

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

Thays Oliveira de Siqueira

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PESSOAS IDOSAS DA COMUNIDADE**

SÃO CARLOS

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

Thays Oliveira de Siqueira

FUNCIONALIDADE FAMILIAR E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
PESSOAS IDOSAS DA COMUNIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Gerontologia da Universidade Federal de
São Carlos, como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em
Gerontologia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Keika Inouye

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Ariene Angelini dos Santos Orlandi

SÃO CARLOS

2024

ESTE TRABALHO DE PESQUISA SERVIU DE BASE PARA PUBLICAÇÃO DO SEGUINTE ARTIGO:

SIQUEIRA, Thays Oliveira et al. Funcionalidade familiar e sintomas depressivos em pessoas idosas da comunidade. **Observatório de La Economía Latinoamericana**, v. 22, n. 5, p. e4885-e4885, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n5-177>.

AGRADECIMENTOS e FINANCIAMENTO DO GRUPO DE PESQUISA

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Projeto Universal CNPq processo nº 429310/2018-8 e Pro-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos.

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP.

Funcionalidade familiar e sintomas depressivos em pessoas idosas da comunidade

RESUMO

Introdução: Estudos apontam que a falta de suporte familiar, especialmente na velhice, predispõe o indivíduo a morbidades, doenças mentais, declínio cognitivo, institucionalização e até morte. No entanto, uma família funcional é fator protetivo, contribuindo para a saúde e bem-estar dos indivíduos. **Objetivo:** Verificar se existe associação entre a funcionalidade familiar e o número de sintomas depressivos em pessoas idosas em contexto de alta vulnerabilidade social. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal. A amostra foi constituída por pessoas idosas casadas cadastradas em Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos, São Paulo, residentes em áreas de alta vulnerabilidade social. Foram constituídos dois grupos pareados assim denominados: (a) Grupo com boa funcionalidade familiar (n=34); (b) Grupo com disfunção familiar moderada ou elevada (n=34). Os instrumentos usados para coleta de dados foram questionário de caracterização elaborado para a pesquisa, Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e APGAR de Família. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e comparativas. **Resultados:** A amostra tinha idade média de 69,57 anos (DP=6,33) e 3,03 anos de escolaridade (DP=2,95). As rendas individual e familiar eram de R\$ 1.300,45 e R\$ 2.385,59 (DP=944,23 e DP=1194,73). As pessoas idosas residiam com, em média, 2,79 pessoas (DP=1,14) e tinham 4,19 filhos (DP=2,41). O escore total médio de sintomas depressivos foi de 3,44 pontos (Md=3,00; DP=2,66). O grupo com família disfuncional apresentou maior quantidade de sintomas depressivos – 4,76 sintomas (Md=3,50; DP=3,02) quando comparado ao grupo com família com boa funcionalidade familiar – 2,12 sintomas (Md=2,00; DP=1,30). Esta diferença entre grupos foi significativa (U=276,00; p=0,000). **Conclusão:** Existe associação entre a funcionalidade familiar e o número de sintomas depressivos em pessoas idosas. Sendo que indivíduos que vivem em famílias com moderada ou elevada disfunção familiar apresentam maior número de sintomas depressivos.

Palavras-chave: Apoio familiar; Depressão; Idoso.

Family Functioning and Depressive Symptoms in Community-Dwelling Elderly

ABSTRACT

Introduction: Studies indicate that a lack of family support, especially in old age, predisposes individuals to morbidity, mental illness, cognitive decline, institutionalization, and even death. However, a functional family is a protective factor, contributing to the health and well-being of individuals. **Objective:** To determine whether there is an association between family functioning and the number of depressive symptoms in elderly individuals living in highly socially vulnerable settings. **Methodology:** This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study. The sample consisted of married elderly individuals registered with Family Health Units in the municipality of São Carlos, São Paulo, living in highly socially vulnerable areas. Two matched groups were formed: (a) Group with good family functioning (n=34); (b) Group with moderate or severe family dysfunction (n=34). The instruments used for data collection were a characterization questionnaire developed for the research, the Geriatric Depression Scale (GDS-15), and the Family APGAR. Descriptive and comparative statistical analyses were performed. **Results:** The sample had a mean age of 69.57 years (SD=6.33) and 3.03 years of schooling (SD=2.95). Individual and family incomes were R\$1,300.45 and R\$2,385.59 (SD=944.23 and SD=1194.73). The elderly lived with, on average, 2.79 people (SD=1.14) and had 4.19 children (SD=2.41). The mean total score of depressive symptoms was 3.44 points (Md=3.00; SD=2.66). The group with a dysfunctional family presented a higher number of depressive symptoms – 4.76 symptoms (Md=3.50; SD=3.02) when compared to the group with a family with good family functioning – 2.12 symptoms (Md=2.00; SD=1.30). This difference between groups was significant (U=276.00; p=0.000). **Conclusion:** There is an association between family functioning and the number of depressive symptoms in older adults. Individuals living in families with moderate or severe family dysfunction present a higher number of depressive symptoms.

Keywords: Family support; Depression; Elderly.

1. INTRODUÇÃO

Com o processo de envelhecimento, os papéis ocupacionais tendem a diminuir e a família torna-se a fonte primária de apoio e cuidados (Marzola *et al*, 2020). A família é importante para prover suporte emocional, social, material e afetivo, que são oferecidos em formas de cuidados contínuos e prolongados (Ferreira, Isaac e Ximenes, 2018; Meira *et al*, 2017).

Contudo, as relações familiares também enfrentam contradições e conflitos, tendo os casos de violência domiciliar como um sério problema de saúde pública, que são evidenciados em abusos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros, assim como em negligências, sendo que pessoas idosas de variadas classes socioeconômicas, etnias e religiões são mais vulneráveis aos maus-tratos (Santos *et al*, 2007).

