

Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados*

THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSIVE SYMPTOMS AND FAMILY FUNCTIONING IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY

RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

Simone Camargo de Oliveira¹, Ariene Angelini dos Santos², Sofia Cristina Iost Pavarini³

RESUMO

O presente estudo objetivou verificar a relação entre funcionalidade familiar e sintomas depressivos de idosos institucionalizados. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de caráter quantitativo. Foram avaliados 107 idosos institucionalizados, utilizando-se questionário de caracterização sociodemográfica, a Escala de Depressão Geriátrica (rastrear sintomas depressivos) e o APGAR de família (avaliar a funcionalidade familiar). O coeficiente de correlação de Pearson, o teste qui-quadrado e a Regressão Logística bruta e ajustada foram utilizados na análise dos dados, com nível de significância de 5%. Os idosos institucionalizados com sintomas depressivos eram predominantemente mulheres e estavam inseridos na faixa etária de 80 anos e mais. Com relação à funcionalidade familiar, a maioria dos idosos apresentou elevada disfunção familiar (57%). A disfunção familiar foi maior entre os idosos com sintomas depressivos. Houve correlação significativa entre a funcionalidade familiar e os sintomas depressivos. Conclui-se que idosos institucionalizados com famílias disfuncionais apresentam maiores chances de possuir sintomas depressivos.

DESCRITORES

Idoso
Depressão
Relações familiares
Enfermagem geriátrica
Saúde do idoso institucionalizado

ABSTRACT

The present study aimed to investigate the relationship between family functioning and depressive symptoms among institutionalized elderly. This is a descriptive, cross-sectional study of quantitative character. A total of 107 institutionalized elderly were assessed using a sociodemographic questionnaire, the Geriatric Depression Scale (to track depressive symptoms) and the Family APGAR (to assess family functioning). The correlation coefficient of Pearson's, the chi-square test and the crude and adjusted logistic regression were used in the data analysis with a significance level of 5%. The institutionalized elderly with depressive symptoms were predominantly women and in the age group of 80 years and older. Regarding family functioning, most elderly had high family dysfunctioning (57%). Family dysfunctioning was higher among the elderly with depressive symptoms. There was a significant correlation between family functioning and depressive symptoms. The conclusion is that institutionalized elderly with dysfunctional families are more likely to have depressive symptoms.

DESCRIPTORS

Aged
Depression
Family relations
Geriatric nursing
Health of institutionalized elderly

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo investigar la relación entre la funcionalidad familiar con los síntomas depresivos de adultos mayores institucionalizados. Corresponde a un estudio descriptivo transversal de carácter cuantitativo. Fueron evaluados 107 sujetos de edad avanzada por medio de un cuestionario sociodemográfico, la Escala de Depresión Geriátrica (para identificar síntomas depresivos) y APGAR Familiar (para evaluar el funcionamiento familiar). Para el análisis de datos se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, chi cuadrado y regresión logística cruda y ajustada, con un nivel de significancia del 5%. Los adultos mayores con síntomas depresivos eran predominantemente mujeres y se insertaron en el grupo de edad de 80 años y más. Con respecto a la funcionalidad familiar, la mayoría de las personas mayores presentaban alta disfunción familiar (57%). La disfunción familiar es mayor en los adultos mayores con síntomas depresivos. No hubo correlación significativa entre el funcionamiento familiar y síntomas depresivos. Se concluye que los adultos mayores institucionalizados con familias disfuncionales son más propensos a tener síntomas depresivos.

DESCRIPTORES

Anciano
Depresión
Relaciones familiares
Enfermería geriátrica
Salud del anciano institucionalizado

* Extraído da dissertação "Funcionalidade familiar: um estudo com idosos institucionalizados", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, 2012 ¹ Doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. sicamargo@yahoo.com.br ² Doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil ³ Professora Associada, Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

O Brasil está passando por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso. Segundo o Banco Mundial⁽¹⁾, a população idosa brasileira nas próximas quatro décadas passará de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050.

Em função do envelhecimento populacional, do aumento das condições crônicas de saúde e da necessidade de cuidados especializados, a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos – (ILPI) tende a aumentar⁽²⁾.

