

SINTOMAS DEPRESSIVOS E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS IDOSAS

CLÁUDIA JEANE LOPES PIMENTA

Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
claudinhajeane8@hotmail.com;

CECÍLIA ALEXANDRINA DE FARIAS PONTES

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
ponts.cecilia@gmail.com;

GERLANIA RODRIGUES SALVIANO FERREIRA

Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
gerlania.rodrigues@hotmail.com;

MARIA CRISTINA LINS OLIVEIRA FRAZÃO

Mestre pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
cristinalins@hotmail.com;

RESUMO

Objetivo: correlacionar os sintomas depressivos e a capacidade de autocuidado em pessoas idosas. **Metodologia:** estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 242 pessoas idosas atendidas no serviço ambulatorial de geriatria de um hospital universitário no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizando um instrumento semiestruturado, a Escala de Depressão Geriátrica e a Escala de Avaliação da Capacidade para o Autocuidado, sendo analisados mediante estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** a maioria dos idosos não apresentava sintomas depressivos (77,7%) e possuía uma boa capacidade para o autocuidado ($56,32 \pm 5,95$), sendo a maior média evidenciada pelo Fator 1 – Ter capacidade para o autocuidado ($23,44 \pm 2,47$). Foi observada uma correlação com significância estatística e inversamente proporcional entre as variáveis, em que o aumento dos sintomas depressivos provoca a diminuição da capacidade para o autocuidado ($r = -0,363$; $p < 0,001$). **Conclusão:** a presença de sintomas depressivos pode interferir negativamente sobre a capacidade para o autocuidado em pessoas idosas.

Palavras-chave: Depressão, Autocuidado, Idoso, Saúde do Idoso, Enfermagem Geriátrica.

INTRODUÇÃO

Ao vivenciarem o envelhecimento, os indivíduos vivenciam diversas alterações advindas do próprio processo fisiológico ou de patologias, as quais favorecem o adoecimento psíquico, tais como a perda da autonomia em decorrência do declínio cognitivo, do sistema locomotor, do equilíbrio, de acuidade visual e auditiva (LOREDO-FIGUEROA *et al.*, 2016).

O surgimento de sintomas depressivos apresenta uma alta prevalência na população idosa, sendo bastante negligenciado pelo próprio indivíduo, seus familiares e profissionais de saúde, uma vez que grande parte das queixas se assemelha às características naturais do envelhecimento (LOK; LOK; CANBAZ, 2017; MORANDO; SCHMITT; FERREIRA, 2017; SUN *et al.*, 2020; ZHAO *et al.*, 2018).

A depressão interfere negativamente sobre diversos aspectos da vida e da saúde da pessoa idosa, causando prejuízos para o enfrentamento das doenças, o aumento do risco de morbimortalidade, o comprometimento da adesão ao tratamento, a perda de motivação e concentração, o surgimento de fadiga, distúrbios do sono e dificuldade de compreensão das informações, a perda da função laboral, a redução das relações sociais e o sentimento de invalidez, repercutindo diretamente na qualidade de vida e na sua capacidade de autocuidado (ALMEIDA; BASTOS, 2017; BRETANHA *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2015; MACEDO *et al.*, 2017).

O autocuidado se baseia na compreensão de que o ser humano é dotado de capacidade de reflexão sobre si e sobre o mundo e, a partir disto, é capaz de desenvolver ou fortalecer a motivação para cuidar de si mesmo (MORANDO; SCHMITT; FERREIRA, 2017). Trata-se de um processo de tomada de decisões envolvendo a escolha de comportamentos e atividades que influenciam na manutenção da estabilidade fisiológica e no manejo dos sintomas quando estes ocorrem (FERREIRA *et al.*, 2015), em busca da preservação do bem-estar. Assim, o desenvolvimento do autocuidado permite uma maior autonomia na execução das atividades diárias, tornando o idoso mais ativo e corresponsável pela sua saúde (ALMEIDA; BASTOS, 2017).