As relações familiares têm implicações importantes na saúde mental das pessoas, uma vez que são protagonistas na proteção e redução dos fatores de risco às condições psicológicas de seus membros (Brasil, 2020). Os transtornos de humor são frequentes entre a população idosa, com notoriedade para a depressão e os sintomas depressivos clinicamente significativos. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, as pessoas idosas lideram o ranking dos quadros depressivos no Brasil (IBGE, 2020; Lima *et al*, 2016).

Mundialmente, estima-se que a depressão acomete mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades (OPAS, 2022). Estudos realizados em regiões urbanas em diversos países observaram que a prevalência de sintomas depressivos em pessoas idosas varia entre 8,0% e 14,0% (Oliveira e Ramos, 2021). Aqueles que vivem em contextos de alta vulnerabilidade social têm uma prevalência superior a 31,8% (Oliveira e Ramos, 2021). No Brasil, a doença afeta em torno de 13% da população entre os 60 e 64 anos (IBGE, 2020).

Desta forma, é imprescindível o desenvolvimento de estudos geriátricos e gerontológicos sobre a associação entre funcionalidade familiar e sintomas depressivos em pessoas idosas, a fim de gerar dados que possam subsidiar no planejamento de ações assistenciais e integrais aos mesmos e suas famílias, bem como para equipar os profissionais da área da saúde para atender corretamente as demandas.

2. OBJETIVO

Verificar se existe associação entre a funcionalidade familiar e o número de sintomas depressivos em pessoas idosas em contexto de alta vulnerabilidade social.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, baseado no método quantitativo de investigação que foi realizado em São Carlos, município do interior do Estado de São Paulo. Este tem 23 Unidades de Saúde da Família (USF) com uma cobertura de aproximadamente 39.768 habitantes, ou seja, 17,9% da população (São Carlos, 2022). Os dados foram coletados em cinco USF, a saber: USF São Carlos VIII, USF Presidente Collor, USF José Fernando Petrilli, USF Cidade Aracy Equipe I e II.

Os critérios de inclusão para a amostra foram: ter 60 anos ou mais, ter um companheiro ou estar casado e ser cadastrado nas áreas de abrangência das USF. O recorte do estado civil da amostra se justifica pelas variáveis funcionalidade familiar e sintomas depressivos podem sofrer interferência da viuvez e separação conjugal na velhice. Os critérios de exclusão foram apresentar problemas auditivos ou de linguagem que impedissem a aplicação dos instrumentos.

A partir do número total aproximado de pessoas idosas atendidas nas cinco Unidades de Saúde da Família – 1202, foi calculado que 65 participantes constituíram uma amostra com nível de confiança de 90% e margem de erro de 10%. Cálculo realizado por meio da plataforma Survey Monkey®, disponível em <<https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/#>>. Desta forma, a amostra terá 68 pessoas idosas.

Para as análises comparativas da quantidade de sintomas depressivos, os participantes foram divididos em dois grupos segundo a funcionalidade familiar. Isso resultou em dois grupos assim nomeados: (a) Grupo de pessoas idosas com boa funcionalidade familiar (n=34); (b) Grupo de pessoas idosas com disfunção familiar moderada ou elevada (n=34).

Com auxílio das cinco USF as pessoas idosas que poderiam ser participantes desta pesquisa foram contatadas para confirmação dos critérios de inclusão e convidados a participar de forma livre e esclarecida. Aquelas que aceitaram, responderam os instrumentos relativos à caracterização sociodemográfica, funcionalidade familiar e sintomas depressivos. Estes instrumentos são descritos a seguir: (a) Caracterização sociodemográfica do participante: Este questionário incluiu as variáveis sociodemográficas idade (anos), escolaridade (anos), renda individual e familiar (reais), número de pessoas que residem com o participante, número de filhos, sexo (feminino/masculino), religião (católica/evangélica/congregação cristã/espírita/outra/não tem religião), prática da religião (sim/não), aposentadoria (sim/não) e percepção de renda suficiente (sim/não); (b) APGAR de Família: O instrumento foi originalmente desenvolvido por Smilkstein em 1978 para avaliar a funcionalidade familiar. A sua denominação representa um acrônimo em inglês dos domínios: adaptation (adaptação), partnership (companheirismo), growth (desenvolvimento), affection (afetividade) e resolve (capacidade resolutive) (Smilkstein, 1978). No Brasil, teve sua tradução e adaptação transcultural executada por Duarte, em 2001. Trata-se de um instrumento que investiga indícios de disfunção familiar e avalia a percepção das pessoas sobre a funcionalidade de sua família. A pontuação total varia de 1 a 20, e classificando-se: de 1 a 8, elevada disfunção familiar; de 9 a 12, moderada disfunção familiar; e de 13 a 20, boa funcionalidade familiar (Duarte, 2001); (c) Escala de Depressão em Geriatria (GDS-15): Este instrumento foi elaborada por Yesavage et al em 1983, com a versão de 30 itens. Três anos depois, Sheik e Yesavage criaram a versão reduzida da escala, com 15 itens e, adaptada e validada no Brasil por Almeida e Almeida. Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (0=sim ou 1=não) a respeito de como a pessoa tem se sentido na última semana. Os escores denotam quadro psicológico normal (de 0 a 10); sintomas depressivos leves (de 6 a 10); ou sintomas depressivos severos (de 11 a 15) (Almeida e Almeida, 1999).