Uma das grandes preocupações no cenário da institucionalização dos idosos é a alta prevalência de sintomas depressivos entre os seus moradores. A depressão na terceira idade é mais comum entre os idosos institucionalizados do que entre os que moram em famílias. Estudo mostra que 35% dos residentes em ILPI podem sofrer de sintomas depressivos⁽³⁾. A World Health Organization⁽⁴⁾ considerou a depressão grave como a principal causa de incapacidade em todo mundo. Ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia e, segundo as projeções, ocupará o segundo lugar nos próximos 20 anos.

Sabe-se que o diagnóstico precoce desses sintomas pode contribuir para melhorar o cuidado e a qualidade de vida dos idosos⁽⁵⁻⁶⁾.

Um importante fator que influencia a incidência de sintomas depressivos entre idosos institucionalizados é a deterioração do suporte familiar e a distância dos entes familiares, podendo provocar situações de solidão e isolamento afetivo, sentimentos de abandono e sensação de vazio⁽⁷⁾.

Pesquisa realizada no Brasil aponta que as visitas de pessoas do núcleo familiar diminuem à medida que o tempo de institucionalização aumenta, demonstrando que os *laços familiares* se fragilizam com o passar do tempo⁽⁸⁾.

Nos Estados Unidos e Grã-Bretanha, o governo reconheceu o envolvimento da família no cuidado a idosos institucionalizados desde 1987, e o governo australiano enfatizou o fato de que as famílias podem e devem contribuir para a independência dos idosos residentes em ILPI para preservar sua privacidade, dignidade e as suas atividades de lazer⁽⁹⁾.

Há sistemas familiares que são funcionais e outros, disfuncionais. O grupo familiar funcional está apto a responder aos conflitos e situações críticas com certa estabilidade emocional. Nesse caso, a família representa sua unidade de sustentação e cuidados⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Já na família disfuncional, os membros priorizam interesses particulares em detrimento do grupo e não assumem seus papéis dentro do sistema⁽¹¹⁻¹²⁾. O modo como o indivíduo percebe a eficiência e a qualidade desse recurso irá influenciar o seu estado de saúde de forma significativa⁽¹¹⁾.

Diante disso, faz-se necessária a avaliação da funcionalidade familiar. Enquanto recurso terapêutico, ela é uma ferramenta importante no auxílio às equipes que prestam assistência aos idosos⁽¹⁰⁾.

Embora a funcionalidade familiar seja um tema já estudado com idosos, há uma lacuna ainda no conhecimento sobre funcionalidade familiar de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Esta tem maior amplitude quando relacionada à influência da funcionalidade familiar na prevalência de sintomas depressivos entre os idosos institucionalizados, visto que estudos na literatura que abordem esta temática são escassos. Dessa forma, constata-se a necessidade da realização de estudos que possibilitem a compreensão do contexto do idoso institucionalizado não apenas no que se refere ao aspecto físico como, também, em relação ao aspecto humano e social. Portanto, o objetivo deste trabalho foi analisar a relação entre os sintomas depressivos com a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, transversal, de caráter quantitativo. Foi realizado com idosos residentes em seis ILPIs de São Carlos – SP, sendo três privadas e três filantrópicas. Utilizou-se a técnica não probabilística de *amostragem por conveniência* para selecionar os sujeitos que participaram do estudo, no qual os elementos da amostra foram escolhidos por conveniência de acordo com os critérios de inclusão. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: ter 60 anos de idade ou mais, residir em uma ILPI do município, apresentar conhecimento em relação à existência de algum membro familiar e não apresentar comprometimento grave de linguagem ou compreensão que pudesse interferir na veracidade das respostas. Considerou-se, como *membro familiar*, aquele indivíduo reconhecido como sendo da família, na opinião do idoso⁽¹³⁾.

Foram encontrados 225 idosos residentes nas seis instituições analisadas. Destes, 118 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão do estudo. Foram sujeitos desta pesquisa 107 idosos, sendo 42 homens e 65 mulheres.

A coleta de dados teve início após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e consistiu em entrevista estruturada com os idosos institucionalizados, sob a supervisão dos responsáveis pela instituição. Ocorreu entre os meses de junho e dezembro de 2010, por meio de entrevistas individuais com os idosos nas instalações das ILPIs.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: instrumento de caracterização socioeconômica, previamente elaborado, contendo dados como gênero, faixa etária, estado civil; APGAR de família, para avaliar a funcionalidade familiar e a Escala de Depressão Geriátrica – GDS (versão 15), para detectar os sintomas depressivos.