Como estratégia de atenção à saúde, o autocuidado tem o foco de manter os idosos em seu ambiente familiar e social, alcançando

o maior grau de autonomia e independência pelo maior período de tempo possível (MORANDO; SCHMITT; FERREIRA, 2017; LEBLANC; JACELON, 2018). No entanto, a presença de sentimentos depressivos pode interferir de forma negativa sobre a capacidade de autocuidado da pessoa idosa, favorecendo o isolamento social, o desânimo para a realização das atividades para o autogerenciamento da saúde e, conseqüentemente, o surgimento de prejuízos funcionais e de dependência de cuidados (BRETANHA *et al.*, 2015; LOREDO-FIGUEROA *et al.*, 2016; LOK; LOK; CANBAZ, 2017).

Desta forma, torna-se necessário promover ações que busquem identificar precocemente os sintomas depressivos, as suas conseqüências e os seus fatores relacionados durante a assistência de enfermagem à pessoa idosa, a fim de intervir com um maior grau de resolutividade, prevenir a ocorrência de incapacidades e a piora das condições clínicas preexistentes e ofertar subsídios para a melhoria da qualidade de vida. Além disso, é imprescindível desenvolver estratégias para proporcionar o aumento da capacidade de autocuidado nesses indivíduos, a fim de aprimorar as habilidades de autogestão da saúde e auxiliar no bem-estar (MACEDO *et al.*, 2017; MARIÑO, 2015; NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016).

Em face do exposto, esta pesquisa teve o objetivo de correlacionar os sintomas depressivos e a capacidade de autocuidado em pessoas idosas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 242 pessoas idosas atendidas no serviço ambulatorial de geriatria de um hospital universitário, localizado na cidade de João Pessoa-PB, Brasil. A amostra foi calculada considerando-se o número de pessoas idosas atendidas de outubro de 2016 a setembro de 2017, período que antecedeu a coleta de dados, compreendendo 651 atendimentos, sendo fornecidos pelo serviço de regulação da referida instituição.

O tamanho da amostra foi definido utilizando-se a fórmula de cálculo para populações finitas, sendo considerado um intervalo de confiança de 95% ($\alpha=0,05$, que fornece $Z_{0,05/2}=1,96$), com prevalência

estimada de 50% ($p=0,50$) e uma margem de erro de 5% (Erro=0,05), o que resultou em 242 participantes.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos e ser acompanhado no ambulatório de geriatria durante o momento da coleta. Os critérios de exclusão foram: idosos que apresentaram déficit cognitivo segundo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O MEEM é composto por questões relacionadas à orientação, à memória imediata e de evocação, ao cálculo, à linguagem, à concentração e ao domínio espacial, sendo avaliado de acordo com os seguintes escores: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (4 a 8 anos incompletos), e 26 para os de alta escolaridade (> 8 anos) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; LOURENÇO; VERAS, 2006).

Os dados foram coletados por pesquisadores previamente treinados, em um processo que envolveu a apresentação, a explicação e a aplicação da escala entre os entrevistadores para padronizar a coleta de dados. Os sujeitos que se enquadravam nos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, sendo a entrevista realizada antes da consulta de acompanhamento, em uma sala do ambulatório cedida pelo serviço, tendo duração máxima de 20 minutos.

Foi utilizado um instrumento semiestruturado para obtenção de dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, abrangendo as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, anos de estudo, situação previdenciária, renda e arranjo familiar, situação de saúde autorreferida, prática de atividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, presença de morbidades e número de medicamentos utilizados por dia.

Para a investigação dos sintomas depressivos foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), que é uma versão reduzida da escala original que possui 30 itens, elaborada a partir da seleção dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. A EDG-15 foi validada para o contexto brasileiro, sendo formada por 15 itens que possuem opções de respostas dicotômicas (sim ou não). Sua pontuação varia entre 0 e 15 e contempla os seguintes pontos de corte: inferior ou igual a 5 pontos significa indivíduo sem sintomas depressivos; acima de 5 pontos, indivíduo com sintomas depressivos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; YESAVAGE *et al.*, 1983).

