

# FUNCIONALIDADE FAMILIAR E SUA RELAÇÃO COM FATORES BIOPSISSOCIAIS

## FAMILY FUNCTIONALITY AND ITS RELATIONSHIP WITH BIOPSYCOSOCIAL FACTORS

Yana Caroline Fernandes Ferreira 1

Leidiane Ferreira Santos 2

Tábatta Renata Pereira de Brito 3

Fabiane Aparecida Canaan Rezende 4

Luiz Sinésio Silva Neto 5

Neila Barbosa Osório 6

Daniella Pires Nunes 7

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Tocantins –  
UFT. E-mail: yanacaroline@mail.uft.edu.br

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal  
do Tocantins – UFT. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Criança  
(GEPESC-UFT). E-mail: leidiensantos@uft.edu.br

Professora Adjunto do Curso de Nutrição da Universidade Federal do  
Alfenas – UNIFAL\_MG. Coordenadora Adjunta do Programa UNATI (Universidade  
Aberta à Terceira Idade) da UNIFAL-MG e da Liga Acadêmica de Geriatria e  
Gerontologia da mesma Instituição. E-mail: tabatta.brito@unifal-mg.edu.br

Professora Adjunta do Curso de Nutrição da Universidade Federal do  
Tocantins – UFT. Pesquisadora membro do Pro-gero e Líder do Grupo de Pesquisa  
Comida, Corpo e Comportamento Humano. E-mail: facrezende@mail.uft.edu.br

Professor Adjunto do Curso de Medicina da Universidade Federal do  
Tocantins – UFT, coordenador e docente do Programa Universidade da Maturidade  
- UMA, Líder do Grupo de Pesquisa Pro-gero - Envelhecimento Humano.  
E-mail: luizneto@uft.edu.br

Professora Associada do Curso de Pedagogia da Universidade Federal do  
Tocantins – UFT. Coordenadora Nacional da Universidade da Maturidade. E-mail:  
neilaosorio@uft.edu.br

Professora Adjunta e integrante do Núcleo Docente Estruturante do Curso  
de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins – UFT. Líder do Grupo de  
Pesquisa Envelhecimento e Cuidado, Pesquisadora do Estudo SABE.  
E-mail: daniellanunes@uft.edu.br

**Resumo:** A estrutura e função da família podem afetar a saúde dos idosos. Diante disso, o reconhecimento da funcionalidade familiar auxiliará no estabelecimento de estratégias para garantir um envelhecimento saudável. Esse artigo tem por objetivo analisar os fatores biopsicossociais e a funcionalidade familiar de idosos que participam da Universidade da Maturidade (UMA). É um estudo analítico, transversal, realizado com 27 idosos matriculados na UMA, em Palmas, TO, no ano de 2018. Para verificar a associação entre as variáveis biopsicossociais e a funcionalidade familiar utilizou-se o Teste de Fisher. Dois idosos (7,4%) apresentaram disfuncionalidade familiar. Encontrou-se associação entre funcionalidade familiar e satisfação com a família ( $p=0,037$ ). Entre os idosos que relataram pouca satisfação com a família, 50,0% apresentaram disfuncionalidade familiar, enquanto que entre os muito satisfeitos verificou-se 10,0% com disfunção. Em conclusão as relações familiares satisfatórias podem influenciar positivamente para um envelhecimento ativo. Assim, estratégias como a UMA pode propiciar o suporte social, garantindo bem-estar e qualidade de vida ao idoso.

**Palavras-chave:** Idoso. Relações Familiares. Saúde do Idoso. Condição Social.

**Abstract:** The structure and function of the family can affect the health of the elderly. Given this, recognition of family functionality will assist in establishing strategies to ensure healthy aging. This paper to analyze the biopsychosocial factors and the familiar functionality of the elderly who participate in the University of Maturity (UMA). Method: A cross-sectional, cross-sectional study of 27 elderly people enrolled at the UMA in Palmas, TO, in the year 2018. Fisher's test was used to verify the association between biopsychosocial variables and family function. Two elderly (7.4%) had family dysfunction. There was an association between family functionality and family satisfaction ( $p=0.037$ ). Among the elderly who reported little satisfaction with the family, 50.0% had family dysfunction, while among the very satisfied, 10.0% had dysfunction. In conclusion, the satisfactory family relationships can positively influence active aging. Thus, strategies such as UMA can provide social support, guaranteeing well-being and quality of life for the elderly.