O APGAR de Família foi desenvolvido por Smilks-tein em 1978⁽¹⁴⁾ e validado para idosos brasileiros por Duarte⁽¹⁰⁾. É um instrumento composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive. De acordo com as respostas, o escore total indica a condição da funcionalidade familiar (boa funcionalidade com os escores de 13 a 20 pontos; moderada, com os escores de 9 a 18 pontos; ou elevada disfuncionalidade com os escores de 1 a 8 pontos).

A Escala de Depressão Geriátrica – GDS (Versão 15), foi desenvolvida por Yesavage et al. (1983) e já está validada para o uso no Brasil⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, é composta por 15 questões dicotômicas (sim/não). Se o resultado final for de cinco pontos ou mais, seriam rastreados então os sinais depressivos, no qual 6 a 10 pontos representam sintomas depressivos moderados e, se esse escore for igual ou maior que 11, indicam a presença de sintomas depressivos graves⁽¹⁶⁾. Neste estudo, os resultados da GDS foram dicotomizados entre idosos sem depressão ou com presença de sintomas depressivos, a fim de facilitar as análises estatísticas.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e correlacional, em que a variável APGAR de família foi correlacionada com a variável Escala de Depressão Geriátrica (GDS), sexo e faixa etária. A variável GDS foi correlacionada também com as variáveis sexo, faixa etária e estado civil. As correlações foram obtidas através do coeficiente de correlação de Pearson e correlação de Spearman. O teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para estudar o relacionamento entre as variáveis APGAR de Família com a variável GDS. Para a análise de associação entre as variáveis, foi utilizada a Regressão Logística bruta e ajustada, por meio do *Odds Ratio* (razão de chances), que é uma forma de medir a associação entre as categorias da variável resposta e as mudanças na variável explicativa. Foi considerada variável dependente a Escala de Depressão Geriátrica, e variável independente a disfunção familiar, que para essa análise foi

subdivida entre idosos com sintomas depressivos e idosos sem sintomas depressivos. O desfecho foi a presença de sintomas depressivos. A análise de comparação das médias das categorias dos sintomas depressivos com os escores totais do APGAR de Família foi realizada através do teste de Kruskal-Wallis. Os dados tabulados foram apresentados sob a forma de gráficos ou tabelas. O nível de significância adotado foi de 5%.

Foram respeitadas as recomendações da Resolução nº196/96, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (Processo 268/2010), e a coleta de dados foi autorizada pela Secretaria Municipal de saúde do município.

RESULTADOS

Foram realizadas entrevistas individuais com 107 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Houve uma predominância de idosos do sexo feminino (61%), viúvos (48%) e a média de idade desses idosos foram de 77 anos, com desvio-padrão de 8,43 anos. A descrição percentual das características sociodemográficas dos sujeitos pode ser observada na Tabela 1.

Em relação à Escala de Depressão Geriátrica, 35(33%) dos participantes não apresentaram sintomas depressivos e 72(67%) apresentaram, destes 46(43%) dos participantes com depressão leve e 26(24%) com depressão severa. A Tabela 1 também apresenta a sintomatologia depressiva de acordo com as variáveis sociodemográficas. Houve correlação estatística entre os sintomas depressivos e as variáveis faixa etária ($p = 0,0057$) e estado civil ($p = 0,0025$).

Em relação à funcionalidade familiar relatada pelos idosos institucionalizados, a maioria apresentou elevada disfunção familiar (57%), seguida de boa funcionalidade familiar (22%) e moderada disfunção familiar (21%).

A disfunção familiar foi maior entre a faixa etária de idosos com 80 anos e mais (46%), seguida de 38% na faixa

Tabela 1 - Análise univariada entre os dados sociodemográficos e a presença de sintomas depressivos nos idosos residentes nas ILPIs - São Carlos, SP, Brasil, 2010.

Variável	Categoria	N	%	Com sint. depressivos		Sem sint. depressivos		P
				N	%	N	%	
Faixa etária	60 a 69 anos	19	18	11	58	8	42	0.0057
	70 a 79 anos	40	37	21	52	19	48	
	80 anos e mais	48	45	40	83	8	17	
Sexo	Feminino	65	61	45	69	20	31	0.5944
	Masculino	42	39	27	64	15	36	
Estado Civil	Viúvo	48	45	37	77	11	23	0.0025
	Casado	13	12	3	23	10	77	
	Solteiro	30	28	22	73	8	27	
	Divorciado	16	15	10	62	6	38	

etária de 70 a 79 anos e de 16% dos idosos com até 69 anos. A disfunção familiar foi maior entre as mulheres (57%) se comparada aos homens (43%), (Tabela 2). Através do teste Qui-Quadrado de Pearson, foi possível verificar que não houve correlação entre o APGAR de Família e o sexo (p -valor = 0,1045) e através do coeficiente de correlação de Spearman verificou-se que não houve correlação com o APGAR de Família e a faixa etária ($\rho = -0,5712$) (Tabela 2).