A Escala de Avaliação da Capacidade para o Autocuidado (ASAS-R) foi utilizada para verificar o nível de agenciamento de autocuidado quanto à sua operacionalidade, sendo validada para o contexto brasileiro (STACCIARINI; PACE, 2014). Esse instrumento é composto por 15 itens, distribuídos em três fatores: Fator 1 – Ter capacidade para o autocuidado (itens – 1, 2, 3, 5, 6 e 10); Fator 2 – Desenvolvimento para a capacidade do autocuidado (itens – 7, 8, 9, 12 e 13) e Fator 3 – Falta de capacidade para o autocuidado (itens – 4, 11, 14 e 15). A graduação dos itens ocorre por escala Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), em que quatro deles (4, 11, 14 e 15) se referem a aspectos negativos e devem ter a pontuação invertida para análise dos dados. O escore total varia entre 15 e 75 pontos e quanto maior a pontuação, maior é a capacidade de autocuidado operacionalizada (SOUSA *et al.*, 2010; STACCIARINI; PACE, 2014).

Os dados coletados foram compilados e armazenados no programa Microsoft Office Excel e, posteriormente, importados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, sendo analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Considerou-se como variável dependente o autocuidado e como independente a capacidade funcional. Para a verificação da normalidade dos dados numéricos, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Por apresentarem distribuição não normal, a correlação entre as variáveis dependente e independente foi realizada por meio do Coeficiente Correlação de Spearman. O nível de significância utilizado para as análises estatísticas foi de 5% ($p \leq 0,05$).

O estudo foi desenvolvido de acordo com o preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética do local em que ocorreu a pesquisa, sob CAAE nº 67273417.9.0000.5183 e aprovação nº 2.050.200. Os participantes foram abordados na sala de espera do ambulatório, antes da consulta de acompanhamento, sendo esclarecidos sobre a justificativa da pesquisa, sua finalidade, riscos e benefícios, procedimentos a serem realizados, garantia de sigilo e confidencialidade das informações prestadas. Em seguida, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aqueles que aceitaram participar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do presente estudo 242 idosos, sendo observada uma maior frequência de mulheres (63,6%), com idade entre 60 e 69 anos (47,9%), casadas (55,4%), com um a quatro anos de estudo (40,9%), aposentadas (78,0%), com renda familiar entre um e três salários mínimos (49,6%), que residiam com três a quatro pessoas (40,9%), as quais avaliaram a sua saúde como nem boa nem ruim (75,3%), não praticavam atividade física (91,2%), não fumavam (95,8%), não consumiam bebidas alcoólicas (85,9%) e apresentavam hipertensão arterial (56,6%) e diabetes mellitus (45,8%) e referiram utilizar três ou mais medicamentos diariamente (58,7%). A maioria dos idosos não apresentou sintomas depressivos (77,7%), com média de 3,45 ($\pm 0,12$), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Itens da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). João Pessoa, 2018.

Itens da EDG-15	Sintomas depressivos	
	n	%
1. (Não) está satisfeito(a) com sua vida	42	17,4
2. Interrompeu muitas de suas atividades	107	44,2
3. Acha sua vida vazia	81	33,5
4. Aborrece-se com frequência	91	37,6
5. (Não) se sente satisfeito com a vida na maior parte do tempo	54	22,3
6. Teme que algo ruim aconteça-lhe	73	30,2
7. (Não) se sente alegre a maior parte do tempo	48	19,8
8. Sente-se desamparado(a) com frequência	22	9,1
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas	94	38,8
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas	49	20,2
11. (Não) acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora	10	4,1
12. (Não) vale a pena viver como vive agora	31	12,8
13. (Não) se sente cheio(a) de energia	71	29,3
14. (Não) acha que sua situação tem solução	17	7,0
15. Acha que tem muita gente em situação melhor	45	18,6
Score total	3,45\pm0,12	

A maioria dos idosos investigados não apresentou sintomas depressivos, sendo evidenciada a ausência de baixa autoestima, falta de energia, ansiedade, perda de ânimo e de esperança (apatia) ou

isolamento social. Ressalta-se que a prevalência da sintomatologia depressiva entre a população idosa possui uma grande variabilidade, tanto em nível mundial quanto nacional, e depende das características étnicas, sociais, culturais e do perfil de morbidade de cada região (BRETANHA *et al.*, 2015).

