

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

JONAS PAULO BATISTA DIAS

**CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO SEGUNDO A QUALIDADE DE VIDA ENTRE
PESSOAS IDOSAS, RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE
MINAS GERAIS**

**ALFENAS/MG
2024**

JONAS PAULO BATISTA DIAS

**CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO SEGUNDO A QUALIDADE DE VIDA ENTRE
PESSOAS IDOSAS, RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE
MINAS GERAIS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pela Universidade Federal de Alfenas.

Área de concentração: Processo de cuidar em Enfermagem.

Orientador(a): Namie Okino Sawada

Coorientador: Murilo César do Nascimento

**ALFENAS/MG
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas Biblioteca
Central

Dias, Jonas Paulo Batista .

Capacidade de autocuidado segundo a qualidade de vida entre
pessoas idosas, residentes em um município do sul de Minas
Gerais. / Jonas Paulo Batista Dias. - Alfenas, MG, 2024.

82 f. -

Orientador(a): Namie Okino Sawada.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal
de Alfenas, Alfenas, MG, 2024.

Bibliografia.

1. Autocuidado. 2. Qualidade de vida. 3. Idosos. 4.
Enfermagem. I. Sawada, Namie Okino, orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

FOLHA DE APROVAÇÃO

JONAS PAULO BATISTA DIAS

CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO SEGUNDO A QUALIDADE DE VIDA ENTRE PESSOAS IDOSAS, RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS GERAIS

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 02 de dezembro de 2024.

Profa. Dra. Namie Okino
Sawada Presidente da
Banca Examinadora
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Prof. Dr. José Vitor da Silva
Instituição: Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho
Leite Fava Instituição: Universidade
Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Namie Okino Sawada, Presidente**, em 02/12/2024, às 16:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_exter-no=0, informando o código verificador **1394646** e o código CRC **46D17976**.

AGRADECIMENTO

“O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.”

RESUMO

O envelhecimento é um processo complexo e afeta diferentes sistemas do organismo e esferas de vida do indivíduo. A melhoria de qualidade de vida e diminuição de agravos a saúde está ligada a realização de atividade física, de exames periódicos, controle alimentar e atividades de lazer. Ou seja, o autocuidado influencia a qualidade de vida do indivíduo. O objetivo geral é analisar a capacidade de autocuidado segundo a qualidade de vida entre pessoas idosas, residentes em um município do sul de Minas Gerais. Método: abordagem quantitativa e transversal. Os participantes do estudo foram pessoas idosas de 60 anos ou mais tanto do sexo masculino quanto do feminino, residentes em uma cidade no Sul de Minas Gerais. Critérios de Inclusão: Ser capaz de comunicar-se do ponto de vista verbal e cognitivo, condição avaliada por meio do Questionário de Avaliação Mental. Critérios de exclusão: Pessoa idosa institucionalizada. Para coleta de dados, foi utilizado, quatro instrumentos de pesquisa: Questionário de Avaliação Mental (Proposto por Khan, Goldfarb, Pollack e Peck em 1960) (utilizado para critério de inclusão), Caracterização sociodemográfica e de saúde, Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de WHOQOL-Bref Abreviada e WHOQOL-OLD, Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC). Para análise dos dados, foi utilizado um banco de dados (SPSS versão 22.0) a partir dos dados dos instrumentos. Aplicado estatística descritiva (média e frequência) para os dados sociodemográficos e de saúde e análise multivariada exploratória (análise de agrupamentos) para as variáveis referentes ao autocuidado e qualidade de vida. Resultados: com uma amostra de 100 pessoas idosas, o estudo demonstrou que a habilidade de um indivíduo em gerenciar sua própria saúde e bem-estar, por meio do autocuidado, pode refletir positivamente em sua qualidade de vida. 98% da amostra foram classificados com capacidade de autocuidado superior (boa, muito boa e ótima). Quanto a qualidade de vida tem-se que 69% dos participantes tem melhor qualidade de vida e 31% obtiveram pior qualidade de vida. Além disso, dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, filhos, estado conjugal, renda, religião, prática de atividade física, uso de medicamentos e presença de doenças crônicas) desempenham um papel crucial na capacidade de autocuidado e, conseqüentemente, na qualidade de vida de indivíduos, especialmente entre os idosos. Conclui-se que o autocuidado desempenha um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas. A pesquisa evidenciou que a maioria dos participantes demonstrou uma capacidade elevada de autocuidado, o que reflete diretamente em melhores índices de qualidade de vida. No entanto, fatores sociodemográficos, como

escolaridade, estado conjugal e condições de saúde, também se mostraram determinantes importantes na variação da qualidade de vida entre os idosos. Assim, promover o autocuidado e entender as influências desses fatores é essencial para desenvolver estratégias de saúde pública voltadas à população idosa, visando ao bem-estar e à longevidade com qualidade.

Palavras-chave: idosos; qualidade de vida; autocuidado; enfermagem.

ABSTRACT

Aging is a complex process that affects different systems of the body and various aspects of an individual's life. Improving quality of life and reducing health risks are linked to engaging in physical activities, regular health check-ups, dietary control, and leisure activities. In other words, self-care influences an individual's quality of life. The general objective of this study is to analyze self-care capacity in relation to quality of life among elderly people living in a municipality in southern Minas Gerais. Method: This is a quantitative, cross-sectional study. The participants were elderly individuals aged 60 or older, both male and female, living in a city in southern Minas Gerais. Inclusion Criteria: The ability to communicate verbally and cognitively, assessed using the Mental Assessment Questionnaire. Exclusion Criteria: Institutionalized elderly individuals. For data collection, four research instruments were used: the Mental Assessment Questionnaire (Proposed by Khan, Goldfarb, Pollack, and Peck in 1960) (used for inclusion criteria), Sociodemographic and Health Characterization, WHOQOL-Bref Quality of Life Scale, WHOQOL-OLD, and the Self-Care Capacity Assessment Scale (EACAC). For data analysis, a database (SPSS version 22.0) was used. Descriptive statistics (mean and frequency) were applied to sociodemographic and health data, and exploratory multivariate analysis (cluster analysis) was conducted for variables related to self-care and quality of life. Results: With a sample of 100 elderly participants, the study demonstrated that an individual's ability to manage their own health and well-being through self-care positively influences their quality of life. 98% of the sample were classified as having a higher self-care capacity (good, very good, or excellent). Regarding quality of life, 69% of participants had better quality of life, while 31% had worse quality of life. Moreover, sociodemographic data (age, sex, education, children, marital status, income, religion, physical activity, medication use, and chronic diseases) played a crucial role in self-care capacity and, consequently, in the quality of life of individuals, particularly the elderly. Conclusion: Self-care plays a key role in improving the quality of life of elderly individuals. The research highlighted that most participants demonstrated high self-care capacity, which directly reflected in better quality of life outcomes. However, sociodemographic factors, such as education, marital status, and health conditions, were also significant determinants of quality of life variation among the elderly. Therefore, promoting self-care and understanding the influence of these factors is essential for developing public health strategies aimed at the elderly population, focusing on well-being and longevity with quality.