Em relação aos sintomas depressivos e à funcionalidade familiar, observou-se que a maioria dos idosos portadores de sintomas depressivos também apresentava disfunção familiar (84%) (Tabela 3). Usando o teste Qui-Quadrado de Pearson, verificou-se a existência de uma associação estatística significativa entre o APGAR de Família e a GDS (p -valor = 0,002). Idosos com sintomas depressivos tinham famílias mais disfuncionais, portanto a depressão estava associada à disfuncionalidade familiar (Tabela 3).

A análise de comparação das médias por meio do teste de Kruskal-Wallis comparando as categorias em

relação ao nível de manifestação dos sintomas depressivos com os escores totais do APGAR de Família, não identificou diferenças significativas entre os grupos que apresentaram sintomas moderados e severos ($p = 0,900$), mas demonstrou que tanto o grupo com sintomas depressivos moderados quanto sintomas severos apresentaram significativamente maiores disfunções na funcionalidade familiar ($p = 0,009$; $p = 0,017$ respectivamente) em relação aos idosos que não apresentavam sintomas depressivos (Figura 1).

Para estudar o impacto da variável disfunção familiar sobre os sintomas depressivos foi realizado o modelo de regressão logística múltipla. Nesse modelo, observamos que a variável disfunção familiar se associou à presença de sintomas depressivos. Através da razão de chances, podemos observar que indivíduos com disfunção familiar apresentam chance de 6,125 vezes maior de apresentarem sintomas depressivos. Assim a variável disfunção familiar é altamente significativa para explicarmos a presença de sintomas depressivos.

Tabela 2 - Análise da associação entre funcionalidade familiar segundo as variáveis sexo e faixa etária dos idosos residentes nas ILPIs - São Carlos, SP, Brasil, 2010

Variáveis	APGAR de Família				Total		P
	Sem Disfunção Familiar		Com Disfunção Familiar		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	18	75	47	57	65	61	0.1045
Masculino	6	25	36	43	42	39	
Faixa Etária (anos)							
60 a 69 anos	6	25	13	16	19	18	0.5712
70 a 79 anos	8	33	32	38	40	37	
80 anos ou mais	10	42	38	46	48	45	

Tabela 3 - Análise da associação entre funcionalidade familiar e sintomas depressivos dos idosos residentes nas ILPIs - São Carlos, SP, Brasil, 2010

Escala de depressão geriátrica (GDS)	APGAR de Família				P
	Com Disfunção Familiar		Sem Disfunção Familiar		
	N	%	N	%	
Presença de sintomas depressivos	70	84	02	08	0.002
Ausência de sintomas depressivos	13	16	22	92	
Total	83	100	24	100	

