



PBPC
ISSN 2674-9432



Qualis A3
CAPES 2021-2024



DOI - Crossref

Latindex

Indexado no
Google Acadêmico

FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS EM UM CENTRO GERIÁTRICO FILANTRÓPICO DE SALVADOR-BA

Jackson Santos dos Reis¹, Ewerton Naves Dias², Carlos Henrique Rodrigues Castro³, Mariana Medeiros Mota Tessarolo⁴, Hugo Raphael Carvalhaes Santos⁵, Raíla Alves Dos Santos⁶, Janaína Almeida Silva⁷



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n2p1410-1429>

Artigo recebido em 28 de Fevereiro e publicado em 28 de Abril de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Contexto e objetivos: O envelhecimento populacional exige que os serviços avaliem, além das condições clínicas, a funcionalidade familiar como suporte ao cuidado. Este estudo teve como objetivo avaliar a funcionalidade familiar de pessoas idosas atendidas em um centro geriátrico urbano e caracterizar seu perfil sociodemográfico e clínico.

Métodos: trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal com 69 idosos (≥60 anos) de um Centro Geriátrico filantrópico de Salvador-BA. A seleção da amostra foi por conveniência e os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: 1) Caracterização sociodemográfica e de saúde, 2) Funcionalidade familiar pelo APGAR de Família.

Resultados: O perfil indicou predomínio feminino (85,5%), aposentadoria quase universal (92,8%), multimorbidade autorreferida (78,3%), baixa atividade física (94,2%), ausência de cônjuge/companheiro (88,4%) e maioria com filhos (89,9%). Houve acompanhamento familiar ativo em (73,9%). As respostas concentraram-se em categorias positivas nos cinco itens: possibilidade de recorrer à família (76,8%), conversar e compartilhar problemas (72,5%), aceitação/apoio a decisões (76,8%), demonstração de afeto (76,8%) e tempo compartilhado (81,2%).

Discussão e implicações: Apesar de um contexto de alta demanda potencial de cuidado (multimorbidade, baixa atividade física, ausência de cônjuge), os participantes perceberam suporte familiar favorável, sugerindo capacidade adaptativa em operação. Para a prática, recomenda-se incorporar o APGAR de Família como rotina (acolhimento e reavaliações a cada 3-6 meses e após eventos sentinela), utilizar itens-sentinela (“tempo compartilhado”, “resolver problemas”) como gatilhos de seguimento e priorizar subgrupos vulneráveis (vivem sós, luto recente, dor crônica/alta dependência). O esquema “verde-amarelo-vermelho” é proposta assistencial e não deriva de análise inferencial.



Palavras-chave: funcionalidade familiar; APGAR de Família; idosos; cuidado familiar; serviços de saúde; Brasil.

FAMILY FUNCTIONING OF OLDER ADULTS IN A PHILANTHROPIC GERIATRIC CENTER IN SALVADOR, BRAZIL

ABSTRACT

Background: Population aging has increased the demand for healthcare services to address not only clinical conditions but also relational dimensions such as family functioning, which plays a central role in the care of older adults. Family dysfunction is associated with adverse outcomes, including poor treatment adherence, psychological distress, and institutionalization. **Objective:** To evaluate family functioning among older adults attending a philanthropic geriatric center in an urban area of Salvador, Brazil, and to describe their sociodemographic and clinical profile. **Methods:** This is a quantitative, observational, cross-sectional study conducted with 69 individuals aged 60 years or older. A convenience sampling method was used. Data collection included a sociodemographic and health questionnaire and the Family APGAR instrument. Family functioning was analyzed at the item level, without calculating total scores or performing inferential statistical analysis. Descriptive statistics were used to summarize the data. **Results:** The sample was predominantly female (85.5%), with a high prevalence of retirement (92.8%), multimorbidity (78.3%), and low physical activity (94.2%). Most participants had no partner (88.4%) but reported having children (89.9%) and active family support (73.9%). Responses to the Family APGAR items were predominantly positive, including the ability to rely on family (76.8%), communication and problem sharing (72.5%), support for decision-making (76.8%), expressions of affection (76.8%), and shared time (81.2%). **Conclusions:** Despite a profile indicating high care demands, participants reported favorable perceptions of family functioning, suggesting the presence of adaptive family support mechanisms. Assessing family functioning at the item level may provide practical insights for healthcare teams, enabling early identification of vulnerabilities and guiding targeted interventions in geriatric care.

Keywords: family functioning; Family APGAR; older adults; family care; health services; Brazil.



Instituição afiliada –

1. Mestre em Psicogerontologia pela Faculdade Educatie, São Paulo, Brasil.
2. PhD em Psicologia pela Universidade de Porto, Portugal.
3. Mestre em Psicogerontologia pela Faculdade Educatie, São Paulo, Brasil.
4. Mestre em Psicogerontologia pela Faculdade Educatie, São Paulo, Brasil.
5. Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Obras Sociais Irmã Dulce, Salvador, Brasil.
6. Especialista em Saúde Mental, Dependência Química e Neuropsicologia, Centro Universitário Ateneu, Feira de Sanatana , Brasil.
7. Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Obras Sociais Irmã Dulce, Salvador, Brasil.