Estima-se que 10% a 15% dos idosos apresentem sintomas depressivos, sendo essa prevalência maior em populações que vivem em instituições de longa permanência (NÓBREGA *et al.*, 2015). Estudos em diferentes partes do Brasil revelaram baixas porcentagens, assemelhando-se ao achado aqui encontrado (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; SILVA *et al.*, 2017). No entanto, outros resultados mostraram um aumento da prevalência desses sintomas na população idosa, variando de 32,7% a 52,6% (HAJJAR *et al.*, 2017; MATIAS *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2017). Vale salientar que esses números oscilam de acordo com os instrumentos utilizados para avaliar a presença de sintomas depressivos nessa população, os itens avaliados e seus respectivos pontos de corte, como comprovado no estudo de Matias e colaboradores (MATIAS *et al.*, 2016), que mostrou uma divergência entre os resultados obtidos com utilização da EDG-15 e do **Patient Health Questionnaire-9** (PHQ-9), sendo observada uma maior prevalência com o PHQ-9.

No âmbito internacional, foram observadas prevalências de 33% (ARGYROPOULOS *et al.*, 2016) e 30,4% (NAKAMURA *et al.*, 2017). Em estudo realizado com idosos gregos, os sintomas depressivos foram mais frequentes em mulheres, casados, com doenças crônicas, acima de 70 anos e residentes na zona urbana (ARGYROPOULOS *et al.*, 2016). No Japão, os que apresentaram sintomas depressivos foram mais propensos a alcançarem uma situação de dependência no futuro, bem como, uma maior tendência à institucionalização (NAKAMURA *et al.*, 2017), assim como em uma pesquisa longitudinal no México, que revelou uma associação entre esses sintomas e a incapacidade funcional, resultando em aumento do risco de mortalidade entre a população idosa avaliada (MUTAMBUDI *et al.*, 2016). energia, evidenciada por cansaço e fadiga, além de desinteresse por atividades, pensamentos pessimistas, alterações de sono, de apetite e de comportamento e prejuízo cognitivo (FIGUEIREDO, 2017; SUN *et al.*, 2020), influenciando de forma negativa a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo.

Em idosos, por razões próprias do processo de envelhecimento, algumas manifestações como problemas de sono, fadiga e redução de energia, quando associados a outras condições médicas, além de perdas de cônjuge e diminuição das redes sociais, que podem resultar em isolamento social, podem ser interpretadas de forma errônea como sintomas depressivos (HAJJAR *et al.*, 2017). Entretanto, esses sintomas devem ser explorados quando persistirem por uma maior quantidade de tempo, geralmente duas a três semanas (MATIAS *et al.*, 2016). Nesse sentido, o enfermeiro que lida com pessoas idosas deve estar atento e preparado para reconhecer a presença dos sintomas depressivos, ampliando a sua avaliação para as dimensões psíquica, física e social, em todos os níveis de atenção à saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2017; VICENTE *et al.*, 2020), e desta forma, elaborar um plano de cuidados específico à situação de cada paciente.

Estudos evidenciaram que a presença de sintomas depressivos na população idosa está fortemente relacionada à tendência para o desenvolvimento de depressão leve e moderada, ou transtorno depressivo maior (HAJJAR *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2017), além de doenças físicas, levando a uma maior utilização de serviços de saúde e consumo elevado de medicamentos (HAJJAR *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2020). Contudo, a depressão em idosos ainda é estigmatizada e subdiagnosticada (ALCANTARA *et al.*, 2020; NASCIMENTO *et al.*, 2017; ZHAO *et al.*, 2018).

Vale salientar que, os sintomas depressivos estão relacionados, em alguns casos, à comorbidades, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus e cardiopatias (NASCIMENTO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017) e a algum grau de dependência para atividades diárias, problemas evidenciados pela população idosa frequentadora de serviços ambulatoriais (FONTES *et al.*, 2015; LOK; LOK; CANBAZ, 2017), tais como a do presente estudo, o que poderia explicar a presença desses sintomas em pequena parte da amostra.

