

Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos

Family configuration and physical and psychological health status in a sample of elderly

Tipos de configuración familiar y condiciones de salud física y psicológica en ancianos

Doris Firmino Rabelo ¹
Anita Liberalesso Neri ²

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Brasil.
² Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

Correspondência

D. F. Rabelo
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,
Av. Carlos Amaral 1015,
Santo Antônio de Jesus, BA
44570-000, Brasil.
drisrabelo@yahoo.com.br

Abstract

This study focused on the relations between family configuration (living arrangements, heads of family, and financial contributions to the family's support), age, gender, and physical health (functional capacity, number of diseases and signs and symptoms, and social involvement) and psychological health (depression and anxiety) among the elderly, based on self-reported data. The probabilistic sample included 134 elderly without cognitive deficit, with data collected in home interviews. Cluster analyses were performed using the partitioning method (three groupings). The variables that contributed the most to forming groups were basic activities of daily living ($R^2 = 0.732$) and instrumental activities of daily living ($R^2 = 0.487$), number of diseases ($R^2 = 0.241$), and age ($R^2 = 0.225$). The predominant family configuration was living with children and/or grandchildren, with the elderly as providers and heads of the family. The study showed associations between family configuration and physical and psychological health status. Women showed a higher financial burden and worse psychological health than men.

Family Characteristics; Health of the Aged; Family Health

Resumo

Investigamos relações entre configuração familiar (arranjo de moradia, chefia familiar e contribuição financeira para o sustento da família), idade, sexo e condições de saúde física (capacidade funcional, número de doenças e de sinais e sintomas, e envolvimento social) e saúde psicológica (depressão e ansiedade) em idosos, conforme autorrelato. A amostra probabilística tinha 134 idosos sem déficit cognitivo e os dados foram coletados por entrevista domiciliar. Foi feita análise de conglomerados mediante o método da partição (três agrupamentos). As variáveis que mais contribuíram para a formação dos grupos foram as atividades básicas ($R^2 = 0,732$) e instrumentais da vida diária ($R^2 = 0,487$), o número de doenças ($R^2 = 0,241$) e a idade ($R^2 = 0,225$). A configuração familiar predominante foi coresidência com os descendentes, sendo os idosos provedores e chefes de família. Foram encontradas relações entre configuração familiar, condições de saúde física e saúde psicológica. As mulheres apresentaram maior ônus financeiro e pior saúde física e psicológica do que os homens.

Características da Família; Saúde do Idoso; Saúde da Família

Introdução

A família é locus privilegiado de vínculos afetivos e intercâmbios de apoio em vários domínios. Sua configuração, da qual depende, em grande parte, a sua capacidade assistencial cotidiana, é referenciada a aspectos dos contextos demográfico e socioeconômico e às condições materiais, à saúde física e aos recursos psicológicos e sociais de seus membros^{1,2}. Os arranjos domiciliares dizem respeito ao número de membros de uma unidade familiar e às relações de consanguinidade e geracionais existentes entre eles. O grau de incapacidade física e de necessidade financeira dos idosos é um importante determinante de coresidência com filhos e netos, assim como a variável sexo³. As viúvas com necessidade de assistência física e cognitiva e com rendimentos insuficientes são o maior contingente entre os idosos que vivem com a família de um filho ou filha, ao passo que a maioria dos homens idosos vive com a esposa ou companheira da mesma idade, ou com mulheres mais jovens, com quem se uniram em segundas núpcias^{4,5}. Outra razão pela qual os idosos residem com os descendentes é a necessidade econômica de filhos e netos, aos quais os idosos podem oferecer moradia e dinheiro para a subsistência. Cerca de 80% dos idosos brasileiros têm casa própria e chefiam 86,5% das famílias a que pertencem. Famílias brasileiras que têm idosos entre seus membros estão em melhores condições financeiras do que as sem membros idosos: entre as famílias sem idosos há o dobro de risco para pobreza, em comparação com famílias com idosos⁶.

Economistas e demógrafos identificam dois tipos de famílias: as “de idosos” e as “com idosos”⁶. Nas primeiras, o idoso é o chefe da família, geralmente mais jovem, economicamente produtivo e com boas condições de saúde. Sua renda é fundamental ao orçamento familiar, no qual prevalecem transferências descendentes de apoio (das gerações mais velhas para as mais jovens). Idosos com algum grau de dependência física podem manter-se na posição de chefes de família, se tiverem rendimentos e se puderem contar com o cônjuge para ajudá-los. Nas famílias “com idosos”, estes ocupam a posição de parentes do chefe da família. São geralmente mais velhos e do sexo feminino, com renda insuficiente para garantir o próprio sustento e, com frequência, precisam de ajuda para o desempenho de atividades da vida diária. Nessas famílias, prevalecem transferências de apoio ascendentes (das gerações mais novas para a mais velha)³.