Keywords: elderly; quality of life; self-care; nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA	12
1.2	ENVELHECIMENTO E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO	14
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	19
3.1	OBJETIVO GERAL.....	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4	MÉTODO	20
4.1	PARTICIPANTES DO ESTUDO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM.....	20
4.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	20
4.3	COLETA DE DADOS	21
4.3.1	Procedimentos de coleta de dados.....	21
4.3.2	Instrumentos da pesquisa.....	22
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	24
4.5	ESTUDO PILOTO	24
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	24
4.7	APRESENTAÇÃO DE DADOS	25
5	RESULTADOS	26
6	DISCUSSÃO	44
7	CONCLUSÃO	55
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE	67
	ANEXOS.....	72

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos o aumento da expectativa de vida ampliou o interesse dos pesquisadores nas diferentes áreas sobre o envelhecimento (Bartholomeus *et al.*, 2019; Fernández-Ballesteros, 2009), processo natural e inevitável que ocorre com o passar do tempo (Brasil, 2006), que traz consigo desafios sobre a superação dos estereótipos negativos sobre essa fase da vida.

A organização Panamericana de Saúde refere o envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OMS, 2002; OPAS, 2003). Assim, é um processo caracterizado por uma série de mudanças biológicas, psicológicas e sociais que afetam a capacidade funcional das pessoas (Rede Euroamericana de Motricidade Humana, 2017), consequentemente sua capacidade de autocuidado, que reflete em sua qualidade de vida. Em outras palavras, é um processo complexo e afeta diferentes sistemas do organismo, sendo influenciado por fatores genéticos, ambientais e comportamentais (OMS, 2015).

Dentre as mudanças biológicas, podemos citar a deterioração gradual de várias funções do corpo, como a diminuição da capacidade do sistema imunológico, perda de massa muscular e óssea, redução da capacidade pulmonar e a diminuição da função cognitiva (OMS, 2015). Essas mudanças podem levar a maiores chances de doenças e lesões, bem como a uma redução na capacidade de realizar atividades cotidianas (Bornstein, 2018). Deve-se lembrar também da possibilidade de alterações no DNA, que levam ao aumento do risco de câncer, doenças cardiovasculares, demência, entre outros. (James *et al.*, 2003).

No nível psicológico, pode-se apresentar mudanças na cognição, como dificuldades de memória e concentração, mas também alterações emocionais, como a diminuição da capacidade de lidar com a ansiedade e o estresse (Salthouse, 2010). No entanto, é importante destacar que essas mudanças não afetam todas as pessoas de maneira igualitária, assim, muitas delas continuam a desfrutar de uma boa qualidade de vida à medida que envelhecem.

Ainda, nesse nível, vale destacar que o envelhecimento pode levar a maior propensão ao isolamento social, ansiedade e depressão (Blazer; Steffens, 2009). Ressalta-se evidências de que o envelhecimento pode estar associado a uma maior sensação de bem-estar e felicidade, bem como a uma maior capacidade de lidar com situações estressantes

(Carstensen; Deliema, 2018). Isso, provavelmente pode ser explicado por mudanças na forma como as pessoas percebem e se adaptam às alterações na vida durante o envelhecimento.

Por fim, o processo de envelhecimento psicológico é complexo, sendo influenciado por fatores como a genética, experiências de vida, cultura e estilo de vida (Salthouse, 2010).

Já o envelhecimento em nível social está acompanhado por mudanças na dinâmica familiar e nas interações sociais gerais. À medida que as pessoas envelhecem, elas podem se aposentar, perder amigos e familiares e experimentar uma mudança na dinâmica de poder e papel social (OMS, 2005).

Contribuindo com a solidão e o isolamento de pessoas idosas, há diminuição na interação e participação social (O’lunaigh, Lawlor, 2016). Mas, também há evidências de benefícios sociais do envelhecimento, dentre elas maior resiliência e sabedoria, e um senso mais profundo de significado e propósito na vida (Carstensen; Deliema, 2018).

A forma como a sociedade lida com o envelhecimento também tem um impacto significativo no bem-estar social dos idosos, pois o estigma em torno do envelhecimento pode contribuir para a discriminação e exclusão social, limitando o acesso a recursos e oportunidades, e afetando negativamente a saúde mental e física dos idosos (OMS, 2021).

Vale ressaltar que envelhecimento ativo e saudável é central para promover a qualidade de vida e a autonomia durante o envelhecimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), envelhecimento ativo envolve a otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, de forma a aumentar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. Essa abordagem enfatiza não apenas a ausência de doenças, mas também o bem-estar físico, social e mental, capacitando os idosos a viverem vidas independentes e significativas na sociedade (OMS, 2023)

Assim, como o envelhecimento está atrelado a melhoria da qualidade de vida da população mundial, o número de pessoas idosas vem aumentando ao longo dos anos e, é necessário que as necessidades desse público sejam atendidas de forma digna (Silva; Carvalho; Lima; Rodrigues, 2011).

Iniciativas como a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) destacam a necessidade de mudanças em políticas públicas, incluindo a redução do idadismo e a promoção de ambientes amigáveis para os idosos. Essa década propõe ações coordenadas entre governos, comunidades e indivíduos para garantir que todos possam desfrutar de um envelhecimento com dignidade e suporte adequado (OMS, 2023).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, pessoas idosas são aquelas com

idade a partir dos 60 anos em países em desenvolvimento, e 65 anos em países desenvolvidos por utilizarem esse índice há vários anos (Santos; Barros, 2008).

A diferença dessa classificação está relacionada a diversos fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde que diferem significativamente das realidades dos países desenvolvidos. Assim, essa distinção está ligada a expectativa de vida, condições de saúde, condições socioeconômicas, políticas e programas de assistência social, fatores culturais e impacto do trabalho físico. Todos esses aspectos são mais precários em países em desenvolvimento (OMS, 2015) como o Brasil.

No Brasil, o envelhecimento da população é uma realidade cada vez mais presente e que tem gerado impactos significativos na sociedade, na economia e na saúde pública. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que, em 2021, cerca de 30 milhões de brasileiros tinham mais de 60 anos, o que corresponde a 14,3% da população total do país. A expectativa é que, até 2060, esse número chegue a mais de 60 milhões (Brasil, 2021).