Autor correspondente: *prof.jacksonsreis@outlook.com*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, no Brasil e no mundo, deixou de ser um “fenômeno emergente” para se tornar uma realidade estrutural que reorganiza demandas clínicas, sociais e familiares, impondo aos serviços de saúde o desafio de lidar não apenas com a carga de doenças crônicas, mas também com dimensões relacionais que determinam a segurança e a qualidade do cuidado na velhice. Entre essas dimensões, a insuficiência familiar (IF) – entendida pragmaticamente como disfunção da funcionalidade familiar percebida pela própria pessoa idosa é um problema frequentemente subdimensionado nas rotinas assistenciais, apesar de sua associação com desfechos graves como institucionalização não planejada, abandono, pior morbidade e sofrimento psíquico (Barbosa et al., 2021).

Transformações demográficas e culturais ajudam a explicar por que a IF ganhou centralidade: a passagem de arranjos extensos para famílias nucleares menores, a urbanização e a intensificação do trabalho remunerado reduziram a disponibilidade de cuidadores e a convivência intergeracional cotidiana, fragilizando vínculos que antes amorteciam perdas funcionais e mudanças bruscas no curso da vida (Barbosa et al., 2021). Em contraponto, quando a família opera com papéis claros e recursos mobilizáveis, atua como camada protetiva que reduz estresse, tristeza e instabilidade emocional, sustentando adesão terapêutica, organização de rotinas e participação social – todos fatores decisivos para um envelhecer com dignidade (Souza et al., 2015).

Nesse quadro, a IF não é “ausência de família”, mas um conjunto de disfunções nas trocas de cuidado, afeto, companhia e resolução de problemas. Vínculos fragilizados por sobrecarga do cuidador, indisponibilidade de tempo ou renda, conflitos persistentes e falta de informação podem se traduzir, do ponto de vista da pessoa idosa, em percepção de baixo apoio e de baixa responsividade familiar diante de demandas concretas – da administração de medicamentos a acompanhamentos em consultas, do preparo de refeições à mediação de conflitos domésticos (Areosa, 2008; Reis et al., 2019). Esse descompasso tende a se agravar quando a demanda por cuidado aumenta (após quedas, agravos cardiovasculares, dor crônica e declínio cognitivo, por exemplo), ou quando arranjos domiciliares trazem pouca redundância de suporte, como morar sozinho, viuvez recente e filhos distantes, favorecendo respostas



familiares inconsistentes e decisões de institucionalização tomadas “no calor da crise” (Araújo *et al.*, 2018; Areosa, 2008; Reis *et al.*, 2019).

Para mensurar a funcionalidade familiar de forma padronizada e factível na rotina assistencial, utiliza-se uma escala breve, validada e amplamente empregada na gerontologia, reconhecida por sua boa confiabilidade e pela capacidade de captar, em poucos itens, aspectos essenciais do funcionamento familiar. Esse instrumento tem uso consolidado tanto em contextos clínicos quanto em investigações populacionais, o que favorece a comparabilidade entre estudos e apoia decisões de cuidado baseadas em evidências (Souza *et al.*, 2015; Wang & Huang, 2016; Lim *et al.*, 2012). Nessa perspectiva, a avaliação sistemática da funcionalidade familiar opera como um termômetro relacional que ajuda a identificar, precocemente, situações de vulnerabilidade que exigem respostas clínicas e intersetoriais coordenadas.

Em termos de mecanismos e determinantes, estudos com populações idosas sugerem que maior tempo de cuidado informal e dor crônica se associam à deterioração da funcionalidade familiar, evidenciando a interação entre condições clínicas e arranjos de cuidado na produção de disfunção (Wang & Huang, 2016; Lim *et al.*, 2012). De modo complementar, contextos com tarefas claras, decisões compartilhadas e capacidade de mobilizar recursos internos e externos tendem a proteger contra a insuficiência familiar e a sustentar autonomia e participação social (Souza *et al.*, 2015). Essas regularidades empíricas reforçam a necessidade de observar, de forma sistemática, características demográficas e clínicas prevalentes em serviços urbanos, idade avançada, baixa escolaridade, multimorbidade, polifarmácia, viuvez e morar sozinho, pois são marcadores que, combinados, ampliam dependência e revelam fissuras na rede de suporte doméstico (Salles, 2016; Areosa, 2008; Araújo *et al.*, 2018).

A relevância sanitária da IF decorre de seu papel como marcador clínico e social: piora a adesão terapêutica, desorganiza rotinas de cuidado, eleva sintomas psicológicos e o risco de quedas, e pode culminar em asilamento, com custos humanos e econômicos expressivos. Em serviços urbanos do SUS e do campo filantrópico, que atendem pessoas idosas multimórbidas, polimedicadas e socialmente vulneráveis, é comum encontrar alta proporção sem cônjuge/companheiro, baixo nível de atividade física e



necessidade de apoio instrumental cotidiano – cenário que aumenta a dependência da rede familiar e evidencia, quando ela falha, o tamanho do vazio assistencial a ser coberto por equipes e território (Salles, 2016; Souza et al., 2015). Esse pano de fundo reforça a importância de instituir triagem rotineira da funcionalidade familiar e de organizar fluxos de resposta que articulem clínica, assistência social e recursos comunitários, especialmente quando sinais precoces de disfunção aparecem no acolhimento ou na visita domiciliar.