As condições de saúde física interferem na manutenção de papéis e funções do idoso dentro da família^{7,8}. São indicadas pelo nível de desem-

penho de atividades básicas e instrumentais da vida diária e por doenças crônicas, cuja incidência aumenta com a idade. A presença de doenças está relacionada com a redução do envolvimento em atividades sociais complexas que exigem independência física e cognitiva⁹. A restrição ao ambiente doméstico tem efeitos negativos que podem gerar sentimentos de solidão, desânimo e sintomas depressivos¹⁰. A depressão e a ansiedade são os agravos psiquiátricos mais comuns na velhice e estão associadas à percepção de suporte social como insuficiente ou negativo, ao menor grau de proximidade com outras pessoas e à menor satisfação com as relações sociais^{11,12}. A presença de ansiedade e depressão em idosos está associada ao sofrimento físico e psíquico decorrente do agravamento de doenças crônicas e incapacidades, às perdas de entes queridos e de papéis sociais e ao histórico prévio de transtornos psiquiátricos^{10,12,13}.

Idosos com limitações funcionais importantes e com problemas de saúde mental requerem mais assistência da família, o que geralmente dá origem à coresidência entre membros de duas ou três gerações e, eventualmente, de pessoas de fora que prestam serviços domésticos e de cuidado aos idosos e a seus familiares. Um maior número de pessoas no domicílio pode influenciar positivamente o apoio afetivo e emocional aos idosos¹⁴ e pode oferecer auxílio instrumental e material^{5,15}. A coabitação é uma estratégia que geralmente beneficia os idosos e seus descendentes, embora algumas famílias sejam incapazes de proporcionar o suporte necessário a idosos dependentes e outras proporcionem excesso de ajuda, estimulando a dependência ou gerando desconforto psicológico para os idosos¹⁶. Por outro lado, na coabitação também existe um maior risco de os idosos serem maltratados e negligenciados, especialmente quando ocorre em um contexto de escassez de recursos materiais e de conflitos de interesses^{8,15,16}.

Entre os idosos brasileiros observa-se aumento do número de domicílios unipessoais. Em 2006, representavam 13,2% dos arranjos domiciliares de idosos e 40,3% dos domicílios unipessoais brasileiros¹⁷. Morar sozinho não significa necessariamente negligência ou abandono por parte dos filhos, nem enfraquecimento dos laços familiares ou sentimentos de solidão e de sofrimento psicológico para os idosos. Essa condição de moradia pode refletir uma nova e bem-sucedida realidade de envelhecimento, na medida em que é uma escolha possível apenas para aqueles com recursos suficientes de saúde e renda e que valorizam a independência e a privacidade¹⁸. Em contrapartida, domicílios unipessoais podem abrigar idosos com problemas de saúde,

com problemas familiares e que não dispõem de condições adequadas de subsistência, com graves riscos ao seu bem-estar.

A coresidência não garante que o idoso irá receber o apoio que precisa ou espera, mesmo quando contribui financeiramente ou com o cuidado de netos e da casa. De todo modo, facilita a transferência e o fluxo de recursos materiais, instrumentais, emocionais e informativos, de acordo com as características, a disponibilidade de recursos e as necessidades de cada geração¹⁵. A percepção de suporte e a expectativa de ser cuidado por pessoas próximas também estão associadas ao arranjo domiciliar. Estudo de Battistoni et al.¹⁹ mostrou que a maioria dos idosos espera ser cuidado por alguém, especialmente pelas filhas, e que esta expectativa é mais frequente entre aqueles que moram com o cônjuge e os descendentes. A avaliação de que há pessoas disponíveis para o suporte contribui para o sentimento de ser valorizado e cuidado.

As transferências intergeracionais de apoio são produzidas pela necessidade dos membros da família e por expectativas socioculturalmente construídas³. A provisão de cuidados e de recursos é moldada em um complexo contexto que leva em conta interesses conflitantes. Envolve expectativas de reciprocidade, responsabilidade, compromisso, partilha de afeições e objetivos¹⁹. A família é requisitada para dar assistência em diferentes situações que exigem mudança, adaptação a novas tarefas e provimento de várias formas de suporte¹.

Pesquisas voltadas ao aumento da base de conhecimentos sobre a configuração de famílias com e de idosos que apresentam diferentes condições de saúde podem gerar importantes subsídios para o planejamento e a gestão de políticas sociais e de saúde orientadas aos idosos e à família. Em comparação com o Sul e o Sudeste brasileiros, estudos dessa natureza são escassos no interior da Região Nordeste. O objetivo deste trabalho, baseado em autorrelato de idosos, foi analisar as relações entre a configuração familiar e a idade, o sexo e as condições de saúde física e psicológica.