O envelhecimento da população brasileira traz consigo diversos desafios para a sociedade. Entre eles, destacam-se as questões relacionadas à saúde e bem-estar dos idosos.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a expectativa de vida no país aumentou, o que significa que mais pessoas estão vivendo até idades mais avançadas (Brasil, 2021).

Fora esse desafio, há a falta de políticas públicas voltadas para o cuidado e bem-estar da população idosa, principalmente em acessibilidade, moradia e lazer (OMS, 2002). Muitos idosos sofrem com a falta de atendimento médico adequado, especialmente em áreas rurais e periféricas, o que agrava ainda mais a situação.

Um estado no Sudeste do país, Minas Gerais, como o restante do país, também enfrenta importantes desafios decorrentes do envelhecimento da população. De acordo com dados do IBGE, Minas Gerais terá a maior população idosa do país até 2060. (Brasil, 2020).

Nesse contexto, dentre os desafios enfrentados pelas pessoas idosas em Minas Gerais, destacam-se as dificuldades de acesso a serviços de saúde e a falta de políticas públicas voltadas para essa população, mesma problemática enfrentada em contexto nacional (Santos; Silva, 2013). Além disso, muitas pessoas idosas vivem em situação de vulnerabilidade social, com baixa renda e falta de suporte familiar (Gomes; Gomes, 2004).

De acordo com o estudo "Perfil do Envelhecimento em Minas Gerais" realizado pela Fundação João Pinheiro em 2018, entre os principais desafios do envelhecimento no

estado estão o acesso a serviços de saúde de qualidade, a garantia de uma renda adequada para aposentadoria, a promoção de políticas de inclusão social e a criação de espaços de convivência e lazer para pessoas idosas.

O envelhecimento da população mineira tem impactado não apenas na saúde, mas também na economia e na dinâmica familiar do estado. É fundamental que sejam implementadas políticas públicas que garantam melhor qualidade de vida para os idosos em Minas Gerais e em todo o país (Gomes; Gomes, 2004).

Em Alfenas, município localizado no sul do estado de Minas Gerais, vem passando por um processo de envelhecimento populacional. Segundo dados do IBGE, a população idosa de Alfenas cresceu 52,9% entre os anos de 2010 e 2020, representando atualmente 12,2% da população total (Brasil, 2020).

Vale ressaltar que a melhoria de qualidade de vida e diminuição de agravos a saúde está ligada a realização de atividade física, de exames periódicos, controle alimentar e atividades de lazer (Torres, 2018). Ou seja, a capacidade de autocuidado influencia a qualidade de vida do indivíduo, e independentemente, do seu ciclo vital da pessoa, todos necessitam praticá-la. Assim, capacidade de autocuidado é um dos principais fatores responsáveis pela qualidade de vida, sem ele a vida poderá ficar comprometida e com baixo nível de satisfação.

1.1 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A relação entre saúde e qualidade de vida é amplamente reconhecida na literatura acadêmica e nas políticas de saúde. A OMS considera a promoção da saúde como um meio essencial para melhorar a qualidade de vida das populações em todo o mundo (OMS, 1994).

Esse assunto também desempenha um papel significativo no processo de envelhecimento, pois o conceitua como um fenômeno social que demanda uma abordagem revisada, reformulada e implementada, visando estabelecer um equilíbrio econômico, político e social em termos de saúde, a fim de assegurar uma qualidade de vida que leve em consideração as necessidades individuais de cada pessoa idosa, considerando fatores sociodemográficos, psicossociais e espirituais. (Sousa *et al.*, 2019; Silva; Pereira; Ramos, 2023).

Em geral, esse conceito está intimamente ligado à autoestima e ao bem-estar pessoal da pessoa idosa (Boggatz, 2016; Gomes *et al.*, 2020). Conforme mencionado anteriormente, ele está associado ao estado psicológico e emocional, à capacidade funcional e ao estado de saúde, ao nível de independência e atividade intelectual, ao status socioeconômico e às relações sociais, às crenças pessoais e aos valores culturais, entre outros aspectos (OMS, 1997; Campos *et al.*, 2014). Portanto, é de extrema importância passar pelo processo de envelhecimento desfrutando de uma boa qualidade de vida, pois isso pode ajudar a reduzir o surgimento de incapacidades, dificuldades e dependências (Sant'helena *et al.*, 2020).

Sendo assim, um questionário desenvolvido por Fleck *et al.* (1999) e recomendado pela OMS identifica seis domínios principais que influenciam a qualidade de vida:

- Saúde física: Esse campo aborda a funcionalidade do corpo, a presença de condições físicas e a habilidade de realizar atividades diárias sem restrições físicas. Promover a saúde física envolve acesso a cuidados médicos adequados, manutenção de uma dieta equilibrada, prática regular de exercícios físicos e adoção de hábitos de sono saudáveis;

- Saúde mental: A saúde mental desempenha um papel crucial na qualidade de vida, abrangendo o bem-estar emocional, a ausência de distúrbios mentais, a habilidade de lidar como estresse e a promoção de relacionamentos saudáveis. Garantir acesso a serviços de saúde mental, apoio social e estratégias eficazes de enfrentamento é fundamental para promover o bem-estar psicológico.

- Nível socioeconômico: Aspectos socioeconômicos, como renda, ocupação, nível educacional e condições de moradia, exercem uma influência substancial na qualidade de vida. Acesso a oportunidades de trabalho, educação de excelência e serviços sociais podem contribuir para o aumento do bem-estar e da satisfação geral.

- Relacionamentos sociais: Manter relacionamentos saudáveis com amigos, familiares e membros da comunidade é crucial para o bem-estar emocional e social. A qualidade das interações interpessoais, o suporte social e o sentimento de pertencimento desempenham um papel significativo na influência da qualidade de vida.

Meio ambiente: O contexto em que uma pessoa reside, que engloba elementos como a poluição atmosférica, a qualidade da água, a disponibilidade de espaços verdes e a segurança, pode impactar sua qualidade de vida. Ambientes seguros e saudáveis contribuem para o bem-estar tanto físico quanto mental.

Segurança pessoal: Manter-se seguro em casa e na comunidade é essencial para garantir uma boa qualidade de vida. Isso abrange a proteção contra crimes, violência doméstica, acidentes e eventos naturais adversos.

Um estudo de Serbim e Figueiredo levantou que o instrumento WHOQOL-OLD é um dos mais utilizados para mensurar qualidade de vida. O mesmo estudo trouxe que a manutenção regular de atividades físicas contribui para a promoção da saúde durante o processo de envelhecimento e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Um outro exemplo é que a atividade física funciona como prevenção ou terapia complementar para diabetes mellitus, intolerância à glicose e resistência insulínica. Ou seja, a qualidade de vida está intimamente ligada aos hábitos e atividades diárias que as pessoas incorporam em sua rotina cotidiana (Vilela *et al.*, 2022).