No plano ético-político, é indispensável reconhecer que a suposição da família como aliada natural e sempre disponível invisibiliza desigualdades de renda, gênero e tempo que estruturam o cuidado no domicílio. Cuidadores – majoritariamente mulheres – acumulam jornadas e sofrem impactos sobre saúde mental e condições de vida; sem reconhecimento institucional e apoio territorial, a sobrecarga converte-se em disfunção e, em situações-limite, em violência (Areosa, 2008; Araújo et al., 2018). Ao incorporar a aferição da funcionalidade familiar como procedimento padrão, reconhecem-se determinantes sociais do cuidado e abrem-se portas de entrada para que o sistema acione, de forma responsável, redes formais e informais de suporte, evitando a escalada de eventos adversos e a tomada de decisões precipitadas de institucionalização.

Diante desse quadro, coloca-se a seguinte questão: como se caracteriza a funcionalidade familiar entre pessoas idosas atendidas em um Centro geriátrico urbano de Salvador na Bahia, e qual é o perfil sociodemográfico e clínico dessa população? Assim, o objetivo geral deste estudo é caracterizar a funcionalidade familiar e descrever o perfil sociodemográfico e clínico dessas pessoas idosas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo, observacional e transversal, delineado para descrever a situação e explorar relações entre variáveis em um único ponto no tempo (Polit et al.,



2011). A pesquisa foi realizada em um centro geriátrico filantrópico de Salvador-BA, com equipe multiprofissional e linhas de cuidado voltadas à população idosa (grupos HiperDia, Centro-Dia, reabilitação cognitiva e atividades de socialização), cenário que concentra usuários com necessidades clínicas e sociais complexas e favorece a avaliação sistemática da funcionalidade familiar.

A amostra foi composta por 69 participantes ≥ 60 anos, de ambos os sexos, acompanhados nos grupos HiperDia. A seleção foi por conveniência, distribuindo convites ao longo dos encontros/turnos. A elegibilidade incluiu triagem cognitiva breve (dez itens de orientação/evocação) apenas para assegurar compreensão e resposta adequada aos instrumentos. Foram excluídos escores abaixo do ponto de corte, recusas e situações clínicas que inviabilizassem a entrevista. A equipe de campo foi treinada para conduzir abordagem ética, leitura compartilhada quando necessário e conferência de completude ao término da aplicação.

A coleta contemplou três blocos:

- i. Questionário sociodemográfico e de saúde (idade, sexo, escolaridade, estado civil, arranjo domiciliar, presença de filhos; condições crônicas autorreferidas, uso de medicamentos e aspectos do cuidado).
- ii. Funcionalidade familiar pelo APGAR de Família. O APGAR é um instrumento breve de 5 itens que avalia cinco dimensões: Adaptação, Participação (Parceria), Crescimento, Afeto e Resolução de problemas. Cada item é respondido em escala Likert de 3 pontos (0 = quase nunca, 1 = às vezes, 2 = quase sempre), com escore total de 0–10 (maior escore = melhor funcionalidade). Na literatura brasileira, a versão em português encontra-se validada e amplamente utilizada em atenção primária e gerontologia, com consistência interna adequada e uso corrente de pontos de corte para interpretação global (p.ex., 7–10 funcional, 4–6 disfunção moderada, 0–3 disfunção grave). Neste estudo, por decisão analítica, os resultados são apresentados no nível de item, descrevendo as distribuições de resposta em cada dimensão, sem somatório individual do escore, sem categorização global e sem testes comparativos/inferenciais.



- iii. Logística de aplicação: entrevistas presenciais nas dependências do serviço, em horários regulares dos grupos, seguindo a ordem triagem cognitiva → questionário → APGAR. Para reduzir perdas e vieses de preenchimento, entrevistadores treinados leram itens em voz alta quando necessário, garantiram tempo suficiente de resposta, esclareceram dúvidas no ato e revisaram formulários ao final.

Realizou-se análise descritiva do perfil sociodemográfico e clínico (médias/medianas e dispersão para variáveis contínuas; frequências absolutas e relativas para categóricas) e da funcionalidade familiar por item (distribuições percentuais nas categorias da escala). Quando cabível, proporções foram acompanhadas de intervalos de confiança de 95%.

Todos os participantes assinaram o TCLE após esclarecimentos sobre objetivos, riscos/benefícios, confidencialidade e direito de desistir sem prejuízo assistencial. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Mogi das Cruzes – CAAE 53670321.9.0000.5497 – e pelo CEP das Obras Sociais Irmã Dulce – CAAE 53670321.9.3001.0047. As bases foram anonimizadas e armazenadas com controle de acesso restrito.