Método

O campo selecionado para estudo foi Santo Antônio de Jesus, Estado da Bahia, Brasil, cujo papel no setor da saúde é importante no Recôncavo Baiano, pois nucleia a microrregião leste do estado, sede da 4ª Dires (Diretorias Regionais de Saúde). Dentre as vinte unidades básicas de saúde (UBS) localizadas na zona urbana, foi selecionada a que tinha o maior número de idosos

cadastrados (14,5% do total de pessoas cadastradas e 16,8% dos idosos residentes na cidade). Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ano 2010, nessa unidade estavam cadastradas 2.754 famílias que somavam 9.234 pessoas, dentre os quais 1.344 com 60 anos e mais.

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. Os critérios de elegibilidade foram: idade igual ou superior a 60 anos; residência permanente na região e no domicílio; compreensão das instruções; interesse em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de inclusão foi adotada a pontuação referente às notas de corte²⁰ para cada faixa de escolaridade, menos um desvio padrão, no *Mini-Exame do Estado Mental* (MEEM). A opção pela inclusão de idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência no estudo foi feita para não prejudicar a confiabilidade das respostas de autorrelato²¹. Os critérios de exclusão foram: déficit auditivo ou visual grave; dificuldade de expressão verbal e de compreensão; e estar temporária ou permanentemente acamado.

Em cada domicílio, todos os idosos eram entrevistados com vistas à seleção para participação no estudo. A escolha do participante era baseada na maior pontuação obtida no MEEM. A coleta de dados foi realizada em duas ou três visitas de duas horas cada uma, em média. Participaram do trabalho 134 idosos. O tamanho dessa amostra foi fixado conforme um nível de confiança de 90%, para um erro amostral de 5%.

A amostra foi composta predominantemente por idosos afrodescendentes (29,9% negros e 38,8% pardos), com renda familiar de até dois salários mínimos (75,4%), aposentados (75,4%) ou pensionistas (14,9%) e proprietários da residência onde moravam (79,9%).

Variáveis e instrumentos

• 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: baseando-se na pergunta "*Quem é o chefe da família?*", as respostas foram agrupadas nas opções sim ou não para a chefia exercida pelo idoso;

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

- **Características sociodemográficas**

Foram avaliadas a idade (agrupada em duas faixas: 60 a 74 anos e 75 ou mais) e o sexo (feminino x masculino).

- **Condições de saúde física**

a) Questionário de doenças e de sinais e sintomas autorrelatados²¹: doenças crônicas diagnosticadas por médico no último ano (total de nove) e sinais e sintomas percebidos (total de 12). Para ambas as variáveis foram feitos agrupamentos em três categorias: nenhum(a); 1 ou 2; 3 ou mais;

b) Índice de independência nas atividades básicas da vida diária²²: escala de seis itens com três possibilidades de resposta sobre a ajuda necessária (nenhuma, parcial ou total) para banho, vestir-se, toalete, transferência, controle esfinteriano e alimentação. As respostas foram agrupadas em: independente, dependência parcial e dependência total;

c) Desempenho de atividades instrumentais da vida diária²³: 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: perguntou-se aos idosos se participavam, pelo menos uma vez por semana, de atividades físicas, em centro de convivência, em atividades na comunidade e em atividades religiosas (sim x não). As respostas “sim” para cada atividade foram somadas e os dados foram categorizados pela mediana, em menor ou maior envolvimento social.

- **Condições de saúde psicológica**

a) Escala de Depressão Geriátrica²⁴: escala de rastreio de depressão, com nota de corte ≥ 6 ;

b) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)²⁵: com itens versando sobre sintomas comuns de ansiedade na última semana. A pontuação varia entre 1 e 63 pontos e para análises dicotômicas foram reunidas as categorias leve, moderada ou grave (≥ 11) em “sim” para ansiedade e a pontuação < 11 foi considerada como “não”.

Questões éticas

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 do trabalho foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (FAMAM), do Município de Cruz das Almas, Bahia, de acordo com a *Resolução nº 196/96* do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde.

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 grupos²⁶. Trata-se de análise multivariada baseada em distribuições de frequência de um conjunto de variáveis categóricas. Não indica nem correlação e nem o peso relativo de certas variáveis sobre outra. Ao contrário, é útil para indicar as tendências gerais da distribuição conjunta das variáveis de interesse. As variáveis são agrupadas conforme a proximidade geométrica entre elas, e o pesquisador procura identificar grupos que façam sentido no universo de variáveis estudadas. Os agrupamentos são comparados com a teoria e com dados de pesquisa e, com base nessas comparações, são interpretados. 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%.

Resultados

Quarenta e um por cento dos idosos viviam com descendentes e os demais com o cônjuge e descendentes (23,9%), sozinhos (17,9%), em outros tipos de arranjos (9,7%) ou só com o cônjuge (7,5%). A maior parte (72,4%) deles era chefe de família, contribuindo total (49,2%) ou parcialmente (44%) para o sustento da família. A idade dos participantes variou de 60 a 95 anos ($M = 72$ anos; $DP = 8$ anos); 77,6% eram mulheres. Cerca da metade (52,2%) relatou ter uma ou duas doenças, 59,7% três ou mais sinais e sintomas e 65,7% menor envolvimento social. Quase todos (96,3%) relataram ser totalmente independentes para as atividades básicas da vida diária e 58,2% disseram ser totalmente independentes para as atividades instrumentais da vida diária. Oitenta e três por cento pontuaram abaixo da nota de corte

na escala de rastreio de sintomas depressivos e 76,9% não pontuaram para ansiedade.