Uma revisão sistemática que pode reforçar isso é a de Oliveira *et al.* (2010), em que examinaram estudos sobre a atividade física em pessoas idosas. Alguns autores desses estudos utilizaram o questionário WHOQOL-OLD para avaliar a qualidade de vida, e constataram que os praticantes de atividade física apresentaram um desempenho superior em comparação com os não praticantes. Assim, concluíram que a prática regular de atividade física está associada à melhor qualidade de vida.

Um estudo realizado em pessoas idosas através do instrumento WHOQOL-bref para avaliação da qualidade de vida revelou que conforme a idade das pessoas idosas institucionalizadas aumenta, a qualidade de vida tende a diminuir. Além disso, a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis impacta negativamente o domínio físico e, por conseguinte, resulta em uma redução na qualidade de vida (Brandão *et al.*, 2023).

Dado todo o exposto, fica evidente que diversas mudanças podem ser decorrentes do envelhecimento, que traz consigo possibilidade de alterações no autocuidado e qualidade de vida das pessoas idosas.

1.2 ENVELHECIMENTO E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

Um estudo publicado em 2019, ressaltou que a idade pode negativamente influenciar na habilidade e capacidade de realizar atividades básicas da vida diária, como alimentar-se, tomar banho e vestir-se (Sousa *et al.*, 2019). Além disso, outro estudo faz apontamentos que a diminuição da força muscular e da mobilidade articular podem impactar na realização de atividades físicas e na manutenção da saúde (Baumgartner *et al.*, 2004).

Outro fator que pode afetar a capacidade de autocuidado e conseqüentemente a

qualidade de vida na velhice é a presença de doenças crônicas, enfermidades como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e osteoporose, doenças comuns na faixa etária idosa, o que demanda um maior investimento em saúde pública (Brasil, 2006). Além disso, a presença de múltiplas doenças crônicas provavelmente pode levar a uma sobrecarga na gestão do autocuidado, especialmente quando envolve a necessidade de medicamentos e cuidados com a dieta e atividade física.

Uma revisão sistemática realizada em 2017 trouxe que a família e a vivência no espaço domiciliar, bem como a presença das pessoas próximas como amigos, vizinhos, ou parentes podem ser influências importantes enquanto apoio social na promoção do envelhecimento saudável. Além disso, os grupos de convivência são percebidos como uma oportunidade para interação e integração social, e são vistos como uma forma de recuperar a autonomia e a dignidade na vida cotidiana, promovendo assim um estado de saúde e bem-estar (Almeida; Bastos, 2017).

Um estudo relata que o déficit de autocuidado em pessoas idosas está ligado a aspectos como: maior número de doenças, pior percepção de sua saúde, dependência para as atividades básicas da vida diária e não prática de atividade física regular (Coutinho; Tomasi, 2020).

Vale ressaltar que, segundo Orem (2003), autocuidado é "a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam por conta própria para manter a vida, a saúde e o bem-estar". Ouseja, um conjunto de práticas, comportamentos e atitudes que visam manter ou melhorar a saúde e o bem-estar, além de prevenir doenças e complicações.

Já a capacidade de autocuidado refere-se à habilidade do indivíduo de realizar ações voltadas à preservação de sua saúde, ao seu desenvolvimento e bem-estar. Essas ações são executadas pelo próprio sujeito em situações cotidianas, com o objetivo de cuidar de si mesmo e regular fatores que impactam seu crescimento e qualidade de vida. Em outras palavras, trata-se de comportamentos adotados em benefício da própria saúde física e mental, visando ao equilíbrio e à promoção de um estilo de vida saudável (OMS, 2021).

A importância do autocuidado é demonstrada por diversas pesquisas, pois promove saúde e previne doenças. Um estudo brasileiro levantou que a prática do autocuidado por pessoas idosas garante uma menor incidência de doenças crônicas e melhoria na qualidade de vida (Almeida, 2011).

Assim, em todas as fases da vida o autocuidado é uma prática importante, mas as repercussões da idade podem afetar a maneira como a pessoa a pratica. A medida que se envelhece, o corpo e mente humana sofrem mudanças que podem prejudicar a capacidade

de autocuidado.

As maneiras de autocuidado são diversas e abrangem aspectos como a realização de exercícios físicos, alimentação saudável, meditação e terapia. É uma prática fundamental para a redução de estresse, promoção de equilíbrio emocional, bem como prevenir doenças físicas e mentais (Unicovsky, 2021).

A diminuição na mobilidade e da força muscular são uma das repercussões da idade no autocuidado e qualidade de vida, principalmente pelo desafio de realizar atividades. Segundo os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), pessoas idosas devem buscar a prática de atividades físicas de acordo com suas limitações e condições de saúde, com o objetivo de manter a força muscular, equilíbrio e flexibilidade, prevenindo quedas e melhorando a qualidade de vida (Centers for disease control and prevention, 2021).

Além disso, devido a doenças crônicas se tornarem mais comuns com a idade, e a necessidade de cuidados especiais e acompanhamento médico regular, o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (NIH) destaca a importância de uma alimentação equilibrada para prevenir doenças crônicas e manter a saúde (National institute on aging, 2022).

Diante desse contexto, o presente estudo visa analisar a capacidade de autocuidado segundo a qualidade de vida entre pessoas idosas, residentes em um município do sul de Minas Gerais.

2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional, um fenômeno global, traz desafios significativos para os sistemas de saúde, destacando a importância de práticas que favoreçam a autonomia e a independência dos idosos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida está associada ao bem-estar físico, mental e social, áreas diretamente influenciadas pela capacidade de autocuidado (Azevedo *et al.*, 2020).

De acordo com o livro "Gerontological Nursing: Competencies for Care" de Kristen L. Mauk, "o envelhecimento é um processo progressivo e cumulativo de mudança que ocorre em resposta a influências genéticas e ambientais". Essas mudanças incluem perda de massa muscular, diminuição da densidade óssea, redução da capacidade pulmonar e diminuição da acuidade visual e auditiva (Mauk, 2009).

Ainda sobre mudanças, socialmente, há a aposentadoria, mudanças no estilo de vida, perda de amigos e entes queridos (Meiner; Yeager, 2019), diminuição do tamanho da rede social e a diminuição da participação em atividades sociais (Pinquart; Sorensen, 2001), e junto a isso, mudanças psicológicas.

O envelher pode causar impactos significativos na qualidade de vida, pois com tamanhas modificações, o "cuidar de si mesmo", ou seja, a capacidade de autocuidado, pode ser algo difícil de se manter devido a variedade de fatores acometidos nesse momento natural da vida.