Os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* para realização de: (a) Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a aderência ou não à distribuição normal das variáveis; (b) Análises descritivas – frequência absoluta e relativa, média (M), mediana (Md), desvio padrão (DP), valores mínimos ($x_{mín}$) e máximos ($x_{máx}$); (c) Análises comparativas – Teste de Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher para comparar as proporções

das variáveis categóricas e Teste de Mann-Whitney para comparar as variáveis contínuas. Foi adotado o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

Todas as etapas deste trabalho seguiram as diretrizes éticas da Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos (Brasil, 2012). Os dados foram coletados após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4. RESULTADOS

5.1 Caracterização do perfil sociodemográfico e comparação segundo a funcionalidade familiar

As 68 pessoas idosas entrevistadas compuseram dois grupos: (a) Grupo de pessoas idosas com boa funcionalidade familiar ($n=34$) e (b) Grupo de pessoas idosas com disfunção familiar moderada ou elevada ($n=34$). A amostra tinha idade média de 69,57 anos ($Md=69,00$; $DP=6,33$; $x_{\min}=60,00$; $x_{\max}=88,00$) e 3,03 anos de escolaridade ($Md=4,00$; $DP=2,95$; $x_{\min}=0,00$; $x_{\max}=15,00$). As pessoas idosas residiam com, em média, 2,79 pessoas ($Md=2,00$; $DP=1,14$; $x_{\min}=2,00$; $x_{\max}=6,00$) e tinham 4,19 filhos ($Md=4,00$; $DP=2,41$; $x_{\min}=0,00$; $x_{\max}=10,00$). As rendas individual e familiar eram de R\$ 1.300,45 e R\$ 2.385,59 (renda individual: $Md=1000,00$; $DP=944,23$; $x_{\min}=0,00$; $x_{\max}=6000,00$; renda familiar: $Md=2000,00$; $DP=1194,73$; $x_{\min}=800,00$; $x_{\max}=6998,00$). O salário mínimo vigente na época da coleta de dados, 2019 e 2020, era de 998,00 e 1.039,00, respectivamente. Sendo assim, considerando o maior valor (R\$1.039,00), estas eram em média de 1,25 e 2,30 salários mínimos (individual e familiar, respectivamente).

As análises comparativas apontaram que não houve diferença para as variáveis sociodemográficas contínuas. Os dados descritivos e comparativos completos de variáveis sociodemográficas contínuas segundo a presença ou não de disfunção familiar constam detalhadamente na Tabela 1.

Tabela 1 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas contínuas segundo a funcionalidade de pessoas idosas da comunidade (n=68). São Carlos, 2020.

GRUPO	Grupo com disfunção familiar	Grupo com boa funcionalidade familiar	Todos os Grupos	Análises Comparativas	
VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS				Mann-Whitney	
				U	p
Idade (anos)	n=34	n=34	n=68	547,500	0,708
Média	70,12	69,03	69,57		
Mediana	70,00	69,00	69,00		
DP	7,47	4,99	6,33		
Mínimo	60,00	60,00	60,00		
Máximo	88,00	82,00	88,00		
Escolaridade (anos)	n=34	n=34	n=68	599,000	0,792
Média	3,26	3,34	3,30		
Mediana	3,50	4,00	4,00		
DP	3,14	2,79	2,95		
Mínimo	0,00	0,00	0,00		
Máximo	15,00	11,00	15,00		
Renda Individual (reais)	n=30	n=34	n=64	562,500	0,473
Média	1203,17	1386,29	1300,45		
Mediana	999,00	1000,00	1000,00		
DP	885,16	998,67	944,23		
Mínimo	0,00	0,00	0,00		
Máximo	3500,00	6000,00	6000,00		
Renda Familiar (reais)	n=34	n=32	n=66	551,500	0,923
Média	2390,44	2380,44	2385,59		
Mediana	2000,00	2000,00	2000,00		
DP	1258,25	1143,45	1194,73		
Mínimo	800,00	998,00	800,00		
Máximo	6878,00	6998,00	6998,00		
Número de pessoas que residem com o participante	n=34	n=34	n=68	607,500	0,686
Média	2,71	2,88	2,79		
Mediana	2,00	2,00	2,00		
DP	1,03	1,25	1,14		
Mínimo	2,00	2,00	2,00		
Máximo	6,00	6,00	6,00		
Número de filhos	n=34	n=34	n=68	585,500	0,926
Média	4,09	4,29	4,19		
Mediana	4,50	4,00	4,00		
DP	2,29	2,55	2,41		
Mínimo	0,00	0,00	0,00		
Máximo	9,00	10,00	10,00		

No que tange às variáveis sociodemográficas categóricas, as pessoas idosas eram predominantemente do sexo masculino (54,8%, n=37), católicas (48,5%, n=33), praticantes de uma religião (75,0%, n=51), aposentadas (80,0%, n=100) e com percepção

de renda insuficiente (45,6%, n=49). As análises comparativas das variáveis categóricas evidenciaram não haver diferenças significativas entre os grupos. Os dados descritivos e comparativos completos destas variáveis segundo a presença ou não de disfunção familiar em pessoas idosas são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas categóricas segundo a funcionalidade de pessoas idosas da comunidade (n=68). São Carlos, 2020.

GRUPO	Grupo com disfunção familiar	Grupo com boa funcionali- dade familiar	Todos os Grupos	Análises Comparativas		
				Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher ^F		
VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	n (%)	n (%)	n (%)	X ²	gl	p
Sexo				0,534	1	0,465
Masculino	20 (58,8)	17(50,0)	37 (54,8)			
Feminino	14 (41,2)	17 (50,0)	31 (45,6)			
Total	34 (100,0)	34 (100,0)	68 (100,0)			
Religião				3,292	4	0,510
Católica	14 (41,2)	19 (55,9)	33 (48,5)	3,208 ^F		0,522
Evangélica	13 (38,2)	10 (29,5)	23 (33,8)			
Congregação Cristã	4 (11,8)	3 (8,8)	7 (10,3)			
Espírita	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (1,5)			
Não tem religião	3 (8,8)	1 (2,9)	4 (5,9)			
Total	34 (100,0)	34 (100,0)	68 (100,0)			
Praticante da religião				0,706	1	0,401
Não	10 (29,4)	7 (20,6)	17 (25,0)			
Sim	24 (70,6)	27 (79,4)	51 (75,0)			
Total	34 (100,0)	34 (100,0)	68 (100,0)			
Aposentada				2,378	1	0,123
Não	9 (26,5)	4 (11,8)	13 (19,1)			
Sim	25 (73,5)	30 (88,2)	55 (80,9)			
Total	34 (100,0)	34 (100,0)	68 (100,0)			
Renda suficiente				0,059	1	0,808
Não	19 (55,9)	7 (52,9)	18 (54,4)			
Sim	15 (44,1)	27 (47,1)	49 (45,6)			
Total	34 (100,0)	34 (100,0)	68 (100,0)			