Nesse contexto, uma alternativa associada à preservação da funcionalidade e à menor carga de sintomatologia depressiva em pessoas idosas, constituindo assim, um grande fator de proteção, é a resiliência psicológica. As estratégias de resiliência ou enfrentamento de dificuldades têm sido relacionadas à maior capacidade de manter-se ativo, evitando o as atitudes e comportamentos resilientes, e quando estes

não se fizerem presentes, orientando a busca por resiliência através da adoção de estratégias de enfrentamento eficazes.

A Tabela 2 apresenta a avaliação da capacidade para o autocuidado, sendo observada uma média total de 56,32 ($\pm 5,95$), em que o Fator 1 exibiu o maior valor (23,44 \pm 2,47).

Tabela 2 - Capacidade para o autocuidado em pessoas idosas. João Pessoa, 2018.

Variáveis	Média (Desvio- Padrão)	Mediana	Variância
Fator 1 – Ter capacidade para o autocuidado	23,44 (2,47)	24,00	13 - 29
Fator 2 – Desenvolvimento para a capacidade de autocuidado	19,06 (2,59)	19,00	11 - 25
Fator 3 – Falta de capacidade para o autocuidado	13,82 (2,64)	14,00	8 - 20
ASAS-R total	56,32 (5,95)	56,00	34 - 70

Mediante avaliação com a escala ASAS-R, evidenciou-se neste estudo que a amostra de idosos possui uma boa capacidade para o autocuidado, corroborando com outros resultados (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016; STACCIARINI; PACE, 2014). Em pesquisa abrangendo a zona urbana de 7 municípios brasileiros, avaliou-se a percepção do autocuidado em idosos, sendo que mais da metade dos investigados afirmou ser “boa” ou “muito boa” (DIAS *et al.*, 2015).

O autocuidado implica a prática e a manutenção de atividades realizadas ao longo do tempo por uma pessoa, com o objetivo de preservar a sua saúde e o seu bem-estar. Desta forma, entende-se que seja o conjunto de ações que o indivíduo efetua sobre si mesmo, de modo livre e autônomo, para obter uma melhor qualidade de vida (BORBA *et al.*, 2019; LEBLANC; JACELON, 2018; MORANDO; SCHIMITT; FERREIRA, 2017).

Para se alcançar uma boa saúde, é imprescindível que o indivíduo, antes de tudo, reflita sobre o seu estilo de vida, fortalecendo ou modificando hábitos relacionados à alimentação, atividade física, lazer, além de outras mudanças necessárias à promoção do bem-estar e prevenção do surgimento ou complicações de doenças. O autocuidado é, portanto, uma forma

No que se refere à pessoa idosa, a manutenção da independência e da autonomia são aspectos fundamentais para a realização do autocuidado e conseqüente melhoria da condição de saúde. Como

resultado dessa sequência de eventos, tem-se um impacto positivo no sistema de saúde, visto que há prevenção de doenças nesta população, resultando na redução de custos (HIRAGA *et al.*, 2018; MORANDO; SCHIMITT; FERREIRA, 2017).

Nesse sentido, a promoção da saúde com enfoque no autocuidado torna-se uma ferramenta essencial para o desenvolvimento de competências e empoderamento dos sujeitos, para que os mesmos venham a cuidar de si, sendo corresponsáveis pela sua saúde. Vivencia-se assim, um envelhecimento ativo, no qual os idosos passam a ser vistos para além de aspectos meramente orgânicos e são considerados como agentes responsáveis pelas contribuições e benefícios para o desenvolvimento social (LEBLANC; JACELON, 2018; MARIÑO, 2015).

A ênfase prioritária das intervenções de enfermagem deve ser a educação em saúde, informando e orientando a população sobre os benefícios da adoção de um estilo de vida saudável, com vistas à prevenção de agravos secundários a patologias crônicas ou outros associados ao processo fisiológico do envelhecimento (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016).

A correlação entre as escalas apresentou significância estatística ($p \leq 0,05$) e inversamente proporcional, sendo observado que o aumento dos sintomas depressivos provoca a diminuição da capacidade para o autocuidado ($r = -0,363$; $p < 0,001$), conforme exposto na Tabela 3.

Tabela 3 - Correlação entre a capacidade para o autocuidado e os sintomas depressivos em pessoas idosas. João Pessoa, 2018.