Assim, a capacidade de autocuidado e a qualidade de vida podem sofrer influências mediante o envelhecimento. Há aqueles que podem e serão capazes de cuidar de si mesmos, demonstrando propensão a independência, como também haverá outros com situação inversa, necessitando da assistência de terceiros para a realização de sua rotina diária.

Vale ressaltar que, segundo Orem (1980), o autocuidado é "a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam por conta própria para manter a vida, a saúde e o bem-estar". Para tanto, torna-se necessário conhecer os elementos que podem atuar de forma positiva ou negativa na qualidade de vida.

Do ponto de vista científico, a relevância do presente estudo refere-se ao seu próprio benefício em manter ou aumentar o bem estar, saúde, autocuidado e qualidade de vida. Além disso, possivelmente preencherá lacunas de conhecimento sobre o envelhecimento, e sua relação com a qualidade de vida.

Do ponto de vista social, é importante o conhecimento entre as pessoas idosas sobre a temática, especialmente para elas que são o público atingido por necessidades de

adaptações devido ao envelhecimento. Também é útil para as pessoas de seu convívio social, que poderão contribuir significativamente com estímulos e continuidade da sua rotina de vida, diminuindo as alterações vividas devido a idade, o que caso contrário pode afetar sua qualidade de vida.

Para a enfermagem, o levantamento de informações trará conhecimento para a prática profissional, afinal para essa área, é importante que os pacientes sejam capazes de cuidar de si mesmos, pois isso pode ajudar a melhorar a qualidade de vida, prevenir complicações de saúde e reduzir os custos à assistência à saúde.

Os enfermeiros são os profissionais responsáveis por contribuir com o desenvolvimento de habilidades que devem manter a qualidade de vida, como a de autocuidado, garantindo informações e orientações sobre o cuidar de si mesmo, e a gerenciar suas condições de saúde. Isso inclui instruções sobre o uso de medicamentos, prática de exercícios, entre outros.

Portanto, este estudo justifica-se pela necessidade de compreender como a capacidade de autocuidado dos idosos influencia diretamente a sua qualidade de vida, oferecendo insights valiosos para o desenvolvimento de estratégias de cuidados de saúde mais eficazes e personalizadas para essa população.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a capacidade de autocuidado segundo a qualidade de vida entre pessoas idosas, residentes em um município do sul de Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) descrever as características sociodemográficas das pessoas idosas estudadas;
- b) mensurar a capacidade para o autocuidado das pessoas idosas;
- c) categorizar o padrão de qualidade de vida entre pessoas idosas do estudo;
- d) identificar clusters baseados na capacidade para o autocuidado e diferentes dimensões da qualidade de vida;
- e) explorar as características sociodemográficas em cada cluster identificado para entender diferenças contextuais que podem influenciar a capacidade para o autocuidado as pessoas idosas.

4 MÉTODO

O presente estudo será de abordagem quantitativa transversal descritivo.

A abordagem quantitativa significa quantificar opiniões e dados, nas formas de coletase informações, assim como o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as mais simplesaté o uso de textos mais complexos (Polit; Beck, 2011).

Polit e Beck (2011) comentam que o método quantitativo é muito utilizado no desenvolvimento de pesquisas descritivas, nas quais procura descobrir e classificar a relação devariáveis. Ainda, escrevem que o tipo de pesquisa quantitativa é adequado para se estudar os fenômenos naturais; nele se descrevem as relações existentes entre as variáveis, sem a preocupação de se chegar as causas que as produzem.

Os estudos transversais são aqueles que coletam dados em um único momento no tempo.Os fenômenos investigados são apreendidos enquanto se manifestam, durante um dos momentos de coleta de dados. Delineamentos transversais mostram-se adequados para a descrição de situações de fenômenos ou das relações entre os mesmos, em um momento fixo em tempo (Polit; Beck, 2011).

4.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM

Os participantes do estudo foram pessoas idosas de 60 anos ou mais tanto do sexo masculino quanto do feminino, residentes em uma cidade no sul de Minas Gerais.

A amostragem foi probabilística aleatória simples, calculada considerando o número de pessoas idosas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Alfenas , sendo o calculo amostral de 600 participantes residentes na cidade de Alfenas-MG, considerando intervalo de confiança de 95% para as estimativas, prevalência de 11% para uma das variáveis principais e 20% para possíveis perdas no processo de recrutamento e/ou conclusão das entrevistas. (Lwanga; Lemeshow; World Health Organization, 1991).

Devido ao alto número de recusas, endereços errados, e desatualização cadastral de usuários da secretaria de saúde, que ainda constava usuários que vieram a óbito, a amostra final foi de 100 participantes.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão: Ser capaz de comunicar-se do ponto de vista verbal e cognitivo, o que foi verificado por meio do Questionário de Avaliação Mental, cuja descrição se encontra no item “4.4 instrumento para coleta de dados”.

Critérios de exclusão: Pessoa idosa institucionalizados.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por duas formas distintas, sendo a primeira os procedimentos utilizados para coleta de dados e a segunda os instrumentos utilizados na pesquisas.

Os dados foram adquiridos utilizando o aplicativo *KoboToolbox*, uma ferramenta de código aberto que oferece vantagens como aprimoramento da coleta, diminuição do uso de papel e recursos físicos, e especialmente redução de erros de digitação. Posteriormente, esses dados foram preparados para análise utilizando programas como o Stata 14.0, conforme sugerido por Corcino e Cunha (2017).

4.3.1 Procedimentos de coleta de dados

Os procedimentos de coleta de dados se referem àqueles que foram utilizados para localizar, convite e realização da entrevista com o participante do estudo.

Foram adotados os seguintes procedimentos:

- Identificação do participante pela lista de amostragem.
- Convite a ele para integrar-se à pesquisa.
- Explicação do estudo, assim como de seus objetivos, relevâncias, instrumentos a serem aplicados na entrevista.
- Orientação sobre a entrevista estruturada direta informando que haverá o preenchimento de quatro instrumentos.
- Retirada de possíveis dúvidas.
- Obtenção da sua anuência pela assinatura do TCLE.
- As entrevistas foram realizadas no domicílio sendo o local das entrevistas tranquilo, sem ruídos e privado para preservação do princípio da privacidade e condições quanto à realização das entrevistas.
- Agradecimento ao respondente.

Após o aceite para participar, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em duas vias, permanecendo uma via com o participante e a outra com o entrevistador. A entrevista estruturada direta o pesquisador

preencheu os instrumentos utilizando tablet.