Ao observar as análises comparativas, é importante destacar que todos os participantes atendiam aos critérios de inclusão e se diferenciavam apenas pela variável independente “funcionalidade familiar”. O recorte do estado civil da amostra (todos casados ou com companheiro) se justifica pelas variáveis funcionalidade familiar e sintomas depressivos poderem sofrer interferência da viuvez e separação conjugal na

velhice. Foi tomado o cuidado de parear os grupos quanto as variáveis idade, escolaridade, renda (individual e familiar), números de pessoas que co-residentes, número de filhos, sexo, religião, prática da religião, aposentadoria e percepção de suficiência da renda. Desta forma, as comparações entre grupos tornam-se menos susceptíveis à vieses.

5.2 Caracterização e análise comparativa dos sintomas depressivos segundo a funcionalidade familiar

O escore total médio de sintomas depressivos obtido por meio da GDS-15 foi de 3,44 pontos (Md=3,00; DP=2,66, $x_{mín}=0,00$, $x_{máx}=11,00$). O grupo com família disfuncional apresentou maior quantidade de sintomas depressivos – 4,76 sintomas (Md=3,50; DP=3,02, $x_{mín}=0,00$, $x_{máx}=11,00$) quando comparado ao grupo com família com boa funcionalidade familiar – 2,12 sintomas (Md=2,00; DP=1,30, $x_{mín}=0,00$, $x_{máx}=4,00$). Esta diferença entre grupos foi significativa (U=276,00; p=0,000) (Figura 1).

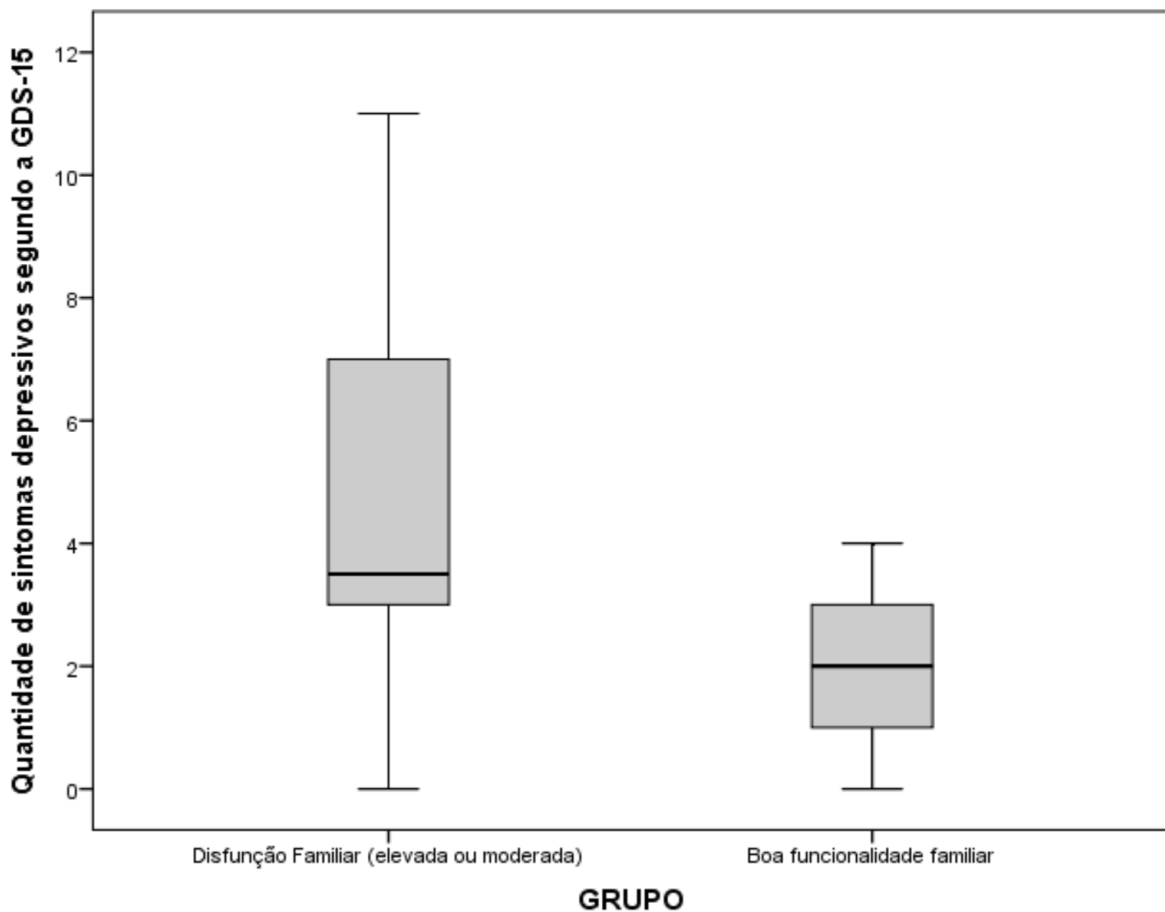


Figura 1 – Comparativo da quantidade de sintomas depressivos segundo a segundo a funcionalidade de pessoas idosas da comunidade (n=68). São Carlos, 2020.