Capacidade para o autocuidado	Sintomas depressivos	
	r	p-valor*
Fator 1 – Ter capacidade para o autocuidado	-0,309	< 0,001
Fator 2 – Desenvolvimento para a capacidade de autocuidado	-0,189	< 0,001
Fator 3 – Falta de capacidade para o autocuidado	0,301	< 0,001
ASAS-R total	-0,363	< 0,001

*Teste de Spearman

Quando correlacionados a capacidade para o autocuidado diminui, há o aumento dos sintomas depressivos. Este resultado corrobora com os achados da pesquisa realizada por Bettoni, Ottaviani e Orlandi (2017), que mostrou uma correlação negativa e de moderada

magnitude entre a capacidade de autocuidado, também avaliada através da ASAS-R, e os sintomas depressivos e ansiosos, em pacientes que se submetem a hemodiálise.

Esta correlação entre autocuidado e sintomas depressivos pode ser explicada ao considerar que um déficit no autocuidado pode estar relacionado com a perda de autonomia e independência, provenientes do processo de envelhecimento ou de patologias crônicas, por exemplo, ocasionando assim, o surgimento de sintomas depressivos.

As incapacidades para atividades básicas de vida diária são intimamente relacionadas ao autocuidado e investigam a presença de autonomia para alimentar -se, banhar- se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre as necessidades fisiológicas (HIRAGA *et al.*, 2018). O desenvolvimento de alguma limitação para realização de atividades diárias, tais como as de autocuidado, pode gerar o surgimento de sentimentos negativos, como tristeza, desamparo, inutilidade, isolamento social, entre outros, desencadeando a ocorrência de episódios depressivos, sendo esta relação evidenciada em estudo (BRETANHA *et al.*, 2015; HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

O aumento da sintomatologia depressiva, por sua vez, pode desencadear mecanismos de enfrentamento ineficazes ou prejudiciais, os quais interferem negativamente sobre a adesão às ações de promoção e reabilitação da saúde e prevenção de agravos e doenças (FERREIRA *et al.*, 2015; SANTANA *et al.*, 2018).

Diante disso, a realização de atividades de autocuidado pode ser considerada como uma importante ferramenta para a diminuição dos sintomas depressivos, atuando como um fator protetor contra o declínio cognitivo e funcional, além de promover uma maior responsabilização do paciente acerca da gestão do seu cuidado (DIAS *et al.*, 2015). Somado a isto, torna-se essencial que haja uma avaliação do estado emocional do idoso, visto que, possibilita uma melhor compreensão sobre a visão desse indivíduo a respeito das mudanças decorrentes do envelhecimento e da forma como ele reage à doença e ao seu tratamento (HIRAGA *et al.*, 2018).

Os dois grandes pilares do autocuidado são a motivação e a informação. Ambos geralmente são fornecidos por profissionais de saúde, pois estes têm o dever de orientar, cooperar e assistir as pessoas

durante o desenvolvimento do seu autocuidado. No entanto, esse escola, associações de bairro, grupos virtuais, entre outros (MORANDO; SCHIMITT; FERREIRA, 2017; VICENTE *et al.*, 2020).

Para que haja um autocuidado seguro e eficaz, torna-se essencial o desenvolvimento de competências no indivíduo. O grau de competência cognitiva pode ser mediado pelo comportamento, e assim sendo, o modo mais adequado para o alcance de bons resultados em saúde seria através de ações que influenciem esses comportamentos, como por exemplo, os programas de intervenção, que têm o objetivo de mobilizar os indivíduos para promover uma mudança de comportamento, mediante apoio fornecido por profissionais de saúde por meio de metodologias precisas e técnicas planejadas, buscando assim uma melhoria da saúde, bem-estar e qualidade de vida (MORANDO; SCHIMITT; FERREIRA, 2017; SANTANA *et al.*, 2018).