4.3.2 Instrumentos da pesquisa

Foram utilizados, nessa etapa, quatro instrumentos de pesquisa:

- 1 - Questionário de Avaliação Mental (ANEXO A): Proposto por Khan, Goldfarb, Pollack e Peck em 1960, de domínio público e que consiste em 10 perguntas que analisam basicamente a orientação têmporo- espacial, e a memória para os fatos tardios, possibilitando avaliar se a pessoa idosa sofre ou não de uma síndrome mental orgânica. O respondente deve acertar, no mínimo, sete do total das dez perguntas, conforme menciona o seu autor (Ventura; Bottino, 2002). Este instrumento foi utilizado apenas para Avaliação Mental que é um dos critérios de inclusão, conforme citado anteriormente.
- 2 – Instrumento de Caracterização sociodemográfica e de saúde (ICSS): Este instrumento está formado por questões abertas e fechadas, sendo os dados sociodemográficos representados por: idade em anos, sexo, situação conjugal e escolaridade., religião, renda em salários mínimos. Os dados de saúde foram: Estado atual da saúde; saúde comparada ao ano anterior; saúde comparada com as pessoas da mesma idade, assim como tipo de doença crônica, e uso de medicamentos e outros. Elaborado por Silva 2017 (ANEXO B).
- 3 - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de WHOQOL-Bref Abreviada (ANEXO C): Com o objetivo de disponibilizar um instrumento que demande menor tempo para preenchimento e com características psicométricas satisfatórias, o Grupo WHOQOL desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. O WHOQOL- bref é composto por 26 questões, sendo duas questões sobre a auto-avaliação da qualidade de vida e 24 questões representando cada uma das facetas do WHOQOL-100. Para a composição das questões do WHOQOL-Bref foi selecionada a questão de cada faceta que apresentava a maior correlação com o escore médio de todas as facetas (The Whoqol Group, 1998; The Whoqol Group, 1996).

Ela é composta por quatro domínios:

- Físico: Refere-se ao impacto da saúde física e da capacidade funcional no bem-estar. Engloba aspectos como dor, energia, sono, mobilidade, atividades diárias e dependência de medicamentos ou tratamentos.

- Psicológico: Avalia fatores relacionados ao estado emocional e cognitivo, incluindo sentimentos positivos, autoestima, memória, concentração e aspectos relacionados à espiritualidade ou crenças pessoais.
- Relações Sociais: Foca nas interações e no suporte social, englobando a satisfação com as relações interpessoais, apoio de amigos e familiares, e experiências sexuais.
- Meio Ambiente: Considera aspectos externos que influenciam a QoL, como segurança física, ambiente físico (clima, poluição), recursos financeiros, acesso a serviços de saúde, transporte e oportunidades de lazer.

A transcrição textual da sintaxe do WHOQOL-Bref se apresenta da seguinte forma de acordo com Pedroso, Pilatti, Gutierrez e Picinin (2010):

- É verificado se todas as 26 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5;
 - Os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores da média da “n” questões que compõem em cada domínio. Nos domínios compostos por até sete questões, este será calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, este será calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a três. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20;
 - Os escores dos domínios são convertidos para uma escala de 0 a 100; A interpretação é quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida.

Nesse estudo consideramos o ponto de corte para pior qualidade de vida, aqueles que tiveram escore global de qualidade de vida abaixo de 60 (Silva *et al.*, 2014).

- 4** – Escala de Avaliação de Qualidade de Vida de WHOQOL- Old (ANEXO D) (constituído de 24 perguntas e suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas, que são: “Funcionamento do Sensorio” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Cada uma das facetas possui 4 perguntas; podendo as respostas oscilar de 4 a 20 (Chachamovich, 2005).

Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Existem três formas de apresentar os dados: - uma é em forma de total (de 4 a 20); - outra é a média (1 a 5); - outra é percentual (0 a 100).

- 5** - Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC) (ANEXO E): É uma

escala desenhada por Isenberg, et al., (1993), adaptada transculturalmente e validada para o Brasil, por Silva e Domingues (2017). O instrumento inclui 24 itens, sem domínio algum, aos quais as pessoas atribuem valor em uma escala de Likert que vai de um a cinco pontos. As opções de resposta são: discordo totalmente 1 pontos , discordo 2 pontos; nem discordo nem concordo 3 pontos; concordo 4 pontos; e concordo totalmente 5 pontos. As respostas tomam um valor mínimo de 24 e, máximo, de 120 pontos. Quanto maiores os escores, melhores serão as operações das capacidades de autocuidado da pessoa que responde à escala. Cada pessoa entrevistada deverá indicar o número que corresponderá ao grau que melhor lhe descreve, sendo este circulado. A conceituação das capacidades de autocuidado obedecerá a seguinte pontuação: Ruim 24-48 pontos; Regular 48-72 pontos; Bom 72-96 pontos; Muito Bom 96-120 pontos.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variáveis referentes a capacidade de autocuidado e qualidade de vida avaliadas pelos instrumentos EACAC, Whoqol-bref e Whoqol- Old.

Variáveis sociodemográficos e de saúde - características sociodemográficas e de saúde.

4.5 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado com 5% do total da amostra, que correspondeu a cinco participantes que não fizeram parte da amostra definitiva, mas estavam de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão (Lakatos; Marconi, 2010).

O estudo piloto tem três finalidades: 1) verificar a compreensibilidade do conteúdo do instrumento pelos participantes do estudo; 2) identificar o tempo de aplicação do instrumento e 3) preparo dos participantes para a coleta definitiva (Lakatos; Marconi, 2010).

No estudo piloto deste estudo foram cumpridas estas três finalidades. Assim, foi avaliada a compreensibilidade dos instrumentos pelos participantes, a duração das entrevistas (cerca de 40 minutos) e o treinamento dos coletadores para a coleta definitiva.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Para obtenção dos dados, foi elaborado e alimentado um banco de dados a partir

dos instrumentos. Para tanto, foi utilizado o programa computacional SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 29.0.1. Foi utilizada a estatística descritiva (frequência e porcentagem) para as variáveis categóricas, e as medidas de tendência e dispersão central (mediana e intervalo interquartil) para as variáveis numéricas ou contínuas.

Da análise multivariada exploratoria foram consideradas as variáveis referentes ao escore geral da capacidade de autocuidado (CAC) e as classificações da CAC, bem como escore da qualidade de vida geral e seus domínios(WHOQOL-Old).

4.7 APRESENTAÇÃO DE DADOS

Os dados foram apresentados em tabelas, de acordo com a natureza dos dados, para melhor apresentação e entendimento dos dados.

5 RESULTADOS

Foram entrevistados 100 indivíduos, 59% do sexo feminino, e 41% do sexo masculino. Dentre eles, a maioria: com ensino fundamental incompleto (39%), com filhos (88%), não realizam trabalho formal ou informal (69%), praticam religião (94%), não realizam atividade física (70%), com condição de saúde ou doença crônica (66%) e em uso de medicamento (81%).