A formação de três *clusters* teve um R^2 de 0,208, ou seja, explicou 20,8% da variabilidade dos dados. As variáveis que mais contribuíram para a formação dos conglomerados (variáveis com maior R^2) foram as atividades básicas da vida diária ($R^2 = 0,732$), as atividades instrumentais da vida diária ($R^2 = 0,487$), o número de doenças ($R^2 = 0,241$) e a idade ($R^2 = 0,225$) (Tabelas 1 e 2).

A composição dos conglomerados, segundo análise comparativa ($p \leq 0,05$), foi a seguinte: o Grupo 1 ($n = 73$; 54,5% da amostra) foi formado por idosos jovens, participantes de arranjos com o cônjuge e seus descendentes, não-chefes de família, não-provedores ou que contribuíam

parcialmente para o sustento familiar, com poucas doenças, poucos sinais e sintomas, com alto envolvimento social, com independência total para atividades básicas e instrumentais da vida diária, sem depressão e sem ansiedade. O Grupo 2 ($n = 59$; 44% da amostra) foi composto por idosos mais velhos, residentes com descendentes, chefes de família, provedores da família, com número alto de doenças e de sinais e sintomas, com menor envolvimento social, independência total para atividades básicas, independência parcial em atividades instrumentais, com depressão e ansiedade. O Grupo 3 ($n = 2$; 1,5% da amostra) foi formado por mulheres de mais de 75 anos, doentes e fisicamente dependentes, com menor participação social e sem depressão.

Tabela 1

Tamanho dos grupos conforme análise das variáveis configuração familiar, idade, gênero e condições de saúde física e psicológica dos idosos. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2011.

Grupos	Frequência	RMS ² (desvio-padrão)	Distância máxima observada do centro *	Grupo mais próximo	Distância entre os centróides dos grupos *
1	73	0,8603	4.1311	2	2.5842
2	59	0,9404	4.7823	1	2.5842
3	02	0,8468	2.0743	2	7.2845

RMS² (desvio-padrão): índice RMSSTD (*root mean square standard deviation*), cuja tradução pode ser raiz quadrada do desvio-padrão médio, é usado para calcular a homogeneidade dos agrupamentos.

* Distância euclidiana.

Tabela 2

Valores assumidos pelas variáveis de interesse na análise de conglomerados. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2011.

Variáveis	Desvio-padrão	Coefficiente de determinação *	RSQ/(1-RSQ) **
Sexo	1,00154	0,012010	0,012156
Idade	0,88721	0,224690	0,289807
Arranjos de moradia	0,99977	0,015492	0,015736
Chefia familiar	0,96714	0,078707	0,085431
Contribuição para o sustento da família	0,94625	0,118066	0,133872
Número de doenças autorrelatadas	0,87799	0,240731	0,317057
Número de sinais e sintomas autorrelatados	0,91590	0,173737	0,210269
Envolvimento social	0,96527	0,082269	0,089643
Atividades básicas da vida diária	0,52139	0,732239	2,734675
Atividades instrumentais da vida diária	0,72160	0,487124	0,949789
Depressão	0,92617	0,155110	0,183586
Ansiedade	0,91301	0,178948	0,217950
Variância total explicada	0,89656	0,208260	0,263041

* Coeficiente de determinação, R^2 (quadrado do coeficiente de correlação), usado para calcular a dissimilaridade entre agrupamentos;

** Proporção da variância dentro dos grupos [$R^2/(1-R^2)$].

De modo geral, houve um percentual significativamente superior de idosos de 60 a 74 anos no Grupo 1, e nos demais grupos a maioria era de idosos de 75 anos e mais. Nos três grupos predominaram mulheres. Os arranjos mais comuns incluíram o idoso vivendo só com os descendentes (cerca da metade no Grupo 2) e o casal de idosos vivendo com descendentes (cerca de 1/3 no Grupo 1 e metade no Grupo 3). A grande maioria era formada por idosos chefes e provedores totais ou parciais do sustento da família. Cerca de 80% dos idosos do Grupo 2 e todos do Grupo 3 pontuaram abaixo da mediana na variável envolvimento social, e 46,6% dos idosos do Grupo 1 pontuaram acima da mediana. A maioria dos idosos do Grupo 1 relatou ter 1 ou 2 doenças crônicas, ao passo que 57,6% do Grupo 2 relataram ter 3 doenças ou mais. Da mesma forma, as queixas de 3 ou mais sinais e sintomas foram mais presentes no Grupo 2 do que no Grupo 1. A grande maioria dos idosos dos Grupos 1 e 2 era independente para o desempenho de atividades básicas, mas no Grupo 2 predominou ter algum grau de dependência para atividades instrumentais. O Grupo 3 apresentou dependência total para o desempenho de atividades da vida diária, bem como maior número de doenças e de sinais e sintomas. Os percentuais mais elevados de pontuação para depressão e ansiedade igualmente ocorreram no Grupo 2 (Tabela 3).