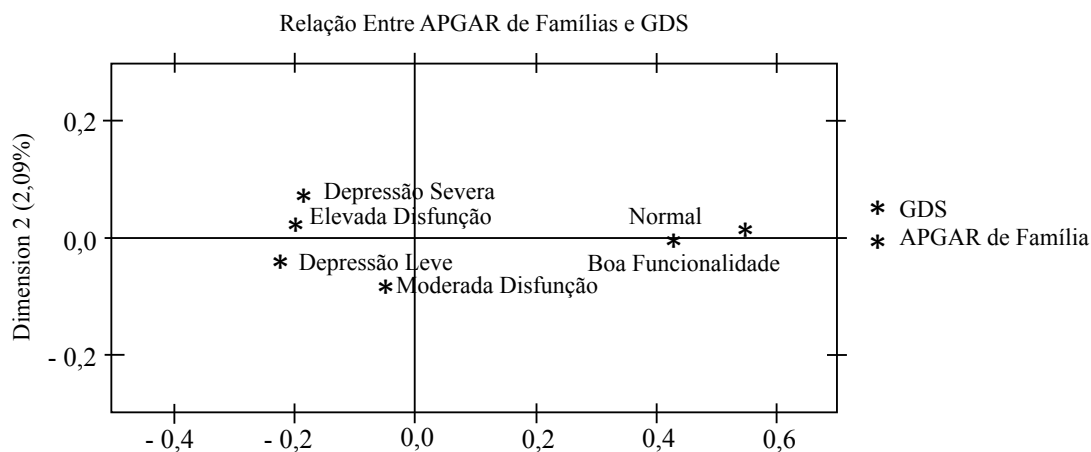


Figura 1 - Representação da relação entre o APGAR de Família e a GDS - São Carlos, SP, Brasil, 2010

DISCUSSÃO

Nossos resultados mostram que houve predominância de mulheres institucionalizadas, o que vem ao encontro de outras pesquisas^(12,17). Um dos motivos apontados para justificar a prevalência de mulheres idosas institucionalizadas foi o fato de que os homens têm uma chance maior de serem cuidados pelas mulheres. A principal fonte de apoio aos homens idosos eram os cônjuges e, para as mulheres, os filhos⁽¹²⁾. Nossos resultados revelaram o predomínio de idosos inseridos na faixa etária de 80 anos e mais. Esses achados corroboram com a literatura, que evidencia a prevalência de idosos institucionalizados cada vez mais idosos^(7-8,17). Na qual, a faixa etária de 80 anos ou mais é considerada como potencial fator de risco para a institucionalização, em função principalmente do risco maior para as condições crônicas, resultando como consequência a prevalência de idosos dependentes⁽¹⁷⁾.

Houve correlação estatística entre os sintomas depressivos e a variável faixa etária e a maioria dos idosos com sintomas depressivos, apresentaram-se na faixa etária acima de 80 anos. De acordo com a literatura, é importante atentar para a idade em que um quadro depressivo se apresenta, pois há evidências de que os sintomas da depressão são mais frequentes em idosos mais velhos e com morbidades que desencadeiam algum grau de dependência^(4,18). Com relação ao estado civil, os achados deste estudo evidenciaram que a maioria dos idosos institucionalizados eram viúvos e solteiros. Esses achados vêm ao encontro dos achados do estudo sobre o apoio social dos idosos institucionalizados, realizado na Colômbia, no qual 48% dos idosos institucionalizados eram solteiros, seguidos dos viúvos (30%); apenas 11% dos idosos institucionalizados eram divorciados e 10% eram casados⁽¹⁹⁾. Houve correlação estatística entre os sintomas depressivos e a variável estado civil. Achados semelhantes foram encontrados em estudo que objetivou analisar a prevalência de depressão em idosos institucionalizados, os resultados evidenciaram que a variável estado civil estava associada à depressão, sendo que, a maioria dos idosos institucionalizados com depressão eram solteiros e viúvos⁽²⁰⁾.

Sintomas depressivos entre idosos institucionalizados também foi observado em um estudo que visava avaliar a presença de depressão entre idosos residentes em instituição de longa permanência e idosos que residem em seus lares, na comunidade de uma região do nordeste do Brasil. Os resultados mostraram que a prevalência de sintomas depressivos foi maior entre os idosos institucionalizados e, segundo os autores, eles podem ser potencializados pelo desenvolvimento da dependência funcional, presença de doenças e pela dificuldade por parte dos profissionais de saúde e cuidadores em reconhecerem tais sintomas depressivos entre os idosos institucionalizados⁽²¹⁾.

Outro estudo realizado nos Estados Unidos sobre depressão em idosos institucionalizados mostrou que a porcentagem daqueles com sintomatologia depressiva foi

maior entre os idosos recentemente admitidos, sendo 54% deles diagnosticados com depressão durante o primeiro ano de institucionalização; 32%, durante a admissão na instituição e 21%, depois do primeiro ano de institucionalização. Esse dado pode estar correlacionado ao fato deste primeiro ano ser caracterizado por mudanças e adaptações. Apesar de ter algumas atividades flexíveis, ao mesmo tempo, a instituição geralmente representa uma organização rígida quanto aos horários das refeições, planejamento de passeios e encontros familiares, fato que provoca deterioração do suporte familiar, entre outras atividades⁽⁶⁾. Outro fator que pode explicar o motivo do início da depressão, logo nos primeiros meses da residência em instituição, é a presença de um sentimento de esperança por parte do idoso institucionalizado de que sua família assumirá seu cuidado quando for chegada a hora de recebê-lo, principalmente para aqueles que tiveram filhos⁽²²⁾.