**Keywords:** Aged. Family Relationships. Health of the Elderly. Social Conditions.

## Introdução

O idoso é caracterizado como um indivíduo complexo e multidimensional, devido diversas alterações ocorridas no processo de envelhecimento, tais como modificações fisiológicas, morfológicas, sociais, psicológicas e da capacidade funcional, implicando maior vulnerabilidade ao contexto que está inserido e necessidade de cuidado (NUNES et al., 2018a). Estima-se que até 2050 haverá 2 bilhões de indivíduos com mais de 60 anos, o que representará 20% da população mundial. Destaca-se que em 2020 haverá mais idosos que crianças até 5 anos de idade (SÃO PAULO; 2018 BRASIL, 2014).

O processo de inversão da pirâmide etária, associado ao aumento da longevidade, resulta em maior relevância da família no âmbito de assistência ao idoso, visto que a família assume a função de cuidado, acarretando em alterações do contexto familiar. Segundo Aguiar, Menezes e Camargo (2017) em cerca de 3,2 milhões de idosos é a família que desempenha o papel de cuidado.

Para Souza et al. (2014) a família é compreendida como a unidade central na assistência da saúde e assim possui responsabilidade imprescindível no cuidado aos seus integrantes. Além do papel no cuidado, a família também detém papel social, emocional e financeiro, constituindo-se em sistema importante de suporte e apoio ao idoso.

Ressalta-se que a maneira como a família se organiza e relaciona para determinação dos papéis, define a sua funcionalidade (SILVA et al., 2013). É caracterizada como funcional a família que dispõem de relação harmônica, com funções definidas para cada integrante e que possui a capacidade de comunicação e resolução de conflitos de acordo com sua estrutura interna, mantendo-se um sistema de apoio com vínculo afetivo. De modo contrário, em uma família disfuncional não há sistema de apoio, ela é determinada pela ausência de articulação e respeito entre os integrantes, e está constantemente em crise pela não resolutividade de problemas e pela falta de comunicação (VERA, 2013; BRASIL, 2007).

É válido pontuar que a família está incorporada no processo de envelhecimento, o que requer alterações em seu arranjo, adaptações na dinâmica e reorganização para conseguir atender novas demandas associadas a composição familiar intergeracional. As mudanças podem inferir diretamente na sua funcionalidade, além de afetar a saúde do idoso de forma positiva ou negativa. Nessa perspectiva, em concordância com Vera et al. (2015a), a adaptação da nova dinâmica familiar se configura de maneira subjetiva em cada contexto e deve ser avaliada.

As modificações na organização da família e a necessidade de adaptações podem ser conflitantes pelo desconhecimento do processo de envelhecimento e gerar impacto a todos os integrantes e a estrutura interna da família, influenciando a forma como o cuidado ao idoso será realizada (CAMPOS et al., 2017; REIS; TRAD, 2015).

Nunes et al. (2018b) aborda que o cuidado pode gerar situações de sobrecarga e estresse, e ocasionar negligência com o idoso pelo cuidador, representado nesse contexto pela família, ou então supressão das necessidades da família. O cuidador assume uma nova função dentro da organização da família, associada as responsabilidades ao cuidado e envolvimento afetivo com o idoso, o que implica acúmulo de atividades e exposição a sobrecarga física e emocional que podem comprometer a própria saúde do cuidador (CRUZ, 2017; REIS; MENEZES; SENA, 2017).

Vera et al. (2015a) discorre que a família possui grande importância no processo de envelhecimento e se constitui aspecto promotor de qualidade de vida para o idoso. De modo semelhante, Campos et al. (2017), aborda que o suporte familiar provoca impactos diretos na saúde do idoso. Por se constituir uma relação sistêmica, a disfuncionalidade familiar produz diversas consequências psicológicas, emocionais, sociais e fisiológicas, contribuindo com agravos pré-existentes ou até mesmo originando outros agravos, afetando diretamente as condições e a percepção de saúde do idoso (STAMM et al., 2017).

