

Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos*

FAMILY FUNCTIONING OF ELDERLY WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ADULTOS MAYORES CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Rosely Almeida Souza¹, Gislaíne Desani da Costa², Cintia Hitomi Yamashita³, Fernanda Amendola⁴, Jaqueline Correa Gaspar⁵, Márcia Regina Martins Alvarenga⁶, Odival Faccenda⁷, Maria Amélia de Campos Oliveira⁸

RESUMO

Objetivo: Classificar famílias de idosos com sintomas depressivos quanto à funcionalidade e verificar a presença de associação entre tais sintomas, a funcionalidade familiar e as características dos idosos.

Método: Estudo analítico, observacional, transversal, realizado em 33 equipes da Estratégia Saúde da Família de Dourados, MS. A amostra foi composta por 374 idosos divididos em dois grupos (com e sem sintomas depressivos). Os instrumentos para coleta de dados foram um formulário para caracterização sociodemográfica, a Escala de Depressão Geriátrica (15 itens) e o Apgar de Família. **Resultados:** Observou-se a associação entre sintomas depressivos e disfunção familiar, sexo feminino, quatro e mais pessoas residindo no domicílio e inatividade física. **Conclusão:** A família funcional pode representar apoio efetivo para idosos com sintomas depressivos, pois oferece um ambiente de conforto que assegura o bem-estar de seus membros. Já a família disfuncional dificilmente consegue prover a atenção necessária ao idoso, o que pode agravar os sintomas depressivos.

ABSTRACT

Objective: To classify families of elderly with depressive symptoms regarding their functioning and to ascertain the presence of an association between these symptoms, family functioning and the characteristics of the elderly. **Method:** This was an observational, analytical, cross-sectional study performed with 33 teams of the Family Health Strategy in Dourados, MS. The sample consisted of 374 elderly divided into two groups (with and without depressive symptoms). The instruments for data collection were a sociodemographic instrument, the *Geriatric Depression Scale* (15 items) and the *Family Apgar*. **Results:** An association was observed between depressive symptoms and family dysfunction, female gender, four or more people living together, and physical inactivity. **Conclusion:** The functional family may represent effective support for the elderly with depressive symptoms, because it offers a comfortable environment that ensures the well-being of its members. The dysfunctional family can barely provide necessary care for the elderly, which can exacerbate depressive symptoms.

RESUMEN

Objetivo: Clasificar familias de adultos mayores con síntomas depresivos según funcionalidad y verificar la presencia de la asociación entre tales síntomas, la funcionalidad familiar y la características de los adultos mayores. **Método:** Estudio analítico, observacional, transversal, realizado con 33 equipos de la Estrategia de Salud de la Familia de Dourados, MS, Brasil. La muestra estuvo compuesta por 374 pacientes adultos mayores divididos en dos grupos (con y sin síntomas depresivos). Los instrumentos para la recolección de datos fueron un cuestionario para la caracterización sociodemográfica, la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems y el Apgar Familiar. **Resultados:** Se observó una asociación entre los síntomas depresivos y la disfunción familiar, el sexo femenino, cuatro y más personas viviendo en el hogar y el sedentarismo. **Conclusión:** Una familia funcional puede representar un apoyo efectivo para los adultos mayores con síntomas depresivos, puesto que ofrece un ambiente de confort que garantiza el bienestar de sus miembros. Una familia disfuncional dificilmente puede brindar la atención necesaria a las personas mayores, lo que puede agravar los síntomas depresivos.

DESCRIPTORES

Idoso
Depressão
Família
Relações familiares

DESCRIPTORS

Aged
Depression
Family
Family relations

DESCRIPTORES

Anciano
Depresión
Familia
Relaciones familiares

* Extraído da dissertação "Vulnerabilidade social e funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2013. ¹ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. roselyalmeida@usp.br ² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ⁴ Professora Doutora, Faculdade Enfermagem, Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ⁵ Doutoranda do Programa Interunidades, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, SP, Brasil. ⁶ Professora Adjunta do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados, MS, Brasil. ⁷ Professor Adjunto do Curso de Ciências da Computação, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados, MS, Brasil. ⁸ Professora Titular, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A depressão em idosos é preocupante, dada a sua associação com o aumento da morbidade e da mortalidade, a perda da autonomia e o agravamento de quadros morbidos preexistentes. Em geral, ocasiona aumento da utilização dos serviços de saúde, negligência no autocuidado e adesão reduzida ao projeto terapêutico⁽¹⁾. Trata-se, entretanto, de condição frequente em idosos. Investigação realizada com idosos no município de João Pessoa-Paraíba, encontrou uma prevalência de depressão de 52%⁽²⁾. Em estudo realizado no município de Jequié-Bahia, a prevalência foi ainda maior, de 88,8%⁽³⁾.