Em relação à funcionalidade familiar, nossos resultados mostraram que os idosos institucionalizados reconheceram suas famílias como disfuncionais. Esse dado é preocupante, pois a presença de uma estrutura familiar funcional é essencial para o bem-estar e qualidade de vida do idoso⁽²³⁾. Os resultados da presente pesquisa divergem dos achados da literatura, nos quais há predomínio de boa funcionalidade familiar⁽²⁴⁻²⁶⁾. Isso pode ser explicado pelos diferentes contextos onde as pesquisas foram realizadas, ou seja, o predomínio de boa funcionalidade familiar ocorre entre os idosos comunitários⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Considerando a depressão em conjunto com as relações familiares dos idosos institucionalizados, observamos que aqueles com sintomas depressivos eram mais disfuncionais em relação à sua família, estando, portanto, a depressão associada à disfuncionalidade familiar. Os indivíduos com disfunção familiar apresentaram chances 6,125 vezes maior de manifestarem sintomas depressivos. Um estudo realizado em Taiwan com 90 idosos residentes em 16 ILPIs objetivou avaliar a eficácia a longo prazo, de um programa de intervenção através da realização de videoconferências, com os membros familiares dos idosos institucionalizados⁽²⁷⁾. O autor concluiu que o programa de videoconferência, que promovia a socialização familiar apresentou um efeito protetor em relação aos sintomas depressivos e à solidão dos idosos institucionalizados⁽²⁷⁾.

Nesse contexto, entende-se que a família e o idoso, devem ser o foco de atenção da equipe multidisciplinar de trabalhadores de uma ILPI⁽²⁾. A enfermagem, como profissão do cuidado, por excelência, se faz necessária como parte integrante no cuidado multidisciplinar ao idoso institucionalizado, no qual deve assistir o idoso em sua integralidade, ponderando os aspectos biopsicossociais e espirituais por ele vivenciado, promovendo um cuidado humanizado, integral e individualizado com o intuito de acolher o idoso e suas famílias nas ILPIs⁽²⁸⁾.

No entanto, a equipe de enfermagem sentem dificuldades em inserir a família no contexto de vida do idoso institucionalizado, pelo fato de que esta, geralmente

ausente, não demonstra interesse em integrar-se na instituição⁽²⁸⁾. Porém, reconhecem que qualquer forma de participação desempenhada pela família no processo de institucionalização é extremamente relevante, pois de alguma forma ajuda a minimizar a carência afetiva do idoso e conseqüentemente diminui o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos⁽²⁹⁾. Procurar motivar os familiares a serem mais ativos no cuidado do idoso, estabelecendo vínculo entre a pessoa idosa, família e profissional deve ser uma das principais metas no cuidado da enfermagem gerontológica⁽²⁹⁾.

Assim, observamos que a literatura evidencia que o relacionamento familiar prejudicado está fortemente associado com a presença de sintomas depressivos em pessoas idosas institucionalizadas^(5-6,21,27). Por conseguinte, existe uma grande necessidade de se investigar o papel da funcionalidade familiar no decurso da depressão geriátrica⁽³⁰⁾.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, verificou-se que, a maioria dos idosos apresentou elevada disfunção familiar (57%), seguida de boa funcionalidade familiar (22%) e moderada disfunção familiar (21%). A presença de sintomas depressivos foi maior entre os idosos com disfunção familiar. Os resultados demonstraram também a existência de correlação significativa entre o APGAR de Família e os sintomas depressivos. Na análise de regressão logística múltipla concluímos que os idosos institucionalizados com famílias disfuncionais apresentaram maiores chances de possuir sintomas depressivos.

Apesar das limitações do estudo (tamanho da amostra relativamente pequeno e pelo fato de ser ela obtida

pela técnica de amostragem por conveniência), faz-se de extrema importância considerar a influência da funcionalidade familiar na prevalência de sintomas depressivos entre os idosos institucionalizados, no sentido de direcionar de maneira satisfatória as ações de saúde a essa população. Ainda nesse sentido, refletir sobre as relações entre sintomas depressivos e funcionalidade familiar de idosos institucionalizados vem ao encontro das propostas de pesquisas encontradas na *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde* de 2008. Esta agenda tem como pressuposto respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais. Um de seus temas prioritários abrange a questão da *saúde do idoso* e nessa temática envolve os estudos sobre cuidados de longa duração e a organização familiar frente ao envelhecimento.