De forma geral, a modalidade de apoio-educação proposta por Dorothea Orem é a mais utilizada em programas de intervenção, sendo comumente realizada por enfermeiros. Esta modalidade é indicada quando o indivíduo é capaz de executar ou pode aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico. Assim, o profissional de enfermagem inicialmente analisa a capacidade para autocuidado dos indivíduos e, posteriormente, emprega ações de orientação e ensino do autocuidado, com vistas a fortalecê-lo.⁸ O modo apoio-educação foi realizado no estudo de Nicolato, Couto e Castro (2016), que concluiu que do grupo de idosos atendidos em um ambulatório de gerontologia, 77,5% são independentes para cuidar de si e desta forma, o foco das intervenções seria o fortalecimento desse autocuidado.

Nessa perspectiva, cabe ao enfermeiro realizar atividades de educação em saúde na atenção ambulatorial, seja em grupo ou individualmente. Os grupos terapêuticos adotam como prioridade a informação em saúde, e caracterizam-se pela homogeneidade em relação às enfermidades, respeito à diversidade cultural, ênfase na integralidade do atendimento, ampliação do vínculo usuário-profissional, desenvolvimento de autonomia e promoção do autocuidado (ALVES *et al.*, 2016).

Na abordagem individual, o momento da consulta de enfermagem é ideal para orientar, ampliar e apoiar a capacidade do idoso à participação no autocuidado, com vistas a reduzir os impactos negativos

das alterações do organismo no envelhecimento, bem como das consequências das enfermidades crônicas, minimizando o sofrimento do paciente e a sobrecarga do familiar no processo de cuidado (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016).

Em suma, o enfermeiro apresenta um papel fundamental para a promoção do autocuidado na pessoa idosa, desenvolvendo estratégias que permitam uma maior adesão às recomendações prestadas por profissionais de saúde e a modificação de hábitos de vida, o que pode favorecer uma melhor percepção acerca do seu estado de saúde, minimizando assim, a possibilidade de surgimento dos sintomas depressivos (FERREIRA *et al.*, 2015).

As limitações do presente estudo estão relacionadas ao uso do método transversal, o qual não permite a identificação das relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que a maioria dos idosos não apresentou sintomas depressivos dos idosos avaliados e possui uma boa capacidade para o autocuidado, exibindo maior autonomia e independência no controle de suas atividades diárias. Foi observada correlação significativa e negativa entre as variáveis, indicando que à medida que aumentam os sintomas depressivos, ocorre a diminuição proporcional da capacidade para o autocuidado nesses idosos.

Diante disso, torna-se necessário que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, realizem a avaliação multidimensional da pessoa idosa durante todas as consultas, investigando a presença de sintomas depressivos e a capacidade para o autocuidado nesses indivíduos, o que poderia favorecer a implementação de ações e estratégias mais eficazes e direcionadas para as condições de vida e de saúde de cada idoso.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, C. B. *et al.* Knowledge related to drug therapy among people with mental disorders. **Rev Enferm UFSM**, v. 10, n. e24, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769238607>

ALMEIDA, L.; BASTOS, P. R. H. O. Autocuidado do Idoso: revisão sistemática da literatura. **Rev Espacios**, v. 38, n. 8, 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n28/a17v38n28p03.pdf>

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

ALVES, M. S. *et al.* Grupo terapêutico com idosos sobre o autocuidado nas doenças crônicas. **J Health Sci**, v. 18, n. 1, p. 48-51, 2016. doi: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2016v18n1p52-55>

ARGYROPOULOS, K. *et al.* Depressive symptoms in older people in Greece and Cyprus. **Eur Psychiatry**, v. 33, n. S1, p. S468-468, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1704>

BETTONI, L. C.; OTTAVIANI, A. C.; ORLANDI, F. S. Relationship between self-care and depression and anxiety symptoms in individuals undergoing hemodialysis. **Rev Rene**, v. 18, n. 2, p. 181-186, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200006>

BORBA, A. K. O. T. *et al.* Knowledge and attitude about diabetes self-care of folder adults in primary health care. **Cienc Saúde Colet**, v. 24, n. 1, p. 125-136, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>

BRETANHA, A. F. *et al.* Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>

DIAS, E. G. *et al.* Advanced activities of daily living and incidence of cognitive decline in the elderly: the SABE Study. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1-13, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125014>

FERREIRA, V. M. P. *et al.* Self-care, sense of coherence and depression in patients hospitalized for decompensated heart failure. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 3, p. 387-393, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300005>