A estrutura interna e conseqüentemente a funcionalidade familiar é configurada por fatores biopsicossociais como aspectos sociodemográficos da família e do idoso, tendo como exemplo a idade, sexo, renda familiar, número de indivíduos na família, escolaridade, comorbidade, estado civil, capacidade funcional e cognitiva e ainda a cultura (VERA, 2013).

Considerando os aspectos abordados, acredita-se que os resultados desse estudo possam contribuir para compreensão da relevância da funcionalidade familiar no processo de envelhecimento e para ampliação da assistência multidimensional. Ainda, pode despertar nos profissionais de

saúde interesse para usarem a identificação da funcionalidade familiar como instrumento para o planejamento de ações que visem a proteção e a promoção de um envelhecimento saudável e digno. Diante disso, o objetivo deste artigo é analisar os fatores biopsicossociais e a funcionalidade familiar de idosos que participam da Universidade da Maturidade (UMA).

## Metodologia

Trata-se de um estudo analítico, transversal, realizado na Universidade da Maturidade (UMA), localizada na Universidade Federal do Tocantins, Campus Palmas, Tocantins.

Optou-se por uma amostra não probabilística do tipo por conveniência, pela facilidade de alcance e grupo específico de indivíduos, que foi constituído por 27 idosos matriculados na UMA. Foi considerado como critério de inclusão os seguintes aspectos: idade igual ou superior a 60 anos e estar matriculado na UMA. E critério de exclusão: declínio cognitivo, recusa para responder ao questionário e menos de três contatos com o idoso anteriores a coleta.

A coleta de dados foi realizada na UMA, no período de abril a maio de 2018 a partir de agendamento prévio. Utilizou-se um formulário com questões socioeconômicas, demográficas, condições de saúde e o APGAR de família (BRASIL, 2007), cuja aplicação durou em média 90 minutos.

O APGAR de família foi desenvolvido por Smilkstein (1979) e validada, no Brasil, por Duarte (2001). Essa escala permite verificar a dinâmica e a funcionalidade familiar a partir das relações entre os membros da família e percepções individuais do idoso, por meio de investigação de cinco dimensões: *Adaptation* (adaptação), *Partnership* (companheirismo), *Growth* (desenvolvimento), *Affection* (afetividade) e *Resolve* (capacidade resolutive).

Na versão reduzida, os itens são pontuados de 0 a 2, sendo 0 nunca, 1 algumas vezes e 2 sempre, possuindo escore de 0 a 10 e para critérios de análise foi considerado com disfuncionalidade familiar o idoso que apresentava somatório  $\leq 6$  pontos (BRASIL, 2007).

Consideraram-se fatores biológicos, idade, sexo, fragilidade, multimorbidade, declínio cognitivo e limitação nas atividades básicas (ABVD) e instrumentais (AIVD) de vida diária. Para avaliar a fragilidade foi utilizado o instrumento autorreferido de Nunes et al (2015), que considera a percepção do idoso quanto aos componentes da síndrome de fragilidade: perda de peso não intencional, força de preensão manual, fadiga, redução da velocidade de caminhada e baixa atividade física, sendo caracterizado em processo de fragilização o idoso que apresentava um ou mais componentes.

As ABVD avaliadas foram comer, tomar banho, vestir, transferir de um local para outro, locomoção e ir ao banheiro. Foi considerado como AIVD: realizar tarefas domésticas, compras, ir ao banco, controle financeiro, tomar medicamentos, utilizar telefone e preparar a refeição. Classificou-se como limitação nas ABVD ou AIVD quando o idoso relatou dificuldade em uma ou mais atividade.

Quanto aos fatores psicológicos, avaliou-se a presença de declínio cognitivo e de sintomas depressivos. O declínio cognitivo foi determinado a partir do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que avalia as dimensões: orientação espacial e temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho, considerando a versão proposta por Icaza e Albala (1999), com score de 0 a 19 pontos. Foi definido com declínio cognitivo o idoso com pontuação  $\leq 12$  pontos.

