprender e o conviver. *Braz. J. Nurs.* [on-line]. 2019 [acesso em 2021 ago. 21]; 18(1). Disponível em: www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6351/html.
5. Marzola TS, Molina NPFM, Assunção LM, Tavares DMS, Rodrigues LR. A importância do funcionamento das famílias no cuidado ao idoso: fatores associados. *REFACS.* 2020 [acesso em 2021 ago. 21]; 8(1): 78-86. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4440>
6. Campos AC, Rezende GP, Ferreira EP, Vargas AM, Gonçalves LH. Funcionalidade Familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. *Acta Paul Enferm.* 2017 [acesso em 2021 ago. 21]; (30)4; 358-67. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/y8rrP7cK5yDGzNyYhwnVJZd/?lang=pt>.

7. Ferreira YCF, Santos LF, Brito TRP, Rezende FAC, Silva Neto LS, Osório NB, et al. Funcionalidade familiar e sua relação com fatores biopsicossociais. *Revista Humanidades e Inovações*. 2019 [acesso em 2021 ago. 23]: 6(11): 158-66. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1582>.
8. Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 [acesso em 2021 set. 23]; 48(3): 469-76.. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300012>.
9. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015 [acesso em 2021 set. 23]; 20(8): 2489-98. <https://doi.org.101590/1809-9823.2014.13166>.
10. Queiroz BM, Coqueiro RS, Leal Neto JS, Borgatto AF, Barbosa AR, Fernandes MH. Inatividade física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2014 [acesso em 2021 set. 24]; 19(8): 3489-96. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZmssshcN6cK3RpSNKsXttwj/?format=html>.
11. Santos NC, Abdala GA. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. *Rev. Bras. Geriatric. Gerontol*. 2014 [acesso em 2021 out. 23]; 17 (4): 795-805. <https://doi.org.101590/1809-9823.2014.13166>.
12. Camargos, MCS, Gonzaga, MR. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [acesso em 2021 set. 14]; 31(7): 1460-72. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128914>.
13. Melo NCV, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montaya AJA, Silveira MB. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). *Rev Bras. Geriatric Gerontol*. 2016 [acesso em 2021 out. 15];19(1): 139-51. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15011>.
14. Chaves EC, Paulino CF, Souza VHS, Mesquita AC, Carvalho FS, Nogueira DA. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. *Texto Contexto Enferm*. 2014 [acesso em 2021 out. 16]; 23(3): 648-55. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720140010000013>.
15. Sousa BA, Nascimento A, Silva FC, Andrade A. Relação entre a espiritualidade/religiosidade e a funcionalidade de idosos: uma revisão sistemática. *Revista Kairós-Gerontologia*. 2019 [acesso em 2021 out. 16]; 22(1): 539-61. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/45964>.
16. Elias HC, Marzola TS, Molina NPFM, Assunção LM, Rodrigues LR, Tavares MDS. Relação entre funcionalidade familiar e arranjo domiciliar de idosos. *Rev. Bras. Geriat. Gerontol*. 2018 [acesso em 2021 out. 27]; 21(5): 582-90. <http://dx.doi.org/10.1590/1981.22562018021.180081>.
17. Rabelo DF, Neri AL. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. [Internet]. 2015 [acesso em 2021 nov. 01]; 18(3): 507-19. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14120>.
18. Teston EF, Silva ACP, Marcon SS. Percepção de pacientes oncogeriátricos sobre a funcionalidade familiar. *REME – Rev Min Enferm*. [Internet]. 2017 [acesso em 2021 nov. 01]; 21:e-1032. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1032.pdf>
19. Feldner CB, Cussolim FD, Martins LCNM, Felicidade PJ, Camargo FC. A prática da abordagem familiar em contexto de cuidados primários: estudo de caso comparado. *Cult. Cuid*. 2018 [acesso em 2021 mai. 20]; 22(52): 142-52. Disponível em: <https://rua.va.es/dspace/bitstream/10045/85354/1/cultcuid-52-142-152.pdf>.
20. Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida: uma

- perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva* [on-line]. 2020 [acesso em 2021 nov. 7]; 25(12): 4723-35. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>.
21. Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. *Rev Esc Enferm USP* [on-line]. 2012 [acesso em 2022 jan. 27]; 46(5): 1141-47. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500015>.
 22. Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Texto & Contexto - Enfermagem* [on-line]. 2012 [acesso em 2021 nov. 7]; 21(3): 543-8, pp. 543-548. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300008>.
 23. Reis LA, Trad LAB. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Psicol. teor. prat.* [on-line]. 2015 [acesso em 2021 nov. 7]; 17(3): 28-41. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300003&lng=pt&nrm=iso.
 24. Campos AC, Rezende GP, Ferreira EP, Vargas AM, Goncalves LH. Funcionalidade Familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. *Acta Paul de Enferm* [on-line]. 2017 [acesso em 2021 nov. 8]; (30)4: 358-67. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700053>.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [Acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-doministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setem-bro-de-2017>
 26. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. [on-line]. 2013 [acesso em 2021 nov. 11]; 47(1): 160-167, pp. 160-167. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100020>.
 27. Radovanovic CAT, Cecilio HPM, Marcon SS. Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da família de indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Gaúcha Enferm.* [on-line]. 2013 [acesso em 2021 nov. 12]; 34(1): 45-54. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100006>.
 28. Oliveira DV, Pivetta NRS, Yamashita FC, Nascimento MA, Santos NQ, Nascimento Júnior JRA, Bertolini SMMG, et al. Funcionalidade e força muscular estão associadas ao risco e medo de quedas em idosos?. *Rev Bras Promoc Saúde* [Internet]. 2021 [acesso em 2021 nov. 12]; 34. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/10903>
 29. Costa RS, Leão LF, Campos HLM. Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. *Revista Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 nov. 12]; 23(1): 83-103. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/48657/32093>.
 30. Brito LR, Lopes AOS, Oliveira AS, Reis LA, Oinhos JPQ. Grau de dependência e funcionalidade familiar do idoso. *Revista Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 nov. 14]; 22(1): 447-61. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/45200>
 31. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [internet] [acesso em 2021 nov 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXO1
 32. Sousa TV, Macêdo CS, Santana AFA, Bezerra MLR, Carvalho Filha FSS, Pereira MC, et al. Modelos teóricos utilizados por enfermeiros para avaliação da família: reflexão teórica. *Rev. Eletr. Ac. Saud.*

- [internet]. 2020 [acesso em 2021 nov. 30]; 12(4): 1-15. Disponível em:
<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2614/1555>
33. Drummond A, Alves DE. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. Rev. Brasil de Geria e Geront. [on-line]. 2013 [acesso em 2021 nov. 30]; 16(4): 727-38]. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400007>.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010. População residente, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação-2010. 2010 [acesso em 2021 nov. 30]. Disponível em:
<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12>.