Discussão

A configuração familiar mais frequente encontrada na amostra foi a coresidência com os descendentes. Nesse contexto, a maioria dos idosos contribuía para o sustento da família. No Brasil, o fluxo de apoio dos idosos para os mais jovens é crucial na maior parte da vida e os pais só começam a demandar maior suporte dos filhos a partir dos 75 anos³. Parte significativa da coresidência verificada no Nordeste brasileiro está associada às necessidades dos filhos adultos e não às dos pais idosos²⁷. É comum que os idosos priorizem as necessidades dos descendentes em detrimento das suas e que gastem mais de sua renda com outros familiares do que com eles mesmos.

Essa configuração familiar pode refletir mais uma imposição de condições sociais desfavoráveis do que uma preferência ou aspiração pessoal. Os idosos podem ficar em desvantagem ao precisar de ajuda para atividades cotidianas e, ao mesmo tempo, ter de sustentar a família, num momento da vida em que é esperada maior centralidade da geração do meio, no desempenho de papéis de autoridade e de provisão de suporte. Por outro lado, em situações de pobreza, o fato

de ajudar a família com dinheiro pode proteger o idoso de abandono e maus-tratos, pelo menos enquanto ele não se torna física e cognitivamente dependente^{3,4,14}.

Ausência do cônjuge e idade avançada são outros motivos importantes para a coresidência entre idosos e as gerações mais jovens⁶, assim como problemas de saúde nos idosos. Apesar disso, é relativamente comum que idosos viúvos, de idade avançada e doentes continuem desempenhando o papel de chefia da família, seja porque têm boas condições de renda, seja porque a família é muito pobre. O fluxo de suporte é preferencialmente direcionado aos mais jovens, e este padrão só é alterado quando os pais idosos enfrentam uma crise na saúde e apresentam incapacidade²⁸.

O segundo tipo de arranjo familiar mais frequente na amostra foi o de casal de idosos com seus descendentes, de modo geral composto por idosos mais jovens e mais saudáveis. Estar casado é fator protetor tanto para homens quanto para mulheres idosos, pois aumenta as chances de apoio material e emocional e de interações sociais positivas²⁸. A presença do cônjuge também favorece a manutenção das condições que levam à melhor percepção de saúde²⁹. Os homens idosos casados, com escolaridade mais alta e maior renda desfrutaram de melhor interação social, maior apoio emocional e mais informação. As mulheres idosas não casadas, com baixa escolaridade e renda, e que vivem com um menor número de pessoas, são as que sofrem mais risco de ter suporte social insuficiente ou inadequado^{7,30}.

Homens e mulheres envelhecem de formas diferentes, o que interfere nas respectivas configurações familiares^{3,6,7}. Porém, a variável sexo não serviu para diferenciar os três grupos entre si, provavelmente em função do elevado número de mulheres na amostra. A maioria dos atuais idosos foi socializada segundo um padrão de família tradicional no qual os maridos são os chefes de família e provedores, cabendo à esposa a responsabilidade pelo cuidado da casa e dos filhos. Por consequência, as mulheres idosas só assumem o papel de chefes de família quando viúvas, solteiras ou divorciadas, mas com renda⁶. É comum que, devido a convenções culturais associadas aos papéis de gênero, elas acumulem os papéis tradicionais de cuidadoras de netos, doentes e idosos, de manutenção do lar e o recém-adquirido papel de provedoras³.

As variáveis que mais contribuíram para a formação dos grupos foram o desempenho de atividades básicas e instrumentais da vida diária, o número de doenças e, além destas, a idade, refletindo a centralidade que têm na vida dos idosos e de sua família^{31,32}. A capacidade funcional é um

Tabela 3

Frequência de idosos nos três grupos conforme análise de conglomerados relativa à covariação entre a configuração familiar, a idade, o sexo e as condições de saúde física e psicológica dos idosos. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2011.