Em relação aos sintomas depressivos, utilizou-se a escala de depressão geriátrica (EDG) versão reduzida de Yesavage et al (1983), com 15 itens e possibilidade de resposta sim ou não, possui variação de 0 a 15 pontos, foi classificado com sintomas depressivos obtenção de pontuação  $\geq 6$  pontos.

Entre as variáveis sociais incluíram-se morar sozinho, escolaridade, estado civil, renda e satisfação com a família.

Para verificar a associação entre as variáveis independente e a funcionalidade familiar foram feitas análises estatísticas aplicando o Teste de Fisher a um nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins com parecer número 2.314.569 (número CAAE 69912917.7.0000.5519).

## Resultados

Ao total, 27 (100%) idosos participaram dessa pesquisa. Dois idosos (7,4%) apresentaram disfuncionalidade familiar. Não houve associações significativas entre os fatores biológicos e funcionalidade familiar, no entanto, as maiores prevalências de disfunção foram encontradas entre os homens (12,5%), e naqueles com idade de 75 anos ou mais (33,3%), aqueles que apresentaram processo de fragilização (11,1%). Chama-se a atenção para os idosos que relataram ausência de multimorbidade e limitação nas AIVD e ABVD por apresentarem maior disfunção quando comparados àqueles que referiram, 10,0%, 10,5% e 7,6%, respectivamente (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização dos idosos segundo funcionalidade familiar de idosos e fatores biológicos. Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins (UMA/UFT), Palmas, 2018. (n=27)

Variáveis	Funcionalidade familiar		p
	Funcional n (%)	Disfuncional n (%)	
Sexo			<b>0,512</b>
Feminino	18 (94,7)	1 (5,3)	
Masculino	7 (87,5)	1 (12,5)	
Idade			0,069
60 a 74 anos	23 (95,8)	1 (4,2)	
75 anos e mais	2 (66,7)	1 (33,3)	
Processo de fragilização			0,391
Não	9 (100,0)	0 (0,0)	
Sim	16 (88,9)	2 (11,1)	
Multimorbidade			0,693
Não	9 (90,0)	1 (10,0)	
Sim	16 (94,1)	1 (5,8)	
Limitação nas ABVD*			0,773
Não	24 (92,3)	2 (7,6)	
Sim	1 (100,0)	0 (0,0)	
Limitação nas AIVD**			0,340
Não	17 (89,4)	2 (10,5)	
Sim	8 (100,0)	0 (0,0)	
Total	25 (92,5%)	2 (7,4%)	

\*ABVD: atividade básica de vida diária; \*\*AIVD: atividade instrumental de vida diária.

Em relação aos fatores psicológicos, dos idosos com sintomas depressivos 1 (16,7%) possuía disfuncionalidade familiar, e ressalta-se que os que não apresentaram declínio cognitivo, 8,33% tinham disfunção (Tabela 2).

**Tabela 2.** Caracterização dos idosos segundo funcionalidade familiar de idosos e fatores psicológicos. Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins (UMA/UFT), Palmas, 2018. (n=27)

Variáveis	Funcionalidade familiar		P
	Funcional n (%)	Disfuncional n (%)	
Declínio cognitivo			0,603
Não	22 (91,6)	2 (8,3)	
Sim	3 (100,0)	0 (0,0)	
S i n t o m a s depressivos			0,326
Não	20 (95,2)	1 (4,8)	
Sim	5 (83,3)	1 (16,7)	
Total	25 (92,5%)	2 (7,4%)	

No que se refere aos fatores sociais, houve resultado significativo em relação a satisfação com a família, visto que os que relataram estar pouco satisfeitos 1 (50%) apresentaram disfuncionalidade familiar e já entre os muito satisfeitos verificou-se 1 (10,0%) com disfuncionalidade (Tabela 3). Entretanto destaca-se que estes consideravam como rede de apoio amigos e vizinhos, que evidencia a inexistência da assistência da família ratificando a disfuncionalidade familiar existente.