O diagnóstico e o tratamento da depressão em idosos são complexos, já que os sinais e os sintomas depressivos são pouco valorizados ou até mesmo confundidos com manifestações de outras doenças, o que pode agravar o quadro. Estudo que buscou identificar sintomas depressivos em idosos atendidos no Ambulatório Geral do Hospital das Clínicas de São Paulo concluiu que a presença de comorbidades pode diminuir a sensibilidade dos médicos para identificar sintomas específicos de depressão, levando-os a considerá-los reações psicológicas decorrentes de outras patologias⁽⁴⁾.

A família representa a unidade central para atenção à saúde e desempenha papel muito importante no cuidado, já que é responsável por seus integrantes. Tem grande relevância no cuidado da pessoa com depressão, em especial, os idosos. Necessita reorganizar-se para enfrentar esta situação que sempre é complexa por envolver dedicação diária, escuta, observação e até mesmo suporte econômico. Observam-se ainda que os sentimentos do idoso deprimido podem se estender aos familiares, causando certa comorbidade familiar⁽⁵⁾.

A família é uma construção social influenciada pela cultura, pelo contexto histórico e pelas relações e, em geral, é sinônimo de afetividade, companheirismo e solidariedade. Funciona internamente por meio de três componentes: estrutura, desenvolvimento e adaptação⁽⁶⁾.

Entende-se por estrutura as atribuições, as normas e as regras que são construídas por meio de padrões sociais e culturais que determinam o comportamento de todos os membros. O desenvolvimento compreende as fases pelas quais as famílias passam no decorrer de sua existência, alternando momentos de equilíbrio, desequilíbrio e adaptação. Essas fases são enfrentadas de forma diferente em cada família, podendo haver crises e resistências como parte desse processo. No processo de adaptação, as famílias têm de se adequar às mudanças preservando sua estrutura interna⁽⁶⁾.

As mudanças demográficas têm produzido forte impacto nas famílias brasileiras, tanto do ponto de vista econômico quanto emocional, e essas modificações podem influenciar a forma como cuidam dos idosos⁽⁷⁾. Além disso, o aumento da expectativa de vida faz com que várias gerações convivam no mesmo domicílio e as diferenças geracionais podem interferir na dinâmica familiar⁽⁸⁾. Os mais jovens podem ter pouca

noção sobre o processo de envelhecimento e com frequência não se reconhecem como pessoas que também envelhecem. Em situações de conflito, o idoso muitas vezes é quem mais sofre, pois apresenta maior resistência a mudanças e mais dificuldade para se adaptar, o que pode levá-lo a se isolar dos demais membros da família⁽⁹⁾.

O contexto familiar é permeado por relações afetivas e a qualidade dessas relações irá refletir no cuidado dispensado a seus membros. Para que o idoso possa usufruir de melhores condições de vida, deve haver carinho, respeito e cuidado no convívio familiar. O afeto, a ajuda mútua e a compreensão são determinantes para a boa qualidade de vida do idoso^(9,10).

Entende-se por funcionalidade familiar o relacionamento harmônico e o equilíbrio entre as relações dos membros de uma família, ou seja, o modo como seus integrantes agem entre si e com os outros. Tudo que afeta um dos componentes da família pode causar impacto sobre os demais⁽¹¹⁾.

Na perspectiva da funcionalidade familiar, as famílias podem ser classificadas como funcionais ou disfuncionais. São consideradas funcionais ou maduras quando respondem com estabilidade emocional aos conflitos e às situações críticas e seus membros são capazes de conviver em harmonia, mantendo-se independentes, porém comprometidos uns com os outros. Regidas por laços de carinho e responsabilidade, tais famílias são flexíveis, mas firmes, e suas relações são baseadas em respeito, conhecimento e compreensão. Essas famílias desempenham papel fundamental no cuidado ao idoso⁽¹¹⁾.