3 RESULTADOS e DISCUSSÃO

Apresentam-se, aqui, os principais achados referentes à amostra estudada e à avaliação da funcionalidade familiar. Inicialmente, descreve-se o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes; em seguida, descrevemos a distribuição das respostas por item do APGAR de Família.

Caracterização das pessoas idosas

Dos 69 participantes, 85,5% eram mulheres; 92,8% estavam aposentados; 97,1% referiram religiosidade e 94,2% consideraram a religião importante. 88,4% estavam sem cônjuge/companheiro e 89,9% tinham filhos. 78,3% relataram ao menos uma doença crônica e 94,2% não praticavam atividade física. Quanto à autopercepção, 72,5% estavam satisfeitos com a própria saúde, 92,8% satisfeitos com a vida e 82,6% sentiram-se “realizados”. Houve acompanhamento familiar ativo no tratamento em 73,9% dos



casos.

Avaliação da funcionalidade familiar (APGAR)

As respostas concentraram-se nas categorias positivas dos cinco itens. Recorrer à família somou 76,8% (“sempre/quase sempre”); conversar e compartilhar problemas, 72,5%; aceitação/apoio a decisões, 76,8%; demonstração de afeto, 76,8%; e tempo compartilhado, 81,2%. Em conjunto, os itens indicam percepção predominantemente favorável de suporte familiar no momento da avaliação.

Caracterização dos idosos

O perfil desta amostra, composta majoritariamente por mulheres (85,5%), reflete um cenário típico de serviços urbanos que atendem predominantemente pessoas idosas com multimorbidade e demandas assistenciais contínuas. Esse predomínio feminino dialoga com a chamada “feminização da velhice” descrita na literatura demográfica brasileira, marcada por maior expectativa de vida das mulheres, maior exposição acumulada a doenças crônicas e trajetórias de trabalho e cuidado frequentemente atravessadas por informalidade, dupla jornada e menor proteção social. Na prática, isso se traduz em maior probabilidade de viuvez na velhice, maior tempo de convivência com limitações funcionais e maior dependência de redes familiares e comunitárias para sustentar o cuidado, o que ajuda a compreender por que um serviço como o estudado tende a concentrar mulheres idosas em situação de alta demanda assistencial (Reis *et al.*, 2016; Areosa, 2008).

A aposentadoria praticamente universal sugere renda estável porém limitada, compatível com orçamentos domésticos apertados e baixa elasticidade de tempo dos familiares cuidadores. A altíssima proporção sem cônjuge/companheiro desloca o eixo do cuidado para filhos, noras, genros e, não raro, netos, formando arranjos intergeracionais mais complexos que o binômio idoso-cônjuge. A multimorbidade autorreferida e a baixíssima prática de atividade física indicam um cotidiano repleto de tarefas instrumentais (gestão de medicação, marcação e comparecimento a consultas, transporte, preparo de refeições, organização da casa) e de tarefas relacionais (negociação de rotinas, manejo de expectativas, mediação de conflitos). Nesse



tabuleiro, toda decisão aparentemente simples (por exemplo, “quem busca na unidade”, “quem passa na farmácia”, “quem confere a referência do especialista”) tem custo de coordenação e pode gerar atritos.

A presença de filhos na imensa maioria dos casos e o acompanhamento familiar ativo em proporção elevada sugerem que, na ausência do cônjuge, os laços descendentes vêm funcionando como colchão de proteção. A literatura sobre envelhecimento ativo e atenção centrada na pessoa idosa, sintetizada por documentos de diretriz da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015; 2018), enfatiza que o “ambiente de apoio” (apoio social e familiar, acessibilidade aos serviços, continuidade do cuidado) é determinante proximal de segurança e funcionalidade. Em consonância, o retrato encontrado aqui combina alta demanda com alto comparecimento relacional, algo que se reflete posteriormente nos itens do APGAR.

Esse quadro não é homogêneo. Três subgrupos merecem vigilância mais próxima. Primeiro, pessoas que vivem sozinhas: mesmo quando conservam relações positivas com filhos e vizinhos, o cuidado tende a ser intermitente; semanas de boa organização podem alternar com lapsos, nos quais faltas a consultas, piora sintomática e desorganização doméstica se acumulam. Segundo, viúvos/viúvas recentes: o ciclo de luto impõe um período de indefinição de papéis e de redistribuição do tempo entre familiares, no qual domínios como “tempo compartilhado” e “conversar sobre problemas” oscilam de maneira sensível. Terceiro, pessoas com dor crônica e alta dependência instrumental (transporte, compras, preparo de refeições): aqui, a carga do cuidador tende a escalar; sem revezamento e apoio territorial, cresce o risco de desgaste relacional – fenômeno amplamente descrito por Wang e Huang (2016) e Lim *et al.* (2012) quando analisam o impacto cumulativo do tempo de cuidado e da dor não controlada sobre a convivência familiar.