Ainda em relação aos fatores sociais, daqueles com renda  $\leq 1$  salário mínimo, 2 (18,1%) possuíam disfunção familiar, assim como os idosos com menor grau de escolaridade, em que foi encontrado entre os com < 4 anos e de 4 a 7 anos de estudo, 20,0% e 11,1% com disfuncionalidade familiar, respectivamente. Quando avaliada a variável morar sozinho, 16,6% dos idosos que se encontravam nessa condição indicaram a presença de disfunção familiar. Entre viúvos e solteiros também se identificou disfuncionalidade familiar, sendo 8,3% e 33,3% respectivamente (Tabela 3).

**Tabela 3.** Caracterização dos idosos segundo funcionalidade familiar de idosos e fatores sociais. Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins (UMA/UFT), Palmas, 2018. (n=27)

Variáveis	Funcionalidade familiar		p
	Funcional n (%)	Disfuncional n (%)	
Mora sozinho			0,100
Não	15 (100,0)	0 (0,0)	
Sim	10 (83,3)	2 (16,6)	
Escolaridade			0,305
< 4 anos	4 (80,0)	1 (20,0)	
4 a 7 anos	8 (88,9)	1 (11,1)	
$\geq 8$ anos	13 (100,0)	0 (0,0)	
Estado civil			0,418
Casado	7 (100,0)	0 (0,0)	
Solteiro	2 (66,6)	1 (33,3)	
Viúvo	11 (91,6)	1 (8,3)	
Divorciado	4 (100,0)	0 (0,0)	
R e n d a (salário mínimo)			0,208
$\leq 1$	9 (81,8)	2 (18,1)	

2 a 4	12 (100,0)	0 (0,0)	
> 4	4 (100,0)	0 (0,0)	
Satisfação com a família			0,037
Muito satisfeito	9 (90,0)	1 (10,0)	
Satisfeito	15 (100,0)	0 (0,0)	
Pouco satisfeito	1 (50,0)	1 (50,0)	
Total	2 (92.5%)	5	2 (7.4%)

## Discussão

A família possui relevância em todos os ciclos vitais, pois favorece a manutenção da integridade do indivíduo em seus múltiplos aspectos. As mudanças próprias do envelhecimento amplificam a necessidade de cuidado, seja físico e ou psicológico. Nesse sentido, a existência de disfuncionalidade familiar prejudica a capacidade de assistência e cuidado (REIS; TRAD, 2015).

A maioria dos idosos referiu boa funcionalidade familiar, tal achado é semelhante ao encontrado na literatura especializada (ELIAS et al., 2018; CAMPOS et al., 2017; RABELO; NERI, 2016; VERA et al., 2015a; RABELO, 2014). A boa funcionalidade é benéfico aos membros da família e sinaliza fonte de apoio, que poderá contribuir na manutenção e a integridade física e psicológica do idoso (MAZZA; LEFEVRE, 2005)

A funcionalidade familiar relaciona-se com as condições biopsicossociais da pessoa idosa, neste estudo não foi encontrado nenhuma associação com os fatores biológicos. No entanto, estudos apontam que a disfuncionalidade familiar está presente entre os idosos em processo de fragilização, com múltiplas doenças, limitação nas ABVD e AIVD (LINS; ROSAS; NERI 2018; RABELO; NERI, 2016).

Tais condições podem demandar necessidade de cuidado, e é sabido que a família é a principal provedora desta assistência ao idoso. Quando a dinâmica familiar é ineficaz pode ser um fator estressor na assistência ao idoso. Vera et al. (2015b) afirmaram que idosos dependentes requerem mais atenção e, precisam se reorganizarem para a prestação cuidado do idoso. Quando a família não é capaz de ter veículos positivos para essa reestruturação, podem ocasionar disfuncionalidade e, conseqüentemente, repercutirá em uma inabilidade dos membros adaptar-se às situações do idosos, convivência conflituosa entre os membros, ocasionando tensões no processo de cuidado (NUNES et al., 2018a; 2008b; RABELO; NERI, 2016; VERA et al., 2015a).