Os dados detalhados da distribuição dos idosos segundo a classificação categorizada da GDS-15 e a funcionalidade familiar são explicitados na Tabela 3. Vale observar que há maior proporção de pessoas idosas depressivas no grupo com disfunção familiar ($X^2=16,849$, $p=0,000$) (Tabela 3, Figura 2).

Tabela 3 – Análises descritivas e comparativas de sintomas depressivos segundo a segundo a funcionalidade de pessoas idosas da comunidade (n=68). São Carlos, 2020.

GRUPO	Grupo com disfunção familiar	Grupo com boa funcionalidade familiar	Todos os Grupos	ANÁLISE COMPARATIVA Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher ^F		
				X ²	gl	p
GDS-15 CATEGORIZAÇÃO				16,073	2	0,010
Normal	21 (61,8,0)	34 (100,0)	55 (80,9)	17,681 ^F		0,010 ^F
Depressão leve	12 (35,3)	-	12 (17,6)			
Depressão severa	1 (2,9)	-	1 (1,5)			
Total	34 (100,0)	34 (100,0)	68 (100,0)			
				ANÁLISE COMPARATIVA Mann-Whitney		
	n=34	n=34	n=68	U	p	
TOTAL DE DEPRESSÃO	Média	4,76	2,12	3,44	276,000	0,000
	Mediana	3,50	2,00	3,00		
	DP	3,016	1,297	2,66		
	Mínimo	0	0	0		
	Máximo	11	4	11		

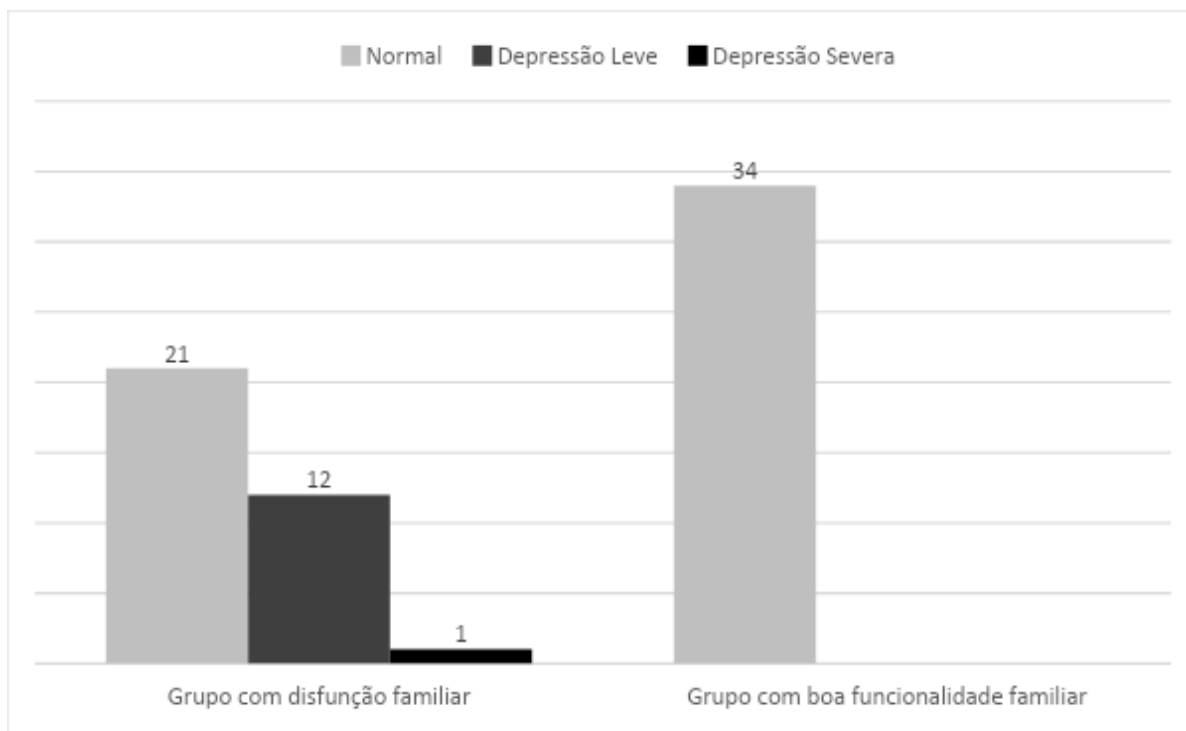


Figura 2 - Distribuição das pessoas idosas segundo a funcionalidade e critérios de classificação da GDS-15 (n=68). São Carlos, 2020.

5. DISCUSSÃO

As pessoas idosas participantes deste estudo apresentavam idade média de 69,57 anos e eram predominantemente do sexo masculino (54,8%). A classificação da faixa etária está de acordo com a realidade nacional (IBGE, 2008) e corrobora com outras pesquisas (Paula *et al*, 2013; Souza *et al*, 2014; Didoné *et al*, 2020). A distribuição entre os sexos não reflete tal realidade, tendo em vista que as mulheres acima de 60 anos apresentam maior prevalência (IBGE, 2008).

No entanto, este resultado era esperado e pode ser explicado pelo recorte amostral que teve como um dos critérios de inclusão ser casado(a) ou ter um(a) companheiro(a). Visto que fatores biológicos, sociais e culturais, tais como a proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, menor exposição aos riscos do trabalho, maior atenção a doenças e incapacidades, maior utilização dos serviços de saúde, menor consumo de álcool e tabaco, e maior cobertura de assistência gineco-obstétrica, levam a maior expectativa de vida feminina (Davim *et al*, 2004). Assim, era previsto que entre os

casados haveria maior proporção de homens e entre os viúvos maior proporção de mulheres.