Já nos sistemas familiares disfuncionais ou imaturos, os membros priorizam seus interesses individuais em detrimento do grupo familiar, não assumem os papéis que lhes cabem e, em situações de crise, culpam seus próprios familiares. Os vínculos são superficiais e a agressividade e a hostilidade são comuns. Famílias disfuncionais podem ser do tipo clã (que se organizam em torno de um membro), abandonadoras (voltadas para seus próprios interesses), distantes (em que os integrantes apresentam sempre uma explicação racional para justificar sua ausência nas obrigações para com a família) ou superprotetoras (protetoras ao extremo, o que prejudica a liberdade e a privacidade dos membros)⁽¹²⁾.

O fato de o idoso pertencer a um determinado sistema familiar afeta sua possibilidade de resolver as dificuldades associadas ao envelhecimento. Famílias imaturas e disfuncionais podem não prover cuidados necessários a seus parentes idosos. E, em se tratando de depressão, tais famílias podem não oferecer o cuidado e a atenção requeridos, o que pode agravar o quadro da doença no idoso⁽¹²⁾.

No tratamento da depressão, as relações sociais com os familiares e amigos são muito relevantes. Ter em casa uma pessoa com depressão exige que a família adapte-se e organize-se para enfrentar as atitudes do paciente. O suporte financeiro é importante, mas o cuidado ao idoso com sintomas depressivos inclui ainda a escuta, a

observação, a atenção e o apoio, sempre que necessários. Compreender a funcionalidade da família do idoso com depressão pode subsidiar o planejamento de cuidados para responder a suas necessidades sociais e de saúde^(4,13).

Este estudo teve como objetivo classificar as famílias de idosos com sintomas depressivos quanto à funcionalidade e verificar se existe associação entre tais sintomas, a funcionalidade familiar e as características sociodemográficas dos idosos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, observacional, de corte transversal. A população foi composta por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, assistidos por 33 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Dourados, MS. De acordo com o Censo 2010⁽¹⁴⁾, Dourados possuía 17.805 pessoas com mais de 60 anos de idade, sendo 8.211 homens e 9.594 mulheres, dos quais 8.701 (48,87%) haviam sido cadastrados pela ESF.

A amostra foi constituída por idosos com e sem sintomas depressivos avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Em ambos os casos, os critérios de exclusão foram: idosos que não tenham sido localizados em seu domicílio após duas tentativas de visita e idosos com comprometimento cognitivo, Alzheimer ou doença mental grave, que impedissem a resposta aos instrumentos de coleta de dados. Essas condições foram informadas aos pesquisadores pelos enfermeiros da ESF, que conheciam os idosos em questão.

O tamanho inicial da amostra foi definido em 186 idosos para cada grupo. O cálculo foi realizado por meio de teste bicaudal para comparação de duas populações. A proporção de idosos nos grupos com e sem sintomas depressivos foi semelhante em relação às faixas etárias. Ao se realizar o teste qui-quadrado de Pearson, obteve-se $p=0,311$, confirmando essa relação entre os dois grupos. O número de idosos por equipe foi calculado com base na prevalência de idosos com sintomas depressivos encontrada em estudo anterior⁽¹⁵⁾ e a amostragem foi estratificada para garantir a proporção de idosos por equipe da ESF.

A coleta de dados ocorreu no período entre novembro de 2012 a março de 2013. As unidades da ESF foram inicialmente contatadas por telefone e, após agendamento, uma das pesquisadoras visitou a Unidade de Saúde para apresentação do estudo.

Para a caracterização do perfil dos idosos e das famílias, foi utilizado um formulário com questões sobre sexo, idade, situação conjugal, arranjo familiar (se acompanhado ou sozinho), escolaridade, número de pessoas que residam no mesmo domicílio, renda *per capita*, prática de atividade física e participação social.