Variáveis/Categorias	Amostra total		Grupos (%)			Valor de p #
	n	%	1 *	2 **	3 ***	
Idade (anos)						
60-74	89	66,4	86,3	44,1	0,0	< 0,001
≥ 75	45	33,6	13,7	55,9	100,0	
Sexo						
Feminino	104	77,6	74,0	81,4	100,0	0,642
Masculino	30	22,4	26,0	18,6	0,0	
Arranjos de moradia						
Sozinho	24	17,9	13,7	22,0	50,0	0,024
Com cônjuge/companheiro	10	7,5	6,9	8,5	0,0	
Com cônjuge e descendentes	32	23,9	34,2	10,2	50,0	
Com descendentes	55	41,0	35,6	49,1	0,0	
Outros	13	9,7	9,6	10,2	0,0	
Chefia familiar						
Sim	97	72,4	61,6	86,4	50,0	0,002
Não	37	27,6	38,4	13,6	50,0	
Contribuição para o sustento da família						
Total	66	49,3	34,2	67,8	50,0	< 0,001
Parcial	59	44,0	54,8	30,5	50,0	
Nenhuma	09	6,7	11,0	1,7	0,0	
Envolvimento social						
Menor	88	65,7	53,4	79,7	100,0	0,002
Maior	46	34,3	46,6	20,3	0,0	
Número de doenças autorrelatadas						
Nenhuma	18	13,4	21,9	3,4	0,0	< 0,001
1-2	70	52,3	64,4	39,0	0,0	
≥ 3	46	34,3	13,7	57,6	100,0	
Número de sinais e sintomas autorrelatados						
Nenhum	12	9,0	16,4	0,0	0,0	< 0,001
1-2	42	31,3	41,1	18,6	50,0	
≥ 3	80	59,7	42,5	81,4	50,0	
Atividades básicas da vida diária						
Independentes	129	96,3	100,0	94,9	0,0	< 0,001
Dependência parcial	3	2,2	0,0	5,1	0,0	
Dependentes	2	1,5	0,0	0,0	100,0	
Atividades instrumentais da vida diária						
Dependência total	8	6,0	0,0	10,2	100,0	< 0,001
Dependência parcial	48	35,8	11,0	67,8	0,0	
Independência	78	58,2	89,0	22,0	0,0	
Depressão						
Sim	23	17,2	4,1	33,9	0,0	< 0,001
Não	111	82,8	95,9	66,1	100,0	
Ansiedade						
Sim	31	23,1	6,8	42,4	50,0	< 0,001
Não	103	76,9	93,2	57,6	50,0	

* Idosos jovens, saudáveis e socialmente envolvidos, a maioria dos quais contribui parcialmente ou não contribui para o sustento da família e vivendo em domicílios compartilhados pelo casal e seus filhos e/ou netos;

** Idosos mais velhos, com problemas de saúde física e psicológica e baixo envolvimento social, que vivem em famílias que são por eles sustentadas;

*** Mulheres de mais de 75 anos, doentes, fisicamente dependentes e com baixo envolvimento social, com necessidades de cuidado;

Teste exato de Fisher; diferença significativa se $p \leq 0,05$.

indicador de saúde e bem-estar e um importante referente de envelhecimento bem-sucedido⁹. Manifesta-se por melhor funcionamento na vida cotidiana, maior envolvimento em atividades e no exercício de papéis complexos relacionados ao trabalho, ao lazer, à vida social e à comunidade²¹. As redes sociais são importantes para a troca de recursos, para a influência social e o contato face a face, e estes processos influenciam a saúde física e psicológica. Manter altos níveis de ligação social por meio do envolvimento em atividades e em papéis sociais tem efeito protetor sobre as limitações físicas e cognitivas³³.

A diminuição de envolvimento em atividades sociais é um indicador precoce de prejuízos em mobilidade e em outras capacidades funcionais que são pré-requisito para o desempenho independente de atividades da vida diária⁹. As incapacidades associadas ao aumento da dependência física, frequentemente têm como subprodutos disfunções no senso de controle, rebaixamento da autoestima, diminuição da atividade social, sendo os idosos de baixa renda mais afetados do que os de renda mais elevada³⁴. A incapacidade física está entre os mais significativos fatores de risco para depressão em adultos mais velhos, bem como a depressão em si está associada à deficiência³⁵. Idosos deprimidos têm mais incapacidade funcional do que seus pares não deprimidos, e vários estudos longitudinais também encontraram evidência de um efeito prejudicial da depressão na deficiência física ao longo do tempo. Maior risco de depressão foi encontrado para as perdas nas atividades instrumentais do que nas atividades básicas da vida diária³⁰. Na população brasileira, a depressão clínica e os sintomas depressivos estão associados com a deficiência funcional, mesmo após o ajuste por fatores demográficos, condições socioeconômicas, morbidades físicas e demência³⁶.

As condições crônicas desempenham papel importante na explicação da associação entre incapacidade funcional, restrição social, limitação em atividades instrumentais da vida diária, depressão e ansiedade³⁷. Um maior número de morbidades em idosos está associado à pior qualidade de vida no domínio psicológico e pode contribuir para o advento de sentimentos negativos³⁸. A doença pessoal ou os problemas de saúde são eventos estressantes associados com o aparecimento do transtorno de adaptação, definido como um estado subjetivo de desprazer e um transtorno comportamental ou emocional que interfere significativamente no funcionamento social ou pessoal³⁹. Até 39% dos idosos que apresentam o transtorno têm uma condição de comorbidade psiquiátrica, principalmente do tipo ansioso. Os sintomas de ansiedade são

particularmente incapacitantes com relação às atividades da vida diária e estão associados com pior *status* social e econômico e com condições médicas crônicas³⁷.