Em relação ao nível de escolaridade, a amostra tinha média baixa – de 3,03 anos, o que vem ao encontro de uma pesquisa realizada no Nordeste do Brasil, na qual se constataram taxas elevadas de analfabetismo entre pessoas idosas; aproximadamente 65 em cada 100 não sabiam ler e escrever (Vilela *et al*, 2006). Um estudo com 120 pessoas idosas de um ambulatório de geriatria identificou que 43% tinham entre 1 e 4 anos de escolaridade formal (Paula *et al*, 2013). Em uma amostra de 302 pessoas idosas cadastrados em Unidades de Saúde da Família observou-se a mesma prevalência, da qual 50,6% tinham a média de anos de estudo de um a quatro anos (Didoné *et al*, 2020).

Este dado é importante uma vez que pessoas idosas com baixa escolaridade têm cinco vezes mais chances de ter dependência moderada/grave (Lima-Costa, Barreto e Giatti, 2003), o que acarreta em complicações na saúde ao longo do tempo, tais como problemas de mobilidade, fragilidade, quedas, institucionalização e até a morte, gerando cuidados de longo prazo e alto custo, além da necessidade de cuidados familiares (Brach *et al*, 2002).

Além disso, foi encontrada baixa renda entre os participantes, a média era de um a dois salários mínimos para a renda individual e familiar, respectivamente. Esse dado era esperado, visto que os idosos avaliados residiam em contexto de alta vulnerabilidade social. Em 2020, 69% dos idosos no Brasil viviam com renda pessoal mensal de até 2 salários mínimos (Brasil, 2021). Este dado é preocupante, uma vez que, na velhice, há maior prevalência de doenças crônicas degenerativas e, assim, maior gasto com o tratamento de problemas de saúde, especialmente em medicamentos e cuidados especiais (Gulich, Duro e Cesar, 2016).

Ademais, rendas inferiores podem limitar o acesso à educação e saúde, comprometendo de maneira significativa a qualidade de vida dos indivíduos (Maciel e Guerra, 2007). Um estudo sobre depressão no Sul do Brasil identificou que pessoas idosas com renda inferior a três salários mínimos mensais apresentaram uma razão de prevalência cerca de 70% maior para ocorrência de depressão em relação àqueles de maior renda (Gulich, Duro e Cesar, 2016).

Os resultados de um estudo realizado em Passo Fundo-RS, Brasil, com 313 mulheres idosas oriundas das classes sociais A e B (57,6%) e que participavam de um

centro de referência, apontaram que apenas 7,1% apresentaram sintomas depressivos (Piani *et al*, 2016). Esse dado reflete a importância de ser ativas socialmente, dispor de recursos e ter acesso a informação, o que as difere dos participantes do presente estudo. Em contextos de pobreza, geralmente há uma escassez desses recursos (Souza *et al*, 2015).

Observa-se que a maior parte da amostra do presente estudo era aposentada (80,9%). Conforme os dados da PNAD Contínua, em 1998, cerca de 42,1% e 40,9% da renda familiar, nas regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente, eram provenientes das aposentadorias (Lima-Costa, Barreto e Giatti, 2003). Hoje, essa realidade não é muito diferente, pois os aposentados têm desempenhado um papel importante como provedores da renda das famílias brasileiras, ou seja, têm se tornado responsáveis pelas despesas com habitação, como aluguel, condomínio, entre outros (Brasil, 2021).

A média de pessoas que residiam com o participante foi de 2,79 pessoas. Isso decorre das singularidades que o processo de envelhecimento traz com destaque a necessidade da co-residência com familiares em virtude de mudanças nos padrões de saúde da pessoa idosa (Maciel e Guerra, 2007). Em várias cidades do Brasil, há uma alta prevalência de domicílios multigeracionais, que abrigam quatro ou cinco gerações (Vicente e Sousa, 2012). Na cidade de São Paulo, Brasil, o tipo de domicílio multigeracional acomodava mais de 50% das pessoas idosas (Ramos e Goihman, 1989). Para Vilela *et al*. (2006), essa prevalência é atribuída a uma estratégia de sobrevivência ao invés de opção cultural.

Nem sempre as relações ocorrem por meio da solidariedade, inclusão, aliança e apoio mútuo (Rabelo e Neri, 2014). A intergeracionalidade observada no ambiente familiar pode determinar alterações positivas ou negativas na dinâmica relacional da família. A doença e suas complicações entre os mais velhos, em especial as que podem levar a dependência funcional e cognitiva, consegue desestruturar emocional e financeiramente as famílias, afetando o equilíbrio familiar e a sua capacidade de suporte e apoio (Rabelo e Neri, 2014).

Os resultados evidenciaram diferenças significativas na quantidade de sintomas depressivos entre os grupos com boa funcionalidade familiar e com disfunção familiar, sendo que pessoas idosas que viviam famílias disfuncionais tinham maior número de sintomas depressivos. Em condições de disfuncionalidade, as famílias não conseguem

prover adequadamente os cuidados necessários para seus parentes idosos, o que pode causar um impacto negativo na independência, autonomia e qualidade de vida desses indivíduos (Silveira, Caldas e Carneiro 2006). Existem famílias pouco preparadas para atender às necessidades de uma pessoa idosa, seja pela complexidade das obrigações ou problemas no relacionamento, não provendo afeto e proteção, negligenciando o cuidado ou o fazendo de forma extrema, invadindo sua privacidade (Souza *et al*, 2014).