FIGUEIREDO, M. L. F. Depressive symptoms in elderly women: knowing them to care for. **Rev Rene**, v. 18, n. 2, p. 147, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200001>

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res**, v. 12, p. 189-198, 1975. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

FONTES, A. P. *et al.* Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 18, n. 1, p. 7-17, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13201>

HAJJAR, R. *et al.* Depressive symptoms and associated factors in elderly people in the Primary Health Care. **Rev Rene**, v. 18, n. 6, p. 727-733, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600004>

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3575-3584, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>

HIRAGA, T. M. *et al.* Prevalence of negative perception on self-care among brazilian older adults living in the community and associated factors. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 12, n. 1, p. 24-30, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800011>

LEBLANC, R. G.; JACELON, C. S. Self-care among older people living with chronic conditions. **Int J Older people Nurs**, v. 13, n. 3, p. e12191, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/opn.12191>

LOK, N.; LOK, S.; CANBAZ, M. The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 70, p. 92-98, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008>

LOREDO-FIGUEROA, M. T. *et al.* Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. **Enferm Universitaria**, v. 13, n. 3, p. 159-165, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>

MACEDO, M. A. S. S. *et al.* Sintomatologia depressiva em idosos ativos e não ativos. **Rev Enferm UFPI**, v. 6, n. 4, p. 33-39, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.6433-39>

MARIÑO, R. J. Cultural aspects of ageing and health promotion. **Aust Dent J**, v. 60, n. suppl 1, p. 131-143, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/adj.12292>

MATIAS, A. G. C. *et al.* Indicators of depression in elderly and different screening methods. **Einstein**, v. 14, n. 1, p. 6-11, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016A03447>

MORANDO, E. M. G.; SCHMITT, J. C.; FERREIRA, M. E. C. Envelhecimento, autocuidado e memória: intervenção como estratégia de prevenção. **Rev Kairós Gerontol**, v. 20, n. 2, p. 353-374, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p353-374>

MUTAMBUDZI, M. *et al.* Effects of functional disability and depressive symptoms on mortality in older mexican-american adults with diabetes mellitus. **J Am Geriatr Soc**, v. 64, n. 11, p. e154-e159, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.14432>

NAKAMURA, T. *et al.* Relationship between depressive symptoms and activity of daily living dependence in older japanese: The Kurabuchi Study. **J Am Geriatr Soc**, v. 65, n. 12, p. 2639-2645, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.15107>

NASCIMENTO, I. M. T. *et al.* Association between sociodemographic characteristics and depressive symptoms in hospitalized elderly. **Rev Rene**, v. 18, n. 6, p. 749-755, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600007>

NICOLATO, F. V.; COUTO, A. M.; CASTRO, E. A. B. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. **Enferm Cent O Min**, v. 6, n. 2, p. 2199-2211, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.1016>

NÓBREGA, I. R. A. P. *et al.* Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 536-550, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>

SANTANA, R. F. *et al.* Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com queixa subjetiva de memória e humor. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 4, p. 716-730, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769231200>

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J Bras Psi-quiater**, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000149>

SANTOS, R. C. *et al.* Factors associated with depressive symptoms and cognition in elderly victims of violence. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. suppl 3, p. e20190383, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0383>

SOUSA, V. D. *et al.* Reliability, validity and factor structure of the Appraisal of Self Care Agency Scale- Revised (ASAS-R). **J Eval Clin Pract**, v. 16, n. 6, p. 1031-1040, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01242.x>

STACCIARINI, T. S. G.; PACE, A. E. Translation, adaptation and validation of a self-care scale for type 2 diabetes patients using insulin. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 3, p. 221-229, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400038>

SUN, X. *et al.* Depressive costs: medical expenditures on depression and depressive symptoms among rural elderly in China. **Public Health**, v. 181, p. 41-150, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.12.011>

VICENTE, M. C. *et al.* Functional capacity and self-care in older adults with diabetes mellitus. **Aquichan**, v. 20, n. 3, p. e2032, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.2>

YESAVAGE, J. A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res**, v. 17, p. 37-49, 1983. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

ZHAO, X. *et al.* Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. **Psychiatry Res**, v. 268, p. 143-151, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.011>