A presença de sintomas depressivos foi avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida,

com 15 questões (EDG-15), adaptada culturalmente e validada para o Brasil e indicada pelo Ministério da Saúde. Para este estudo, utilizou-se o ponto de corte 5/6 (não caso/caso). O escore total entre zero e cinco indica ausência de sintomas depressivos e escores maiores ou iguais a seis, presença de sintomas depressivos⁽¹⁶⁾.

Para avaliação da funcionalidade familiar utilizou-se o Apgar de Família, já validado e adaptado para a cultura brasileira⁽⁶⁾. O instrumento é composto por cinco questões e as opções de resposta variam de raramente (zero) a quase sempre (dois). O escore total é obtido pela soma dos pontos de cada item e relaciona-se com a condição de funcionalidade familiar. Escore total de sete a dez sugere boa funcionalidade; de seis a cinco, disfunção familiar moderada e, entre zero e quatro, disfunção familiar elevada. Optou-se por agrupar os resultados em duas categorias: boa funcionalidade (escore total de sete a dez) e com disfunção moderada a elevada (escore de seis a zero).

Os dados obtidos foram inseridos em um banco de dados e analisados por meio do programa *Predictive Analytics Software* (PASW) versão 18.0. Foi realizada análise descritiva para variáveis quantitativas e qualitativas. Para verificar a associação entre duas variáveis categóricas foi empregado o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson. As que demonstraram um valor de $p<0,05$ foram incluídas no modelo de análise multivariada do tipo regressão logística. Para os ajustes e a investigação da significância estatística foi utilizado o teste de Wald. Considerou-se diferença estatisticamente significativa quando $p<0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP (Protocolo 74374, CAAE: 02147012.1.0000.5392, de 2012) e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Dourados. Os idosos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a confidencialidade dos dados. As entrevistas ocorreram somente após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os aspectos éticos foram respeitados, de acordo com a Resolução CNS nº 196/96.

RESULTADOS

Foram entrevistados 374 idosos, dos quais 255 (68,2%) eram do sexo feminino. A idade média dos participantes foi de 71,8 anos ($dp=7,9$; mediana=72), variando de 60 a 100 anos. A maioria tinha entre 70 anos e mais de idade, vivia sem companheiro, tinha até dois anos de estudo, residia com familiares, em geral com uma a três pessoas, a renda *per capita* era de meio a um salário mínimo, não praticava atividade física e não participava de atividade social. As características que se associaram individualmente com a presença de sintomas depressivos foram: sexo feminino, viver sem companheiro, compartilhar o domicílio com quatro ou mais pessoas e não praticar atividade física. As demais variáveis não tiveram associação significativa com a depressão (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição e associação da presença e ausência de sintomas depressivos segundo variáveis demográficas e socioeconômicas dos idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família - Dourados, MS, 2013

Variáveis	Idosos				Total (%)	Valor de p
	Com sintomas depressivos		Sem sintomas depressivos			
	N	%	N	%		
Faixa etária						
60-69 anos	76	46,9	86	53,1	162 (100,0)	0,297
70 anos e mais	111	52,4	101	47,6	212 (100,0)	
Sexo						
Masculino	47	39,5	72	60,5	119 (100,0)	
Feminino	140	54,9	115	45,1	255 (100,0)	0,006*
Situação conjugal						
Com companheiro	75	41,7	105	58,3	180 (100,0)	
Sem companheiro	112	57,7	82	42,3	194 (100,0)	0,002*
Escolaridade						
0-2 anos de estudo	99	49	103	51	202 (100,0)	0,678
3 anos e mais de estudo	88	51,2	84	48,8	172 (100,0)	
Arranjo familiar						
Acompanhado	150	49,8	151	50,2	301 (100,0)	0,896
Sozinho	37	50,7	36	49,3	073 (100,0)	
Nº de pessoas que residem na moradia						
1-3 pessoas	132	46,2	154	53,8	286 (100,0)	
4 e mais pessoas	55	62,5	33	37,5	088 (100,0)	0,007*
Renda per capita						
Menos de meio SM**	27	56,3	21	43,8	048 (100,0)	0,243
Meio a um SM	112	51,9	104	48,1	216 (100,0)	
Acima de um SM	48	43,6	62	56,4	110 (100,0)	
Prática de atividade física						
Sim	34	36,2	60	63,8	094 (100,0)	
Não	153	54,6	127	45,4	280 (100,0)	0,020*
Participação em atividade social						
Sim	26	40	39	60	065 (100,0)	
Não	161	52,1	148	47,9	309 (100,0)	0,076

* diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

** SM – salário mínimo na época do estudo (R\$ 622,00).

A análise da dinâmica familiar dos 374 idosos investigados identificou 89 (23,8%) famílias com disfunção familiar (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família – Dourados, MS, 2013

Funcionalidade	N	%
Boa funcionalidade	285	76,2
Disfunção moderada/elevada	89	23,8
Total	374	100,0

Os escores que avaliam a funcionalidade familiar foram associados aos idosos com e sem depressão, tendo sido constatado que a presença de disfuncionalidade familiar foi significativamente maior nos casos de idosos com depressão ($p < 0,001$).

Tabela 3 - Distribuição e associação dos idosos com e sem sintomas depressivos segundo a classificação do Apgar de família – Dourados, MS, 2013

Funcionalidade	Idosos				Total	Valor de p
	Com sintomas depressivos		Sem sintomas depressivos			
	N	%	N	%	N (%)	
Boa funcionalidade	118	41,4	167	58,6	285 (100,0)	
Disfunção moderada/elevada	69	77,5	20	22,5	089 (100,0)	<0,001*

* diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Na Tabela 4 apresentam-se os resultados da análise conjunta dos sintomas depressivos em relação a todas as variáveis com as quais apresentaram associação significativa.

Tabela 4 - Resultados do modelo de regressão logística para a presença de sintomas depressivos em relação às variáveis estudadas – Dourados, MS, 2013

Variáveis	Categorias	Coef(B)	OR[IC95%]	Valor de p
Sexo	Masculino	0,63	1	0,012
	Feminino		1,87 (1,15-3,04)	
Nº de pessoas que residem na moradia	1-3 pessoas	0,82	1	0,002
	4 e mais pessoas		2,26 (1,34-3,82)	
Apgar de família	Boa funcionalidade	1,68	1	<0,001
	Disfunção moderada/ elevada		5,36 (3,03-9,50)	
Constante		-2,194	0,111	<0,001

Estimativa: razão de verossimilhança do $\log=458,526$; R^2 de Nagelkerke=0,148. Ajuste do modelo: $X^2_{(8)} = 0,197$; $p < 0,001$. Porcentagem de classificação correta global=65,5.

Após a aplicação do modelo de regressão logística multivariada, permaneceram no modelo com associação significativa apenas as variáveis: sexo, número de pessoas que residiam na moradia e funcionalidade familiar.

Verificou-se que idosos do sexo feminino apresentaram 1,87 vezes mais chance de apresentar sintomas depressivos que os do sexo masculino (IC 95% = [1,15 – 3,04]). Entre os que compartilhavam o domicílio com quatro ou mais pessoas essas chances foram 2,26 maiores (IC 95% = [1,34 – 3,82]), em comparação com aqueles que residiam com uma a três pessoas. Nos casos de disfuncionalidade familiar, as chances dos idosos apresentarem sintomas depressivos foram 5,36 vezes maiores (IC 95% = [3,03 – 9,50]), em relação àqueles que apresentavam boa funcionalidade familiar.

DISCUSSÃO

A depressão é considerada uma doença da pós-modernidade, associada às características da vida atual. Entretanto, em geral é subdiagnosticada em idosos, nos quais sintomas da depressão são confundidos como características normais do envelhecimento.

Estudo prospectivo realizado em dois grandes ambulatórios de cuidados primários que atendiam indivíduos carentes de origem americana, hispânica e africana identificou 75,3% de pessoas deprimidas, das quais apenas 31,0% havia recebido o diagnóstico de depressão. O estudo mostrou ainda que somente o autorrelato de ideias ou pensamentos suicidas, insônia ou hipersonia foram associados estatisticamente como significativos para o diagnóstico de depressão. A sensibilidade para o diagnóstico só aumentou quando existia comprometimento funcional associado aos sintomas depressivos⁽¹⁷⁾.

Em contraste, estudo com indivíduos com 50 anos e mais da África evidenciou a associação da depressão com condições crônicas, como angina, asma, artrite, alterações no padrão do sono, incapacidade funcional e qualidade de vida ruim⁽¹⁸⁾.