O ajustamento à incapacidade funcional é consequência de vários fatores, entre eles os recursos psicológicos, as condições de saúde e o ambiente. A literatura⁴⁰ aponta estágios que vão desde o impacto inicial (caracterizado pelas reações de choque e ansiedade) até a reintegração ou reorganização (reconhecimento e aceitação psicológica da deficiência e suas implicações físicas, sociais, familiares, pessoais e profissionais para o futuro). O equilíbrio se perpetua enquanto é possível, até que surge um episódio desafiador. No curso da instalação de uma incapacidade é natural a emergência de desordem e de desequilíbrio, incluindo as mudanças emocionais ao longo do processo. Se o desafio é assimilado e se a pessoa parece coisas novas em função da convivência com ele, a vida retorna a um novo equilíbrio dinâmico.

As associações presentes no Grupo 3 são particularmente interessantes porque se configuram como contraponto às observadas nos Grupos 1 e 2. Uma idosa morava sozinha e a outra com o cônjuge e os descendentes, ou seja, a primeira sob uma condição considerada como não continente em relação às necessidades dos idosos fragilizados, e a segunda, talvez, numa condição mais favorável. Ambas apresentavam três ou mais doenças, dependência total em atividades básicas e instrumentais e menor envolvimento social. Ou seja, precisavam de cuidados. No entanto, nenhuma delas pontuou acima da nota de corte em sintomas depressivos, o que pode ser um indicador de maior resiliência psicológica refletida em adaptação às adversidades da velhice⁴⁰.

Apontamos como limitações do estudo a composição da amostra feita somente com idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência e o pequeno número de participantes com dependência total para o desempenho de atividades da vida diária. Esse perfil não permite fazer generalizações dos resultados para aqueles indivíduos com perda cognitiva moderada ou grave, independentemente das atividades funcionais, bem como pode indicar um viés na seleção de indivíduos dependentes com maior resiliência psicológica e com maior capacidade de adaptação.

Conclusões

Os dados sobre a configuração familiar espelham mais as condições socioeconômicas desfavoráveis das famílias do que os problemas de saúde

dos idosos. Esses, mesmo doentes e com algum grau de incapacidade, eram chefes de família e seus principais provedores. Entre esses idosos chefes e provedores havia alta concentração de mulheres, permitindo antever futuras adversidades para elas, se mantidas as condições atuais de escassez de recursos de seus descendentes. Se assim for, haverá necessidade da interferência de políticas públicas de proteção a essas pessoas e a suas famílias, sob a forma de oferta de suporte econômico e de serviços domiciliares de cuidado.

Os resultados indicam que as condições de saúde, a configuração familiar e a saúde psicológica estão associadas. A presença do cônjuge ou companheiro e o maior envolvimento social são indicadores de melhor funcionalidade, de melhor saúde psicológica e de fluxo de transferências de recursos menos oneroso para o idoso.

É provável que a percepção de crescente necessidade de auxílio em atividades cotidianas associada ao exercício de um papel central para a manutenção do sustento familiar tenha efeitos psicológicos importantes. Os idosos nessas con-

dições geralmente não têm prioridade quanto às suas necessidades até que uma crise importante na saúde ocorra. Quando se tornam dependentes, todo um processo individual e familiar de adaptação à situação atual e às possibilidades reais de futuro vai sendo acomodado, o que exige uma alteração do fluxo intergeracional de apoio. As consequências psicológicas são positivas quando o ajustamento é alcançado e quando a família cumpre as expectativas relativas ao cuidado do idoso.

Este estudo fornece indícios importantes sobre como variáveis de saúde e socioeconômicas podem estar associadas, numa região brasileira com grande escassez de dados sobre velhice e família. Esta investigação coloca em evidência a necessidade de aumentar o conhecimento sobre como as famílias estão se organizando para oferecer suporte às necessidades de seus membros que envelhecem e como estes, mesmo com doenças e incapacidades, podem continuar desempenhando um papel econômico produtivo em relação às gerações mais jovens.

Resumen

Hemos investigado las relaciones entre la configuración familiar (arreglo de la vivienda familiar, liderazgo y contribución financiera para la familia), edad, sexo y condiciones de salud física (capacidad funcional, número de signos y síntomas, enfermedades y participación social) y salud psicológica (depresión y ansiedad) de ancianos, según el mismo informe. La muestra probabilística fue 134 personas mayores sin déficit cognitivo y los datos recogidos por entrevista domiciliar. Se crearon por el método de análisis de conglomerados de partición (tres grupos). Las variables que han contribuido más a la formación de los grupos fueron actividades

básicas ($R^2 = 0,732$) y actividades instrumentales de la vida cotidiana ($R^2 = 0,487$), el número de enfermedades ($R^2 = 0,241$) y edad ($R^2 = 0,225$). Predominaron los arreglos con los descendientes, siendo los ancianos proveedores y sostén de la familia. Las relaciones encontradas entre configuración familiar, las condiciones de salud física y psicológica fueron importantes. Las mujeres tuvieron mayor carga financiera y peor salud psicológica y física que los hombres.