Quanto aos aspectos psicológicos, tanto a depressão quanto o declínio cognitivo não foram associados à funcionalidade familiar. Idosos depressivos tendem a separar-se do convívio com outras pessoas e, isso pode repercutir em conflitos relacionais com os membros da família, ocasionando assim a disfuncionalidade (NÓBREGA; LEAL; MARQUES, 2016; SOUZA et al., 2014). Já idosos com melhor capacidade cognitiva apresentam resiliência frente aos problemas e tendem a apresentar boa funcionalidade (STAMM et al., 2017). Por outro lado, familiares que cuidam de idosos com declínio cognitivo podem apresentar maior proporção de disfuncionalidade familiar, em virtude das demandas requeridas pela pessoa idosa (SANTOS; PAVARINI, 2012).

Destaca-se que a UMA é um espaço de convivência social de aquisição de novos conhecimentos e, pode melhorar as condições emocionais e psicológicas dos idosos. O convívio social é um fator protetor às condições emocionais, psicológicas e de qualidade de vida (SANTOS et al., 2017), fato esse que pode refletir para uma boa funcionalidade familiar.

O único fator social que apresentou associação com funcionalidade familiar foi a satisfação com a família. A literatura aponta que a qualidade das relações familiares e a existência de vínculo entre os integrantes proporciona manutenção da funcionalidade familiar, possibilita uma dinâmica de suporte mais eficaz as necessidades dos idosos, contribuindo para a qualidade de vida do idoso e cuidadores (LINS; ROSAS; NERI, 2018; VERA, et al., 2015a).

A insatisfação com a família reflete em piores relações sociais e dificulta uma dinâmica familiar de apoio e cuidado, provocando afastamento do ciclo familiar, sendo a satisfação com

a família a expressão da percepção do idoso quanto ao atendimento das suas necessidades e conforto emocional e atua como fator estressante as relações, afetando a saúde física e psicológica e conseqüentemente convergindo a disfuncionalidade familiar (CAMPOS, et al., 2017; STAMM et al., 2017; RABELO; NERI, 2016)

O déficit de suporte direciona a busca de apoio nos amigos e conhecidos, sendo estes caracterizados como a rede de apoio e núcleo de cuidado, esse contexto explica a razão porque embora caracterizados com disfunção familiar foi expresso a satisfação com famílias e amigos quando questionado aos idosos, visto que eles tendem a antepor as relações afetivas significativas de proximidade do que experiências ruins, ou seja, há uma seletividade socioemocional (LINS; ROSAS; NERI 2018).

Ainda no contexto social, morar sozinho e estar solteiros e viúvos são aspectos vinculados a ausência de uma rede de apoio e conseqüente inexistência de vínculo familiar dispondo a ausência de suporte as necessidades da senescência e ou senilidade, falta de auxílio emocional, físico e financeiro, predispondo ao isolamento social e familiar (CAMPOS et al., 2017; STAMM et al., 2017). Concernente à literatura, baixa renda e escolaridade influem em maior dependência financeira e cuidado do idoso pela família, que pode tornar problemático o enfrentamento familiar (CAMPOS et al., 2017; VERA et al., 2015a).

Dentre as limitações desta pesquisa citam-se o tamanho da amostra que não é representativa de todos idosos participantes da UMA. No entanto, apresenta como potencialidade o reconhecimento dos fatores biopsicossociais associados à funcionalidade, os quais poderão direcionar planejamento assistencial adequado ao idoso.

## Conclusão

Nesse estudo identificou-se que a maioria dos idosos referiu boa funcionalidade familiar e que relações familiares satisfatórias podem influenciar positivamente para um envelhecimento ativo. A compreensão do contexto familiar permite a identificação da dinâmica, dos vínculos entre os membros da família, e impacta nos aspectos biopsicossociais do idoso. Ainda, tanto o suporte e o convívio familiar quanto a participação de atividades sociais na UMA são primordiais a fim de garantir o bem-estar e a qualidade de vida do idoso.

## Referências

AGUIAR, A. C. S. A.; MENEZES, T. M. O.; CAMARGO, C. L. Significado do cuidar de pessoas idosas sob a ótica do familiar: um estudo interacionista simbólico. **Rev. Min Enferm.** 2017, v. 21, p.1004. DOI: 10.5935/1415-2762.20170014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Organização das Nações Unidas. **Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>. Acesso em: 14 jan. 2019.

CAMPOS, A. V. et al. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 358-367, ago. 2017. DOI 10.1590/1982-0194201700053.