Investigação realizada com 587 idosos japoneses a partir dos 65 anos constatou que os sintomas de depressão

estão fortemente associados com o aumento da incidência de declínio nas Atividades Básicas da Vida Diária (AVD), o que significa que podem interferir em atividades como preparar refeições, comer e tomar banho. Além disso, podem afetar a forma como o idoso gere seu próprio dinheiro e reduzir sua participação em atividades sociais⁽¹⁹⁾.

Estudo realizado com uma comunidade chinesa mostrou que a falta de seguro básico de saúde aumentou significativamente o risco de depressão, isso porque as despesas com a saúde são altas e, adicionadas a outros gastos das famílias, como educação e subsistência, tornam-nas mais vulneráveis ao adoecimento⁽²⁰⁾.

No Brasil, apesar de dispor de um serviço gratuito e de acesso universal, a falta de informação faz com que muitos usuários não busquem assistência. Na depressão, a falta de assistência pode interferir negativamente em outros aspectos da vida e aumentar o número de comorbidades, tornando o quadro de saúde ainda mais grave.

Profissionais das equipes de Saúde da Família têm a importante função de identificar, diagnosticar e acompanhar os casos de depressão em sua área de abrangência. Uma das prioridades da Atenção Básica é o acompanhamento das doenças mentais, por meio de assistência integral que considere tanto os aspectos individuais até o contexto familiar para responder às necessidades de saúde de pessoas com quadros depressivos, em especial os idosos.

No presente estudo, os resultados mostraram que ter em casa um idoso com sintomas depressivos requer a participação da família no processo de cuidado. Idosos com tais sintomas podem negligenciar o autocuidado, o que pode comprometer seu estado de saúde e resultar em aumento de morbidade e dependência. Isso requer que as famílias reorganizem-se para enfrentar a doença⁽¹³⁾.

Na análise da funcionalidade familiar foram identificadas famílias altamente funcionais na ótica dos idosos, que se revelaram satisfeitos com o relacionamento entre seus familiares, o que leva a crer que são famílias preparadas para responder a conflitos, gerenciar problemas e manter a autonomia de seus membros. Entretanto, 23,8% das famílias apresentaram disfunção moderada e elevada.

Em investigação realizada no município de Fortaleza com 80 idosos, 83% relatou boa funcionalidade familiar, mas foram encontrados 7,5% de disfunção moderada e 8%, grave. Entre os idosos que residiam sozinhos, o percentual de disfunção familiar aumentou para 20%⁽²¹⁾.

Resultados semelhantes foram verificados em idosos com sintomas depressivos que frequentavam um ambulatório em Cali, Colômbia, em que a porcentagem de famílias com disfunção leve foi de 29,4% e de disfunção severa, de 7,3%⁽²²⁾.

Pesquisa realizada em Portugal com 210 idosos verificou que o apoio familiar interfere diretamente na qualidade de vida do idoso, ou seja, quanto maior a funcionalidade familiar, melhor a qualidade de vida⁽¹¹⁾.

Esta investigação encontrou associação significativa entre a funcionalidade familiar e a presença de sintomas depressivos. A revisão de literatura sobre o tema revelou maior prevalência de disfuncionalidade em famílias de idosos dependentes e que o comprometimento da dinâmica familiar exerce influência negativa na qualidade de vida dos idosos⁽²³⁻²⁴⁾.

Em estudo realizado no interior do Nordeste com idosos dependentes, 73,5% relatou comprometimento da dinâmica familiar, sendo frequente a condição de funcionalidade moderada, presente em 46,1% das famílias⁽²³⁾. Estudo realizado com idosos chineses deprimidos e não deprimidos também encontrou associação entre a funcionalidade familiar e os sintomas depressivos⁽²⁵⁾.