Composición Familiar; Salud del Anciano; Salud de la Familia

Colaboradores

D. F. Rabelo participou da concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. A. L. Neri colaborou na análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. 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; 14:833-8.
2. 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; 16:2603-11.
3. 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: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004. p. 137-67.
4. Camarano AA. Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2006. (Textos para Discussão, 1179).
5. Pedrazzi EC, Della Motta TT, Vendruscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Household arrangements of the elderly. *Rev Latinoam Enferm* 2010; 18:18-25.
6. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA, organizadora. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004. p. 25-73.
7. Rosa TEC, Benício MHD'A, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2982-92.
8. Pavarini SCL, Barha EJ, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Petrilli Filho JF, Santos AA. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. *Rev Latinoam Enferm* 2009; 17:374-9.
9. 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.
10. Sherman AM, Skrzypek A, Bell R, Tatum C, Paskett ED. The contribution of social support and social strain to depressive symptoms in African American, Native American, and European women. *J Soc Pers Relat* 2011; 28:1104-29.
11. Blazer D. *Depressão em idosos*. São Paulo: Andrei; 2003.
12. Carl JR, Soskin DP, Kerns C, Barlow DH. Positive emotion regulation in emotional disorders: a theoretical review. *Clin Psychol Rev* 2013; 33:343-60.
13. Stella F. Ansiedade no idoso. In: Forlenza OV, organizador. *Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*. São Paulo: Editora Atheneu; 2007. p. 97-106.

14. Santos AA, Pavarini SCL. O genograma para caracterizar a estrutura familiar de idosos com alterações cognitivas em contextos de pobreza. *REME Rev Min Enferm* 2009; 13:525-33.
15. Souza RE, Skubs T, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2007; 60:263-7.
16. Reis LA, Torres GV, Xavier TT, Silva RAR, Costa IKF, Mendes FRP. Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. *Texto & Contexto Enferm* 2011; 20:52-8.
17. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev Bras Estud Popul* 2011; 28:217-30.
18. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. *Rev Bras Estud Popul* 2007; 24:37-51.
19. 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.
20. 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; 61:777-81.
21. Neri AL, Guariento ME. *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do Estudo FIBRA* Campinas. Campinas: Alínea; 2011.
22. 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; 24:103-12.
23. Santos RL, Virtuoso-Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária. *Rev Bras Promoç Saúde* 2008; 21:290-6.
24. 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; 14:858-65.
25. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
26. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Edusp/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; 1999.
27. Saad PM. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: Camarano AA, organizadora. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004. p. 169-210.
28. Fingerman KL, Pitzer LM, Chan W, Birditt K, Franks MM, Zarit S. Who gets what and why? Help middle-aged adults provide to parents and grown children. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010; 66B:87-98.
29. Waldinger RJ, Schulz MS. What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychol Aging* 2010; 25:422-31.
30. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSE. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:753-64.
31. Neri AL, Borim FSA, Ribeiro LHM, Rabelo DF, Melo DM, Pinto JM, et al. O que os idosos entendem por velhice saudável e feliz? In: Neri AL, organizadora. *Fragilidade e qualidade de vida na velhice*. Campinas: Alínea; 2013. p. 341-2.
32. Rowe J, Kahn R. Successful aging. *Gerontologist* 1997; 37:433-40.
33. Thomas P. Is better to give or to receive? Social support and the well-being of older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2011; 65B:351-7.
34. Suttajit S, Punpuing S, Jirapramukpitak T, Tangchonlatip K, Darawuttimaprakorn N, Stewart R, et al. Impairment, disability, social support and depression among older parents in rural Thailand. *Psychol Med* 2010; 40:1711-21.
35. Jiang J, Tang Z, Futatsuka M, Zhang K. Exploring the influence of depressive symptoms on physical disability: a cohort study of elderly in Beijing, China. *Qual Life Res* 2004; 13:1337-46.
36. Silva SA, Scazufca M, Menezes PR. Population impact of depression on functional disability in elderly: results from "São Paulo Ageing & Health Study" (SPAH). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 263:153-8.
37. 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; 141:276-85.
38. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto Enferm* 2012; 21:112-20.
39. Arbus C, Hergueta T, Duburcq A, Saleh A, Le Guern ME, Robert P, et al. Adjustment disorder with anxiety in old age: comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care. *Eur Psychiatry* 2013; 29:233-8.
40. Hollingsworth L, Didelot MJ, Levington C. Post-polio syndrome: psychological adjustment to disability. *Issues Ment Health Nurs* 2002; 23:135-56.

Recebido em 03/Jun/2014

Versão final reapresentada em 06/Out/2014

Aprovado em 31/Out/2014