Há ainda um recorte de gênero que atravessa a paisagem do cuidado: filhas e noras, via de regra, acumulam trabalho remunerado, doméstico e de cuidado. Nessa equação, tempo passa a ser a moeda mais escassa e, por isso, o primeiro domínio a deteriorar quando a demanda cresce, com efeitos diretos sobre como o idoso percebe companhia, disponibilidade e paciência. É nesse pano de fundo que se entende por que resultados



“bons” por item não garantem estabilidade futura: são uma fotografia em que o arranjo atual está dando conta; porém, choques (uma queda, uma internação, uma mudança terapêutica que exija idas mais frequentes à unidade) podem rebaixar rapidamente domínios sensíveis se não houver malha de proteção bem montada.

A religiosidade e o pertencimento comunitário despontam, nesta amostra, como recursos de enfrentamento. Além de oferecerem capital social (gente para alternar visitas, levar à consulta, preparar uma refeição, telefonar para lembrar a medicação), produzem sentido e reconhecimento – dois ingredientes que atenuam a experiência de sobrecarga. Essa dimensão simbólica ajuda a explicar a coexistência de satisfação com a vida e com a saúde em patamares elevados num grupo com restrições materiais. Em serviços com grande demanda, reconhecer esse capital social e formalizar pontes com lideranças locais (pastorais, associações, grupos de bairro) cria microcircuitos de apoio ativáveis quando a equipe identifica sinais de tensão; não substituem a política pública, mas ganham tempo enquanto soluções de médio prazo (atenção domiciliar, reabilitação, benefícios) se organizam.

Convém sublinhar o papel do contexto urbano: deslocamentos longos, transporte público irregular, tempos de espera e logística de agendamentos são fatores que consomem energia moral das famílias e que podem degradar percepções em domínios afetivos se não forem mitigados com previsibilidade (agenda organizada, lembretes proativos, acolhimento rápido para intercorrências). Ao situar a caracterização nesse conjunto de pressões e recursos, o estudo prepara terreno para ler a funcionalidade familiar por item sem romantizações, mas também sem cinismo: há competências adaptativas em operação, e são elas que o APGAR por item captura a seguir.

Avaliação da funcionalidade familiar por item (APGAR)

Os cinco itens do APGAR de Família, recorrer à família, conversar e compartilhar problemas, aceitação/apoio a decisões, demonstração de afeto e tempo compartilhado, foram, em sua maioria, avaliados como positivos pelos participantes. À primeira vista, isso pode parecer contraintuitivo diante da alta carga clínica e social; porém, quando observado à luz do “modelo do comboio social” de Antonucci *et al.* (2014), o quadro se torna inteligível. O *convoy model* descreve como as redes de apoio se reconfiguram ao



longo do curso da vida, movimentando pessoas (quem entra, quem sai, quem assume nova função) e redistribuindo fluxos de ajuda quando surgem novas demandas (viuvez, aposentadoria, doença crônica, mudança de domicílio). Nessa reconfiguração, duas condições são decisivas: comunicação clara e pactos factíveis de tarefas. Quando ambas estão presentes, a rede preserva a funcionalidade mesmo sem abundância de recursos materiais, exatamente o que este estudo indica no momento da coleta.

Três vias ajudam a entender o predomínio de respostas favoráveis. (i) Estrutural: a coorte de filhos/noras/genros/netos aparece, de forma muito concreta, substituindo o cônjuge em tarefas-chave (levar/buscar, acompanhar consulta, organizar medicação), o que mantém altos os domínios “recorrer à família” e “resolver problemas”. (ii) Comunitária/simbólica: a religiosidade e o pertencimento alimentam a motivação para cuidar e oferecem matrizes de significado que amortecem tensões (o cuidador sente que “faz a coisa certa”, o idoso se percebe valorizado), sustentando afeto e companhia. (iii) Organizacional: a presença de rotinas multiprofissionais e de grupos estruturados (como o HiperDia) cria previsibilidade (dias, horários, responsáveis), abre canais de comunicação e reduz fricções logísticas que frequentemente corroem o clima familiar.

Dito isso, convém reconhecer limitações inerentes às escalas breves de percepção: efeito-teto (concentração de respostas nas categorias superiores) e deseabilidade social (especialmente quando há familiaridade com a equipe) podem achatam diferenças finas entre famílias. Essas limitações não invalidam os achados; antes, sugerem triangulação com marcadores comportamentais objetivos (presença de acompanhante nas consultas, regularidade no uso correto de medicação, faltas e busca ativa, aderência a orientações) e com registros longitudinais da equipe sobre interações familiares. A combinação percepção + comportamento gera uma imagem mais robusta do suporte e ajuda a diferenciar apoio consistente de polidez declarativa.