A disfuncionalidade das famílias pode ser explicada à luz das constantes transformações da sociedade brasileira, que tem ocasionado mudanças na estrutura das famílias, tanto em relação ao convívio com diferentes gerações, em decorrência do aumento da expectativa de vida, quanto em relação aos diferentes papéis entre seus membros⁽²⁶⁾. Tais mudanças têm forte impacto nas famílias, tanto do ponto de vista emocional quanto financeiro, e influenciam a forma como cuidam dos idosos⁽⁷⁾. As famílias estão ficando menores e as mulheres já não permanecem em casa, pois se encontram inseridas no mercado de trabalho, o que reduz a possibilidade de realizarem atividades de cuidado, oferecendo aos idosos o apoio e a atenção que necessitam⁽²⁷⁾.

A família é a principal fonte de suporte e apoio à qual seus membros recorrem quando necessitam. Espera-se que a família atue como um fator de proteção para seus membros mais frágeis, como crianças e idosos, e que atue de modo a suprir suas necessidades⁽⁹⁾. No Brasil, entretanto, existe uma inversão de expectativas: as famílias mais pobres contam com a aposentadoria do idoso, que muitas vezes representa a maior parte dos recursos familiares⁽²⁸⁾.

A disfuncionalidade das famílias resulta da dificuldade em solucionar problemas da vida cotidiana, o que

gera tensões e desarmonia. A pobreza, por exemplo, contribui para a desestruturação da família: estudo realizado com idosos residentes em diferentes contextos de vulnerabilidade social mostrou que os idosos que viviam em ambientes de pobreza apresentaram maior porcentagem de disfunção familiar. A luta pela sobrevivência influencia a dinâmica da família que, ademais, é exposta a injustiças sociais e à violação de direitos. Uma possível consequência dessas condições é o distanciamento entre seus membros, cuja capacidade de amar e respeitar acaba sendo comprometida⁽²⁹⁾.

Existem famílias pouco preparadas para atender às necessidades de uma pessoa idosa e que, por problemas de relacionamento, não lhe dão afeto e proteção. Há aquelas em que as diferentes obrigações levam-nas a negligenciar o cuidado ao idoso. Outras se mostram preocupadas com o idoso e interessadas em lhe dar atenção e proteção, mas o fazem de forma extrema, invadindo sua privacidade e comprometendo sua autonomia, acreditando que o estão protegendo⁽¹²⁾. O convívio em um família disfuncional pode provocar sofrimento psicológico e levar o idoso a se isolar, vindo a desenvolver ou mesmo aumentando os sintomas depressivos⁽⁹⁾.

A associação entre os sintomas depressivos e a disfuncionalidade familiar encontrada no presente estudo leva a inferir que tais sintomas podem ter origem ou se agravar na própria família. E, qualquer que venha a ser o motivo dos sintomas depressivos, sua presença provoca alterações na dinâmica da família⁽⁵⁾.

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos investigados era do sexo feminino, com idade média de 71,8 anos, casados, católicos, com baixa escolaridade e aposentados. Apenas 25,1% referiu praticar atividade física. A proporção encontrada de sintomas depressivos foi de 41,5%. Quanto à funcionalidade familiar, 77,5% dos idosos com sintomas depressivos integravam famílias com algum grau de disfuncionalidade. Houve associação significativa entre a disfuncionalidade familiar e a presença de sintomas depressivos.

Nesta população de idosos, as mulheres tiveram 1,87 vezes mais chances de apresentar sintomas depressivos que os homens; os que residiam no mesmo domicílio com quatro pessoas ou mais, 2,26 mais chances do que os que compartilhavam a residência com menos de quatro pessoas, e os idosos que conviviam em famílias disfuncionais, 5,36 vezes mais chances de apresentar sintomas depressivos que aqueles cujas famílias foram consideradas funcionais, o que ressalta o papel da funcionalidade familiar na geração ou manutenção de sintomas depressivos em idosos.

Estes achados podem contribuir para direcionamento de ações para os profissionais da ESF, para que con-

siderem a dinâmica familiar no planejamento de suas ações, a fim de evitar ou minorar o agravamento dos sintomas depressivos em idosos. A família funcional pode representar um apoio efetivo para idosos com sintomas depressivos, pois apresenta um ambiente de conforto que assegura o bem-estar de seus membros. Já a família disfuncional dificilmente consegue prover a atenção necessária ao idoso, o que pode agravar os sintomas depressivos, resultando em um cuidado inadequado e difícil.