A convivência em uma família disfuncional pode provocar danos psicológicos e isolamento social, levando a pessoa idosa a desenvolver ou exacerbar os sintomas depressivos. Souza *et al* (2014) apontaram que ter uma pessoa idosa com sintomas depressivos em casa interfere em todo o cotidiano familiar. Nas conclusões, estes autores afirmaram que uma família funcional é fonte de apoio capaz de proporcionar conforto, proteção e bem-estar. Por outro lado, uma família disfuncional tem maior dificuldade de prover atenção adequada, o que pode comprometer a saúde mental.

Em um estudo realizado no interior do Nordeste do Brasil, sobre qualidade de vida e fatores associados, foram analisadas 117 pessoas idosas dependentes cadastradas nas Unidades de Saúde da Família. Destas, 73,50% relataram comprometimento quanto à sua funcionalidade familiar. Além disso, os autores discutiram a dificuldade e a falta de preparo das famílias em prover os cuidados para as pessoas idosas que se tornam dependentes e as consequências na dinâmica familiar e na qualidade de vida do próprio receptor de cuidados (Torres *et al*, 2009).

Chiêm, Macq e Speybroeck (2012) apontam a relação entre o apoio social e as condições de saúde, estados emocionais, percepção de solidão e sintomas depressivos. Didoné *et al* (2020) descrevem evidências de que a qualidade de vida e o suporte social são fatores protetores para os sintomas depressivos em pessoas idosas inseridas em contextos de alta vulnerabilidade social.

A sintomatologia depressiva é um elemento importante na avaliação global da pessoa idosa e representa um problema de saúde pública. Frequentemente, ela aparece em associação com outras doenças crônicas, comprometendo a qualidade de vida e aumento da mortalidade. Além do mais, evidências recentes apontam para uma prevalência de 1% a 3% de depressão maior em pessoas idosas da comunidade, chegando a 15% quando relaciona-se a presença de sintomas depressivos, o que requer uma atenção especial para essa população (Duarte e Rego, 2007).

A maior quantidade de sintomas depressivos entre pessoas idosas em famílias disfuncionais encontrada neste estudo está em consonância com a literatura e corrobora outras pesquisas. A associação entre sintomas depressivos e funcionalidade familiar foi detectada em um realizado com 637 idosos comunitários de um município do Triângulo Mineiro (MG), o qual também mostrou que a funcionalidade familiar se associou a melhor percepção de saúde, maior idade, ausência de quedas e depressão (Marzola *et al*, 2020).

Investigação realizada com 33 equipes da Estratégia Saúde da Família de Dourados, no Mato Grosso do Sul, com 374 indivíduos de 60 anos ou mais constatou que a presença de disfuncionalidade familiar foi significativamente maior nos idosos com depressão. Além disso, tais sintomas depressivos podem ter origem ou se agravar na própria família e, qualquer que venha a ser o motivo dos mesmos, sua presença provoca alterações na dinâmica da família (Souza *et al*, 2014).

No México, uma investigação com 139 pessoas idosas que frequentavam uma instituição de saúde local verificou a relação entre a depressão e a funcionalidade familiar ($p=0,01$). Os participantes relatam sentir falta de apoio dos familiares para lidar com a depressão, o que pode provocar comorbidades ou acentuar as existentes. Também, é concluído que um ambiente familiar ideal prolonga a vida e a sua qualidade, assim como é o principal suporte vital do ser humano na velhice (Rodríguez-Tovar *et al*, 2018). Antiga investigação realizada no mesmo país sustenta a base deste estudo (Mendoza-Solis, Soler-Huerta e Saínez-Vázquez 2006). Em contrapartida, outro estudo, também feito no México, não encontrou associação entre essas duas variáveis (Saavedra-González, 2016).

O Estudo SABE realizado com pessoas idosas da cidade de São Paulo, Brasil, também indicou que indivíduos que percebem dificuldades familiares podem apresentar mais frequentemente sintomas depressivos (Mendes-Chiloff *et al*, 2018). Internacionalmente, um estudo realizado com dois grupos de 102 chineses idosos deprimidos e 107 não deprimidos também encontrou associação entre a funcionalidade familiar e os sintomas depressivos. Além disso, os resultados indicaram que as intervenções familiares e a melhoria do apoio social são essenciais na redução da depressão entre os pacientes idosos (Wang e Zhao, 2012).

Uma revisão sistemática que teve como objetivo examinar a associação entre apoio social e depressão entre pessoas idosas da Ásia, constatou que ter um bom suporte

social geral, ter cônjuge ou companheiro, viver com a família, ter uma grande rede social, ter mais contato com familiares e amigos, ter apoio emocional e instrumental, bom apoio da família e satisfação com o apoio social estão associados com menos sintomas depressivos. Em comparação com as populações ocidentais, o apoio familiar tem uma influência maior na depressão entre as pessoas idosas residentes na comunidade asiática (Mohd *et al*, 2019).

Várias investigações concluem que o apoio familiar interfere diretamente na qualidade de vida do idoso. Para Souza et al (2014, p. 475), “a família funcional pode representar apoio efetivo para os 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”.

Os resultados desta pesquisa estão em consonância com a literatura apresentada que descreve que as interações familiares, a coesão e a organização dentro da família, sobretudo um adequado apoio familiar, interferem na saúde geral e mental da pessoa idosa.

6. CONCLUSÃO

Diante dos resultados desta pesquisa, trazemos as seguintes conclusões:

- As pessoas idosas participantes desta pesquisa tinham idade média inferior a 70 anos, baixa escolaridade, renda familiar abaixo a 2,5 salários mínimos e percepção de renda insuficiente para suprir as necessidades. No contexto familiar, eram todas casadas – o que explica a maioria masculina, residiam com outras pessoas e tinham filhos. Além disso, eram praticantes de atividades religiosas e se declaravam católicos ou evangélicos.
- A prevalência de depressão foi alta e de 19,1%, sendo 17,6% depressão leve e 1,5% depressão severa.
- Das pessoas idosas que viviam em famílias disfuncionais, 32,4% encontravam-se em famílias com elevada disfunção familiar e 67,6% com moderada disfunção.