Sobre o aspecto de saúde: 47% auto referiram estar “Melhor” quando comparado sua saúde com as de outras pessoas de sua idade, 40% auto referiram a saúde em geral como “Boa”, e 60% auto referiram que sua saúde permanece a mesma em comparação ao ano anterior.

Dos indivíduos entrevistados, 100% são dependentes de saúde pública. A Tabela 1 resume os resultados sociodemográficos e de saúde obtidos.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de saúde em pessoas idosas em um município do sul de Minas Gerais.

(Continua)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE		(n = 100)	
		n	%
Sexo	Feminino	59	59,00
	Masculino	41	41,00
Escolaridade	Sem escolaridade	9	9,0
	Ensino Fundamental Completo	17	17,0
	Ensino Fundamental Incompleto	39	39,0
	Ensino Médio Completo - Científico, técnico ou equivalente	15	15,0
	Ensino Médio Incompleto - Científico, técnico ou equivalente	8	8,0
	Ensino Superior Completo	7	7,0
	Ensino Superior Incompleto	4	4,0
	Não sabe / Não responde	1	1,0
	Tem filhos	Não	11
Sim		88	88,00
Não sabe / Não responde		1	1,00
Tem algum trabalho formal ou informal	Sim	30	30,0
	Não	69	69,0
	Não sabe / Não responde	1	1,0
Pratica alguma(s) religião(ões)	Não	4	4,00
	Sim	94	94,00
	Não sabe / Não responde	2	2,00
Pratica alguma atividade física	Sim	29	29,0
	Não	70	70,0
	Não sabe / Não responde	1	1,0

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de saúde em pessoas idosas em um município do sul de Minas Gerais.

(Conclusão)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE		(n = 100)	
		n	%
Tem alguma condição de saúde ou doença crônica	Não	33	33,0
	Sim	66	66,0
	Não sabe / Não responde	1	1,0
Toma remédios	Não	16	16,00
	Sim	81	81,00
	Não sabe / Não responde	3	3,00
Tipo de Equipe que atende à pessoa idosa	Equipe de Saúde da Família (eSF)	98	98,0
	Equipe de Atenção Primária (eAP)	2	2,0

Fonte: Do autor (2024)

De acordo com os dados apresentados na Tabela 2, Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado, a atividade de autocuidado que apresentou maior comprometimento foi o item 11 (Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia), em que 55% das respostas corresponderam a “Discordo Totalmente”. Quanto aos outros 23 itens apresentados pela escala, todos tiveram “Concordo Totalmente” ou “Concordo” com maioria de respostas.

Vale ressaltar que quanto maiores os escores obtidos através das respostas, melhores serão as operações das capacidades de autocuidado da pessoa que responde à escala, sendo o “Discordo Totalmente” aquele responsável pela queda do escore.

Tabela 2 - Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC).

(Continua)

CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO		(n = 100)	
		n	%
1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	Discordo totalmente	2	2,00
	Discordo	6	6,00
	Nem concordo nem discordo	9	9,00
	Concordo	38	38,00
	Concordo totalmente	45	45,00
2. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	Discordo totalmente	4	4,00
	Discordo	6	6,00
	Nem concordo nem discordo	6	6,00
	Concordo	43	43,00
	Concordo totalmente	41	41,00

Tabela 2 - Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC).

(Continuação)

CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO		(n = 100)	
		n	%
3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	Discordo totalmente	11	11,00
	Discordo	2	2,00
	Nem concordo nem discordo	4	4,00
	Concordo	36	36,00
	Concordo totalmente	47	47,00
4. Procuo manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	Discordo totalmente	2	2,00
	Discordo	0	0,00
	Nem concordo nem discordo	2	2,00
	Concordo	23	23,00
	Concordo totalmente	73	73,00
5. Quando necessário, tomo novas providencias para me manter saudável.	Discordo totalmente	4	4,00
	Discordo	3	3,00
	Nem concordo nem discordo	7	7,00
	Concordo	33	33,00
	Concordo totalmente	53	53,00
6. Sempre que posso, eu cuido de mim.	Discordo totalmente	1	1,00
	Discordo	3	3,00
	Nem concordo nem discordo	4	4,00
	Concordo	30	30,00
	Concordo totalmente	62	62,00
7. Procuo as melhores maneiras de cuidar de mim.	Discordo totalmente	2	2,00
	Discordo	3	3,00
	Nem concordo nem discordo	3	3,00
	Concordo	39	39,00
	Concordo totalmente	53	53,00
8. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	Discordo totalmente	1	1,00
	Discordo	0	0,00
	Nem concordo nem discordo	1	1,00
	Concordo	20	20,00
	Concordo totalmente	78	78,00
9. Procuo alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	Discordo totalmente	7	7,00
	Discordo	4	4,00
	Nem concordo nem discordo	10	10,00
	Concordo	36	36,00
	Concordo totalmente	43	43,00

Tabela 2 - Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC).

(Continuação)

CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO		(n = 100)	
		n	%
10. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	Discordo totalmente	6	6,00
	Discordo	4	4,00
	Nem concordo nem discordo	4	4,00
	Concordo	36	36,00
	Concordo totalmente	50	50,00
11. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.	Discordo totalmente	29	29,00
	Discordo	17	17,00
	Nem concordo nem discordo	8	8,00
	Concordo	21	21,00
	Concordo totalmente	25	25,00
12. Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	Discordo totalmente	8	8,00
	Discordo	7	7,00
	Nem concordo nem discordo	7	7,00
	Concordo	24	24,00
	Concordo totalmente	54	54,00
13. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	Discordo totalmente	13	13,00
	Discordo	9	9,00
	Nem concordo nem discordo	10	10,00
	Concordo	25	25,00
	Concordo totalmente	43	43,00
14. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	Discordo totalmente	4	4,00
	Discordo	4	4,00
	Nem concordo nem discordo	8	8,00
	Concordo	30	30,00
	Concordo totalmente	54	54,00
15. De tempos em tempos, examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	Discordo totalmente	4	4,00
	Discordo	4	4,00
	Nem concordo nem discordo	6	6,00
	Concordo	31	31,00
	Concordo totalmente	55	55,00
16. Se tomo um remédio novo, procuro informar-me se ele causa algum malestar.	Discordo totalmente	15	15,00
	Discordo	4	4,00
	Nem concordo nem discordo	8	8,00
	Concordo	27	27,00
	Concordo totalmente	46	46,00

Tabela 2 - Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC).