Uma implicação central deste desenho por item é a possibilidade de identificar “itens-sentinela” que antecipam tensão. Dois, em particular, merecem vigilância: “tempo compartilhado” e “resolver problemas”. O primeiro é altamente sensível à escassez de tempo do cuidador; é o primeiro a cair quando a carga aumenta. O segundo sinaliza a qualidade da comunicação e a capacidade da família de negociar rotinas; torna-se frágil



quando a dor piora, o humor do idoso oscila ou quando mudanças de tratamento exigem aprendizado rápido. A experiência clínica e a literatura de sobrecarga (Wang & Huang, 2016; Lim et al., 2012) indicam que dor mal controlada e sobrecarga do cuidador são gatilhos usuais de piora nesses domínios. Por isso, antes de supor “conflito familiar” como causa primária de queda nos itens, faz sentido avaliar e tratar a dor de forma sistemática (metas realistas de funcionalidade, simplificação de esquemas, intervenções não farmacológicas). Esse passo tem, na prática, efeito de decompressão relacional: diminui irritabilidade, melhora o sono, libera pequenas fatias de tempo e reabre a conversa – e, com isso, costuma elevar afeto e companhia nas semanas seguintes.

Outro desdobramento prático é a adoção de uma matriz de risco por item operacional, que conversamos anteriormente e retomamos aqui como proposta assistencial (não derivada de inferência estatística): verde (todas positivas) → manter e reavaliar; amarelo (1–2 negativas, sobretudo em “tempo” e “resolver problemas”) → orientação breve, telefonema de reforço e retorno curto; vermelho (≥ 3 negativas ou piora simultânea dos domínios afetivo e prático) → plano intensivo (avaliação social, possível visita domiciliar, manejo ativo da dor, pacto de revezamento e educação estruturada do cuidador). Para que a gestão do serviço enxergue o que acontece, três indicadores de processo simples ajudam: (a) proporção de usuários com medida de APGAR atualizada no período; (b) tempo médio entre um sinal amarelo/vermelho e a primeira intervenção; (c) taxa de casos vermelhos reavaliados em 30 dias. Esses indicadores, além de monitoráveis, retroalimentam a equipe, sustentam a continuidade e reduzem o risco de que sinais precoces se percam na rotina.

No plano ético-político, a leitura por item convida a abandonar visões moralizantes. Insuficiência familiar, quando presente, não é falha moral; é um indicador de contexto que denuncia restrições reais de renda, tempo e saúde mental. A clínica centrada na pessoa idosa precisa partir desse reconhecimento e oferecer condições materiais e relacionais para que o cuidado seja possível e menos penoso. Em termos operacionais, uma resposta negativa repetida em itens sensíveis deve acionar uma sequência clara: devolutiva cuidadosa (explicando o que o item sinaliza), pacto de microtarefas (o que é viável nas próximas quatro semanas), encaminhamento social (benefícios, rede territorial) e reavaliação em curto prazo (8–12 semanas). A linguagem é parte do



cuidado: perguntas operativas, como “o que conseguimos ajustar juntos nas próximas quatro semanas?”, reduzem defensividade e mobilizam ação, ao contrário de discursos culpabilizantes (“por que vocês não estão ajudando?”).

Embora o presente estudo não some escores nem categorize (funcional vs. insuficiente), decisão coerente com o objetivo de descrever por item, nada impede que o serviço, em sua rotina, use também o escore total quando apropriado, sobretudo para fins de comparação interna entre períodos. A literatura brasileira descreve consistência interna adequada e uso corrente de pontos de corte no APGAR; todavia, para o trabalho clínico fino de uma equipe multiprofissional, a granulação por item tende a ser mais acionável: ela explica o “onde” e o “como” intervir, em vez de apenas informar que “a família está boa/ruim”.

Para pesquisa aplicada, três agendas emergem. Longitudinais (6–12 meses) com medidas seriadas por item, capazes de revelar trajetórias e pontos de inflexão: por exemplo, quando a dor piora, “tempo compartilhado” cai primeiro? Quando o serviço organiza revezamento, “afeto” sobe de volta? Métodos mistos (escala + entrevistas em profundidade com idosos e cuidadores) para capturar negociações e estratégias de coping que a métrica não mostra, iluminando porque algumas famílias “seguram a onda” enquanto outras entram em espiral de tensão. E ensaios pragmáticos de baixo custo testando pacotes integrados (educação ao cuidador + manejo de dor + visita domiciliar), com desfechos nos itens do APGAR e eventos clínicos (faltas, reinternações, institucionalização). Tais agendas são transferíveis para o cotidiano do serviço e podem gerar evidência utilizável em curto prazo.

Por fim, cabe retomar o *convoy model* de Antonucci et al. (2014) para uma síntese interpretativa: os resultados deste estudo são coerentes com a ideia de que as redes de apoio, quando mobilizadas e coordenadas, compensam perdas (viuvez, limitações físicas) e sustentam domínios relacionais que mantêm a vida possível. Isso não é um dado “natural” das famílias; é um trabalho, frequentemente invisível, de coordenação, negociação e cuidado. Reconhecer esse trabalho e nutri-lo com rotinas factíveis (medir, devolver, intervir, medir de novo) é o que transforma a avaliação por item do APGAR em métrica viva de gestão clínica.