Intervenções que levem em consideração os fatores associados à funcionalidade familiar na prevalência de sintomas depressivos devem ser planejadas, visto que a depressão é uma doença comum e de grande prevalência entre os idosos institucionalizados e que seu diagnóstico precoce pode contribuir para melhorar o cuidado e a qualidade de vida desses idosos.

Considerando-se que estudos brasileiros nessa temática são escassos, é imprescindível que a Enfermagem se aproprie desse conhecimento, uma vez que o idoso com sintomas depressivos e com famílias disfuncionais demanda muito cuidado por parte dos profissionais de saúde. Melhorar o funcionamento da família poderá melhorar o prognóstico da depressão geriátrica. Além de tudo, a compreensão do contexto familiar do idoso institucionalizado pode contribuir para um cuidado de enfermagem gerontológica mais adequado.

REFERÊNCIAS

1. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho [Internet]. Washington; 2011 [citado 2012 nov. 13]. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf
2. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. Long-term care institutions for elders and the health system. *Rev Latino Am Enferm*. 2007;15(6):1144-9.
3. Thakur M, Blazer DG. Depression in long-term care. *J Am Med Dir Assoc*. 2008; 9(2):82-7.
4. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva; 2001.
5. Salgueiro A, Martinez-García R, Molinero O, Márquez S. Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community-dwelling and institutionalized older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53(2):152-7.
6. Hoover DR, Siegel M, Lucas J, Kalay E, Gaboda D, Devanand DP, et al. Depression in the first year of stay for elderly long term nursing home residents in the U.S.A. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(7):1161-71.
7. Marinho PEM, Melo KP, Apolinário AD, Bezerra E, Freitas J, Melo DM, et al. Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions and in the community in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(1):151-5.

8. Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para as pessoas idosas morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2):229-36.
9. Australian Government. Department of Health. Charter of residents rights and responsibilities: a document outlining aged care residents rights and responsibilities [Internet]. [cited 2012 Sept 20]. Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/ageing-publicat-resicharter.htm>
10. 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.
11. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zuniño R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Rev Latino Am Enferm*. 2011;19(3):458-66.
12. Falcão DVS. A família e o idoso: desafios da contemporaneidade. 2ª ed. Campinas: Papyrus; 2010.
13. Wright L M, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002.
14. Smilkstein, G. The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam Pract*. 1978;6(6):1231 - 39.
15. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17(1):37-49.
16. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6.
17. Corteletti IA, Casara MB, Herédia VBM. Idoso asilado: um estudo gerontológico. 2ª ed. Porto Alegre: EDPUCRS; 2010.
18. Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de depressão de idosos institucionalizados. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):268-73.
19. Arango DC, Estrada-Restrepo A, Chavarriaga-Maya LM, Segura-Cardona AM, Ordones-Molina J, Osorio-Gómez JJ. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. *Rev Saúde Pública*. 2010;12(3):414-24.
20. Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):268-73.
21. Marinho PEM, Melo KP, Apolinário AD, Bezerra E, Freitas J, Melo DM, et al. Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions and in the community in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(1):151-5.
22. Silva LR, Vázquez-Garnica EK, Elba K. O cuidado aos idosos: considerações sobre o cuidado não familiar. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):225-31.
23. 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.
24. Andrade AINPA, Martins RM. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*. 2011;40(1):185-99.
25. Santos AA, Pavarini SCI, Barham EJ. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(1):102-10.
26. 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.
27. Tsai HH, Tsai YF. Changes in depressive symptoms, social support, and loneliness over 1 year after a minimum 3-month videoconference program for older nursing home residents. *J Med Internet Res*. 2011;13(4):e93.
28. Piexak DR, Freitas PH, Backes DS, Moreschi C, Ferreira CLL, Souza MHT. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(2):201-8.
29. Andrade ACA, Lima FRA, Silva LFA, Santos SSC. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ILPI): proposta de ação de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005;26(1):57-66.
30. Ying-Yueh T, Show-Chuan S, Hong-Jer C, Li I. Factors Associated with Depressive Mood in the Elderly Residing at the Long-Term Care Facilities. *Int J Gerontol*. 2012; 6(1):5-10.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).