- O grupo com família disfuncional apresentou maior quantidade de sintomas depressivos quando comparado ao grupo com família com boa funcionalidade familiar.

A hipótese de pesquisa foi confirmada e concluímos existir associação entre a funcionalidade familiar e o número de sintomas depressivos em pessoas idosas. Sendo que indivíduos que vivem em famílias com moderada ou elevada disfunção familiar apresentam maior número de sintomas depressivos. Sendo assim, contemplar o contexto familiar no cuidado à pessoa idosa é de fundamental importância.

7. AGRADECIMENTOS e FINANCIAMENTO DO GRUPO DE PESQUISA

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Projeto Universal CNPq processo nº 429310/2018-8 e Pro-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos.

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>

BRACH, J. S. et al. Identifying early decline of physical function in community-dwelling older women: performance-based and self-report measures. **Physical Therapy & Rehabilitation Journal**, v. 82, n. 4, p. 320-328, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/82.4.320>

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **O papel da família na promoção da saúde mental**. [José Manoel Bertolote et al.]; Secretaria Nacional da Família; Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. 28 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/producoessnf/diagramacaoSNFfamiliaesaudementaldigital2.pdf>.

BRASIL. Secretaria Nacional da Família. Fatos e números - **Idosos e Família no Brasil**. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Observatório da Família. p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/idosos-e-familia-no-brasil.pdf>.

CHIÊM, J.C.; MACQ, J.; SPEYBROECK, N. Rule-based modeling of chronic disease epidemiology: elderly depression as an illustration. **Plos One**, v. 7, n. 8, e41452, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041452>.

DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 518-524, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300010>

DIDONÉ, L. S. et al. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos inseridos em contexto de vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190107, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0107>.

DUARTE, M. B.; REGO, M. C. V. Depression and clinical illness: comorbidity in a geriatric outpatient clinic. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300027>.

DUARTE, Y. A. O. **Família**: rede de suporte ou fator estressor. 2001. 196 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001242861>.

FERREIRA, CR; ISAAC, L; XIMENES, VS. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Estudos Interdisciplinares em Psicologia** [online], v. 9, n. 1, p. 108-125, 2018. ISSN 2236-6407. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n1/a07.pdf>.

GULLICH, I.; DURO, S. M.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 691-701, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050** - Revisão 2008. Disponível em: <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Política Nacional de Saúde. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Brasil e Grandes Regiões, Rio de Janeiro, 2020, 117 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>.

LIMA, A. M. P. et al. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 2, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300006>.

MACIEL, A. C. C. GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 2, p. 178-189, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200006>.

MARZOLA, T. S. et al. A importância do funcionamento das famílias no cuidado ao idoso: fatores associados. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 1, p. 78-86, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4440>.

MEIRA, E. C. et al. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170046>.

MENDES-CHILOFF, C. L. et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 2, p. 1-16, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>.

MENDOZA-SOLIS L., SOLER-HUERTA E., SAÍNZ-VÁZQUEZ L. Analysis of family dynamics and family functionality in primary care. **Archives in Family**

Medicine, v. 8, n. 1, p. 27-32, 2006. Disponível em:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061d.pdf>.

MOHD, T. A. M. T. et al. Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. **BMJ Open**, v. 9, n. 7, p. 1-12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026667>.

OLIVEIRA, J. A. S.; RAMOS, M. N. P. Conflitos Intergeracionais na Família e Saúde Mental dos Idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 24, n. 1, p. 213-231, 2021. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i1p213-231>.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Depressão**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>.

PAULA, A. F. M. D. et al. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 11, n. 3, p. 212-218, 2013. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/4/2>.

PIANI, M. C. et al. Prevalência de sintomas depressivos em idosas de um Centro de Referência de Atenção ao Idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 930-938, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150211>

RABELO, D. F.; NERI, A. L. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. **Pensando Famílias**, v. 18, n. 1, p. 138-153, 2014. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a12.pdf>.

RAMOS, L. R.; GOIHMANN, S. Geographical stratification by socio-economic status: methodology from a household survey with elderly people in S. Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 478-492, 1989. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101989000600006>.

RODRÍGUEZ-TOVAR, G. L. et al. Depression and family functioning in elderly. **International Journal of Family & Community Medicine**, v. 2, n. 4, p. 248-251, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2018.02.00088>.

SAAVEDRA-GONZÁLEZ A. et al. Depression and family functionality in older adults of a family medicine unit in Guayalejo, Tamaulipas, Mexico. **Family Care**, v. 23, n. 1, p. 24-28, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30073-6).

SANTOS, A. C. P. O. et al. A construção da violência contra idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 1, p.115-128, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10019>.

SÃO CARLOS. **Prefeitura Municipal de São Carlos** [internet]. São Carlos (SP). Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417>.

SILVEIRA, M. D.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800011>.

SMILKSTEIN G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **The Journal of Family Practice**, v. 6, n. 6, p. 1231-1239, 1978. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/426079507/JFP-1978-06-v6-i6-the-Family-Apgar-a-Proposal-for-a-Family>.

SOUZA, R. A. et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 469-476, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300012>.

SOUZA, W. C. D. et al. Exercício físico na promoção da saúde na terceira idade. **Saúde e Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar**, v. 4, n. 1, p. 55-65, 2015. DOI: <https://doi.org/10.24302/sma.v4i1.672>.

TORRES, G. D. V. et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 3, p. 415-423, 2009. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a13.pdf>.

VILELA, A. B. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, n. 1, p. 55-69, 2006. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

WANG, J.; ZAHO, X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 3, p. 574-579, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.06.011>.