CRUZ, T. J. P. **Personalidade de cuidadores de idosos com demência de Alzheimer e funcionalidade familiar**: contribuições para a prática de enfermagem. 116 f. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro. 2017.

DUARTE, Y.A.O. **Família - rede de suporte ou fator estressor**: a ótica de idosos e cuidadores familiares. São Paulo. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem. 2001.

ELIAS, H. C. et al. Relação entre funcionalidade familiar e arranjo domiciliar de idosos. **Rev.**

**bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.562-569, out. 2018. DOI: 10.1590/1981-22562018021.180081.

ICAZA, M. C.; ALBALA, C. **Projeto SABE**. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de demência en Chile: análisis estatístico. Washington: Organización Pan-americana de Saúde (OPAS), 1999.

LINS, A. E. S.; ROSAS, C.; NERI, A. L. Satisfação com as relações familiares e apoio de idosos que cuidam de parentes idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 330-341, jun. 2018. DOI: 10.1590/1981-22562018021.170177.

MAZZA, M.M.P.R.; LEFEVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.** v.15, n.1, p.1-10, 2005.

NÓBREGA, I. P.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 135-154, 2016.

NUNES, D. P. et al. Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado. **Rev. Bras. Enferm**, v. 71, n.2, p.844-850, 2018a. DOI 10.1590/0034-7167-2017-0123.

\_\_\_\_\_. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, supl. 2, p.e180020, 2018b. DOI: 10.1590/1980-549720180020.supl.2.

\_\_\_\_\_. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Rev Saúde Pública**. v. 49, n.2, 2015. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005516.

RABELO, D. F. **Configuração e funcionamento de famílias com idosos que apresentam diferentes condições psicológicas e de saúde**. 185 f. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas - São Paulo, 2014.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Avaliação das Relações Familiares por Idosos com Diferentes Condições Sociodemográficas e de Saúde. **Psico-USF**, Itatiba, v. 21, n. 3, p. 663-675, dez. 2016. DOI 10.1590/1413-82712016210318.

REIS, C. C. A.; MENEZES, T. M. O.; SENA, E. L. S. Vivências de familiares no cuidado à pessoa idosa hospitalizada: do visível ao invisível. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.3, p.702-711, 2017. DOI 10.1590/S0104-12902017156439.

REIS, L. A.; TRAD, L. A. B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v.17, n.3, p. 28-41, dez. 2015.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, N.5, p.1141-1147, 2012.

SÃO PAULO. Jornal da Universidade de São Paulo (USP). **Em 2030, Brasil terá a quinta população mais idosa do mundo**. Disponível em: < <https://jornal.usp.br/atualidades/em-2030-brasil-tera-a-quinta-populacao-mais-idosa-do-mundo/>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

SILVA, D. M. et al. Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v.7, n.9, p.5550-6, set. 2013. DOI: 10.5205/reuol.3529-29105-1-SM.0709201324

SMILKSTEIN, G. et al. The family APGAR index: a study of construct validity. **J Fam Pract**, v.8, p.55,

1979.

SOUZA, R. A. et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 48, n. 3, p.469-476, jun. 2014. DOI 10.1590/S0080-623420140000300012.

STAMM, B. et al. Cognição e capacidade funcional de idosos que residem sós e com familiares. **Rev. baiana enferm.** v. 31, n.2, p.e17407, 2017. DOI:10.18471/rbe.v31i2.17407.

VERA, I. et al. Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.68, n.1, p. 68-75, fev. 2015. DOI.10.1590/0034-7167.2015680110p.

VERA, I. et al. Factors associated with family dysfunction among non-institutionalized older people. **Texto contexto – Enferm.** v.24, n.2, p.494-504, 2015b.

VERA, I. **Avaliação da funcionalidade familiar por idosos.** 134 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia. 2013.

YESAVAGE, J. A. et al. Desenvolvimento e validação de uma escala de rastreio de depressão geriátrica: um relatório preliminar. **J Psychiat Res.** v. 17, n.1, p.37-49. 1983.

Recebido em 14 de junho de 2019.

Aceito em 10 de julho de 2019.