4 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo, apresentados no nível de item do instrumento de funcionalidade familiar, delineiam um quadro em que dimensões centrais do convívio e do suporte possibilidade de recorrer à família quando algo incomoda, conversar sobre problemas, sentir-se acolhido, perceber demonstrações de afeto e dispor de tempo compartilhado foram, em sua maior parte, avaliadas de modo favorável pelos participantes. Em paralelo, o perfil sociodemográfico e clínico descrito indica um conjunto de características que, tipicamente, aumentam a demanda cotidiana de apoio: idade avançada, multimorbidade autorreferida, aposentadoria praticamente universal, baixíssima prática de atividade física e alta proporção de pessoas sem cônjuge/companheiro. A leitura combinada desses dois planos itens predominantemente positivos e marcadores de maior necessidade de cuidado sugere uma capacidade adaptativa familiar operando no presente, com participação concreta de familiares no acompanhamento ao serviço e manutenção de laços afetivos percebidos como protetores.

Por se tratar de uma análise descritiva por item, sem construção do escore total, sem categorização global (funcional vs. insuficiente) e sem testes comparativos, evitou-se deliberadamente quantificar a prevalência de insuficiência familiar ou identificar “fatores associados” mediante inferência estatística. Ainda assim, a distribuição das respostas oferece sinais clínicos úteis. Itens ligados a afeto e tempo compartilhado, quando bem avaliados, costumam refletir ambientes relacionais que favorecem adesão terapêutica, comparecimento a consultas e organização de rotinas domésticas; do mesmo modo, respostas positivas em “conversar e compartilhar problemas” e “recorrer à família” indicam que existe uma porta de entrada afetiva e prática para lidar com intercorrências. Esses elementos, por si, já orientam uma postura assistencial: consolidar o que vai bem (reforçando rotinas que funcionam) e vigiar sinais de tensão quando, em medições seriadas, itens-chave mostrarem piora.

Alguns pontos de atenção decorrem diretamente do perfil descrito. A ausência de cônjuge/companheiro e arranjos domiciliares com pouca redundância de suporte elevam o risco de sobrecarga, especialmente quando a dependência instrumental



crece. A multimorbidade e a dor crônica (quando presentes) tendem a ampliar o tempo de cuidado requerido, pressionando a disponibilidade familiar e, com isso, a qualidade percebida das interações. Nesses contextos, a trajetória temporal importa: famílias que hoje respondem bem podem apresentar queda em itens específicos diante de choques agudos (quedas, internações) ou de cansaço acumulado. Por isso, o valor prático desta avaliação não está apenas na “fotografia” dos itens, mas na possibilidade de repeti-la e comparar consigo mesma ao longo do tempo, transformando a medida em um sinal de tendência acionável.

Do ponto de vista assistencial, derivam-se recomendações objetivas e factíveis. Primeiro, incorporar o APGAR de Família ao protocolo de avaliação como rotina de triagem e seguimento: aplicar no acolhimento, repetir a cada 3–6 meses e sempre após eventos sentinela (queda, alta hospitalar, piora de dor, mudança relevante de tratamento). Mesmo trabalhando no nível de item, é possível instituir uma matriz simples de risco: verde quando todos os itens permanecem positivos; amarelo quando surge 1–2 respostas desfavoráveis, sobretudo em “tempo compartilhado” e “resolver problemas”; vermelho quando há ≥ 3 itens desfavoráveis ou piora simultânea em domínios afetivos e práticos. Essa codificação orienta respostas proporcionais: manutenção e reforço de rotinas no verde; orientação breve e retorno curto no amarelo; e, no vermelho, plano intensivo com avaliação social, educação estruturada para familiares, possível visita domiciliar e revisão do manejo de dor e sobrecarga do cuidador. No presente trabalho, o esquema “verde–amarelo–vermelho” é proposta assistencial para uso do APGAR e não deriva de análise inferencial dos dados.

Segundo, encaminhar casos com sinais de insuficiência (ou de tensão crescente nos itens) para apoio estruturado. Isso inclui: (a) educação breve e pragmática com a família sobre organização de medicação, sinais de alerta e revezamento de tarefas; (b) manejo ativo da dor, avaliação sistemática, otimização terapêutica e intervenções não farmacológicas por seu potencial de “descompressão” do clima familiar; (c) articulação com a rede territorial (CRAS/CREAS, grupos de cuidadores, associações e pastorais) para complementar suporte instrumental e social; e (d) agendamento de reavaliação em curto prazo (8–12 semanas) para verificar se os itens críticos melhoraram. Sempre que possível, devolver o resultado à família com linguagem simples e foco em soluções



“o que conseguimos ajustar juntos nas próximas semanas?”) aumenta a adesão e diminui defensividade.

Terceiro, priorizar subgrupos plausivelmente mais vulneráveis, à luz do perfil descrito: pessoas que vivem sozinhas, viúvos/viúvas com perda recente, idosos com dor crônica significativa ou alta dependência instrumental. Para esses perfis, faz sentido apertar a malha de monitoramento (intervalos menores entre avaliações por item) e prever gatilhos de intensificação mais sensíveis (ex.: qualquer resposta negativa em “recorrer à família” já aciona contato da equipe). Em serviços com grande demanda, pode-se operacionalizar essa priorização com painéis simples: lista de usuários, dois itens-sentinela escolhidos (p. ex., “tempo compartilhado” e “resolver problemas”), semáforo de risco e data da próxima reavaliação.