É necessário um conhecimento pormenorizado do ambiente e da dinâmica familiar de idosos que apresentam sintomas depressivos. Do ponto de vista do cuidado, essas famílias são as que mais carecem de assistência efetiva. Ressalta-se a importância da utilização do Apgar de Família pelos profissionais da ESF com o intuito de avaliar as relações familiares na assistência ao idoso.

REFERÊNCIAS

1. Avila R, Moscoso MAA, Ribeiz S, Arrais J, Pinto Junior JA, Jalul O, Bottino CMC. Influence of education, depressive symptoms and cognitive function in the elderly. *Int Psychogeriatr*. 2009;21(3):560-7.
2. Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde. *Rev RENE*. 2010;11(1):19-27.
3. Souza AS, Sena ELS, Meira EC, Silva DM, Alves MR. Perfil socio-demográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. *Rev Enferm UERJ*. 2013;21(3):355-60.
4. Henriques SG, Fráguas R, Losifescu DV, Menezes PR, Lucia MCS, Gattaz WF, et al. Recognition of depressive symptoms by physicians. *Clinics*. 2009;64(7):629-35.
5. González LA, Romero YM, López MR, Ramírez M, Stefanelli MC. The experience of family caregivers of older people with depression. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 07];44(1):32-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a05v44n1.pdf
6. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
7. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Petrilli Filho JF, Santos AA. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(3):374-9.
8. Souza RF. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(3):263-7.
9. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):250-7.
10. Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(1):115-22.
11. Andrade AINPA, Martins RML. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*. 2011;40:(1)185-99.
12. Pinto C. A família e a terceira idade: orientações psicogerontológicas. São Paulo: Paulinas; 1997.
13. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol Reflex Crit*. 2007;20(2):229-37.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: resultados da amostra [Internet]. Rio de Janeiro; 2011 [citado 2014 fev. 09]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_amostra.shtm Disponível em:
15. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):497-503.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. p. 148-67. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações a serem superadas em investigações posteriores. Uma delas diz respeito ao corte transversal e à amostra relativamente pequena, com potencial viés de seleção a favor de idosos ativos, que podem não ser representativos da população idosa brasileira. Outra se refere ao pareamento de idosos com e sem sintomas depressivos, em que as dificuldades na identificação dos idosos com tais sintomas foram um obstáculo ao pareamento detalhado de algumas variáveis, tais como sexo e estado civil.

Serão necessárias pesquisas futuras sobre as variáveis que não se mostraram significativas e outras que não foram objeto desta investigação. Sugere-se ainda que os novos estudos sobre o tema incluam idosos de variadas situações socioeconômicas, levando em conta a heterogeneidade das condições sociais no Brasil.

17. Ani C, Bazargan M, Hindman D, Bell D, Farooq MA, Akhanjee L, et al. Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2008 [cited 2014 Feb 06];9:1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254627/>
18. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Depression and associated factors in older adults in South Africa. *Glob Health Action* [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 06];6:1-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3549465/>
19. Kazama M, Kondo N, Suzuki K, Minai J, Imai H, Yamagata Z. Early impact of depression symptoms on the decline in activities of daily living among older Japanese: Y-HALE cohort study. *Environ Health Prev Med*. 2011;16(3):196-201.
20. Tian D, Qu Z, Wang X, Guo J, Xu F, Zhang X, et al. The role of basic health insurance on depression: an epidemiological cohort study of a randomized community sample in Northwest China. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 06];12:151. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3532421/>
21. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enferm*. 2011;16(1):22-8.
22. Ocampo JM, Romero N, Saa H, Herrera J, Reyes Ortiz CA. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. *Colomb Med*. 2006;37(2):26-30.
23. Torres GV, Reis Luciana A, Reis Luana A, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(1):39-44.
24. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Alves GS, Sampaio LS, et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílio. *Aval Psicol*. 2009;8(3):415-23.
25. Wang J, Zhao X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(3):574-9.
26. Alcântara AO. Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. Campinas: Alínea; 2009.
27. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet (Série Saúde no Brasil 4)* [Internet]. 2011 [citado 2014 fev. 06];11(1):1949-61. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>
28. Barros Júnior JC, organizador. Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na terceira idade. São Paulo: Edicon; 2009.
29. Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2014 fev. 07];13(2):361-67. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a24.htm.