Quarto, reforçar a coordenação multiprofissional: a escala por item conversa bem com a prática de enfermagem (educação e acompanhamento), serviço social (articulação de rede e benefícios), fisioterapia (dor e funcionalidade), psicologia (apoio ao cuidador e comunicação familiar) e medicina (revisão de regimes terapêuticos e analgesia). Reuniões rápidas de caso (5–10 minutos) para usuários “amarelos” e “vermelhos” após a triagem ajudam a transformar informação em plano concreto.

Por fim, convém reconhecer limitações e oportunidades. O desenho transversal descreve uma fotografia e não estabelece direção causal entre variáveis; a amostra de um único serviço limita a generalização; e a autoavaliação pode sofrer influências de desajustabilidade social. A escolha consciente de apresentar a funcionalidade no nível de item, sem somatório individual do escore, reforça a transparência metodológica, ao mesmo tempo em que restringe o cálculo de indicadores sumarizados (como “prevalência de IF”) e a comparação estatística entre grupos. Essas limitações, porém, não diminuem a utilidade clínica dos achados: itens de uma escala breve, aplicados de forma seriável e interpretados junto a marcadores objetivos do cuidado (comparecimento, adesão, registros de apoio), funcionam como instrumentos de vigilância sensíveis, capazes de antecipar situações de risco e orientar o acionamento oportuno da rede.

Este estudo caracterizou a funcionalidade familiar no nível de item e descreveu o perfil



sociodemográfico e clínico de pessoas idosas atendidas em serviço geriátrico urbano, oferecendo sinais descritivos úteis para a prática. Esta investigação descreveu, sem inferência estatística global, um padrão predominantemente favorável nos itens de funcionalidade familiar em uma população que, ao mesmo tempo, apresenta alta demanda potencial de cuidado. Transformar essa fotografia em gestão cotidiana requer: usar sempre o APGAR no protocolo; acompanhar por item, de modo seriado; intervir cedo quando sinais de tensão surgirem; e sustentar o apoio com reavaliações programadas. Ao fazer isso, o serviço dá um passo decisivo para que a funcionalidade familiar deixe de ser um plano de fundo e se torne um eixo operativo do cuidado à pessoa idosa, fortalecendo vínculos, prevenindo desfechos indesejáveis e ampliando a segurança e a dignidade no envelhecer.

5 REFERÊNCIAS

- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82–92. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3894851>
- Araújo, L. F. D., Castro, J. L. D. C., & Santos, J. V. D. O. (2018). A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. *Psicologia em pesquisa*, 12(2), 14-23. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23414>
- Areosa, S. V. C. (2008). *Envelhecimento, contexto social e relações familiares: o idoso, de assistido a provedor da família*. 211 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Barbosa, G. C., Caparrol, A. J. D. S., Melo, B. R. D. S., Medeiros, T. J., Ottaviani, A. C., & Gratão, A. C. M. (2022). Fatores correlacionados à fragilidade de idosos em atenção ambulatorial: diferença entre grupos etários. *Escola Anna Nery*, 26, e20210408. <https://www.cbgg2021.com.br/anais.pdf>.
- Lim, A. T., Manching, J., & Penserga, E. G. (2012). Correlation between Family APGAR scores and health-related quality of life of Filipino elderly patients with knee osteoarthritis. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 15(4), 407-413. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1756-185X.2012.01757.x>
- Liu, H.-Y., & Huang, L.-H. (2018). The relationship between family functioning and caregiving appraisal of dementia family caregivers: Caregiving self-efficacy as a mediator. *Ageing & Mental Health*, 22(4), 558–567.



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28001431/>

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2011). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Huber.

Reis, C., Barbosa, L. M. D. L. H., & Pimentel, V. P. (2016). O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. *BNDES Setorial*, 44, 87-124.

<https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/9955>

Silva, M. J. da, Victor, J. F., Mota, F. R. N., Soares, E. S., Leite, B. M. B., & Oliveira, E. T. (2014). Analysis of psychometric properties of Family APGAR with elderly in Northeast Brazil. *Escola Anna Nery*, 18(3), 523–529.

<https://www.scielo.br/j/ean/a/NBVTbDTftKzLjhyGLGHSNzm/?format=pdf&lang=en>

Souza, A. D., Pelegrini, T. D. S., Ribeiro, J. H. D. M., Pereira, D. S., & Mendes, M. A. (2015). Concept of family insufficiency in the aged: critical literature analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68, 1176-1185.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/kvXWLXNmctddJNk7hY5kYqs/?format=html>

Wang, M. W., & Huang, Y. Y. (2016). Evaluating family function in caring for a geriatric group: Family APGAR applied for older adults by home care nurses. *Geriatrics & Gerontology International*, 16(6), 716-721.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.12544>

World Health Organization. (2018). *Integrated care for older people (ICOPE): Realigning primary health care to respond to population ageing*. World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.44>

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>