(Continuação)

CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO		(n = 100)	
		n	%
17. No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar a minha saúde.	Discordo totalmente	15	15,00
	Discordo	10	10,00
	Nem concordo nem discordo	10	10,00
	Concordo	30	30,00
	Concordo totalmente	35	35,00
18. Normalmente, tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família.	Discordo totalmente	1	1,00
	Discordo	2	2,00
	Nem concordo nem discordo	6	6,00
	Concordo	40	40,00
	Concordo totalmente	51	51,00
19. Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado.	Discordo totalmente	2	2,00
	Discordo	2	2,00
	Nem concordo nem discordo	8	8,00
	Concordo	44	44,00
	Concordo totalmente	44	44,00
20. No meu dia-a-dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	Discordo totalmente	2	2,00
	Discordo	3	3,00
	Nem concordo nem discordo	8	8,00
	Concordo	39	39,00
	Concordo totalmente	48	48,00
21. Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	Discordo totalmente	2	2,00
	Discordo	1	1,00
	Nem concordo nem discordo	7	7,00
	Concordo	37	37,00
	Concordo totalmente	53	53,00
22. Procuo ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	Discordo totalmente	3	3,00
	Discordo	3	3,00
	Nem concordo nem discordo	7	7,00
	Concordo	38	38,00
	Concordo totalmente	49	49,00
23. Eu sempre acho tempo para mim mesmo.	Discordo totalmente	4	4,00
	Discordo	7	7,00
	Nem concordo nem discordo	5	5,00
	Concordo	42	42,00
	Concordo totalmente	42	42,00

Tabela 2 - Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC).

(Conclusão)

CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO		(n = 100)	
		n	%
24. Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria.	Discordo totalmente	15	15,00
	Discordo	3	3,00
	Nem concordo nem discordo	9	9,00
	Concordo	33	33,00
	Concordo totalmente	40	40,00

Fonte: Do autor (2024)

Tabela 3 - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de WHOQOL-Bref Abreviada

(Continua)

Questões / Respostas sobre Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)		Alfenas (n = 100)	
		n	%
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim	2	2,00
	Ruim	4	4,00
	Nem ruim nem boa	12	12,00
	Boa	53	53,00
	Muito boa	29	29,00
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	4	4,00
	Insatisfeito	3	3,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	16	16,00
	Satisfeito	42	42,00
	Muito satisfeito	35	35,00
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Nada	10	10,00
	Muito pouco	15	15,00
	Mais ou menos	18	18,00
	Bastante	18	18,00
	Extremamente	39	39,00
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Nada	18	18,00
	Muito pouco	23	23,00
	Mais ou menos	21	21,00
	Bastante	22	22,00
	Extremamente	16	16,00
5. O quanto você aproveita a vida?	Nada	10	10,00
	Muito pouco	12	12,00
	Mais ou menos	21	21,00
	Bastante	26	26,00
	Extremamente	31	31,00
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	Nada	2	2,00
	Muito pouco	9	9,00
	Mais ou menos	7	7,00
	Bastante	29	29,00
	Extremamente	53	53,00

Tabela 3 - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de WHOQOL-Bref Abreviada

(Continuação)

Questões / Respostas sobre Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)		Alfenas (N = 100)	
		n	%
7. O quanto você consegue se concentrar?	Nada	9	9,00
	Muito pouco	8	8,00
	Mais ou menos	12	12,00
	Bastante	33	33,00
	Extremamente	38	38,00
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	Nada	4	4,00
	Muito pouco	3	3,00
	Mais ou menos	12	12,00
	Bastante	36	36,00
	Extremamente	45	45,00
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Nada	4	4,00
	Muito pouco	6	6,00
	Mais ou menos	12	12,00
	Bastante	31	31,00
	Extremamente	47	47,00
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	Nada	4	4,00
	Muito pouco	8	8,00
	Médio	25	25,00
	Muito	25	25,00
	Completamente	38	38,00
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	Nada	3	3,00
	Muito pouco	0	0,00
	Médio	16	16,00
	Muito	39	39,00
	Completamente	42	42,00
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada	2	2,00
	Muito pouco	12	12,00
	Médio	30	30,00
	Muito	24	24,00
	Completamente	32	32,00
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	Nada	4	4,00
	Muito pouco	5	5,00
	Médio	14	14,00
	Muito	38	38,00
	Completamente	39	39,00
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	Nada	18	18,00
	Muito pouco	16	16,00
	Médio	17	17,00
	Muito	27	27,00
	Completamente	22	22,00
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim	3	3,00
	Ruim	11	11,00
	Nem ruim nem bom	14	14,00
	Bom	25	25,00
	Muito bom	47	47,00

Tabela 3 - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de WHOQOL-Bref Abreviada

Questões / Respostas sobre Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)		(Continuação)	
		Alfenas (n = 100)	
		n	%
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	Muito insatisfeito	4	4,00
	Insatisfeito	8	8,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	13	13,00
	Satisfeito	35	35,00
	Muito satisfeito	40	40,00
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	Muito insatisfeito	2	2,00
	Insatisfeito	7	7,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	10	10,00
	Satisfeito	38	38,00
	Muito satisfeito	43	43,00
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	Muito insatisfeito	5	5,00
	Insatisfeito	7	7,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	12	12,00
	Satisfeito	41	41,00
	Muito satisfeito	35	35,00
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	Muito insatisfeito	0	0,00
	Insatisfeito	5	5,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	7	7,00
	Satisfeito	42	42,00
	Muito satisfeito	46	46,00
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeito	3	3,00
	Insatisfeito	4	4,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	6	6,00
	Satisfeito	36	36,00
	Muito satisfeito	51	51,00
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	Muito insatisfeito	9	9,00
	Insatisfeito	0	0,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	39	39,00
	Satisfeito	29	29,00
	Muito satisfeito	23	23,00
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Muito insatisfeito	6	6,00
	Insatisfeito	4	4,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	10	10,00
	Satisfeito	34	34,00
	Muito satisfeito	46	46,00

Tabela 3 - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de WHOQOL-Bref Abreviada

Questões / Respostas sobre Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)		(Conclusão)	
		Alfenas (N = 100)	
		n	%
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	Muito insatisfeito	0	0,00
	Insatisfeito	4	4,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	3	3,00
	Satisfeito	32	32,00
	Muito satisfeito	61	61,00
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito	4	4,00
	Insatisfeito	3	3,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	6	6,00
	Satisfeito	38	38,00
	Muito satisfeito	49	49,00
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	Muito insatisfeito	4	4,00
	Insatisfeito	1	1,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	13	13,00
	Satisfeito	33	33,00
	Muito satisfeito	49	49,00
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca	7	7,00
	Algumas vezes	8	8,00
	Frequentem ente	9	9,00
	Muito frequentem ente	30	30,00
	Sempre	46	46,00

Fonte: Do autor (2024)

De acordo com a Tabela 3, os 26 itens que abordam sobre a qualidade de vida remetem a diferentes perguntas e conjuntos de respostas. Verificou-se que a maioria considera sua qualidade de vida (questão 1) como “Boa” (53%), e 42% estão satisfeitos com sua saúde (questão 2). Do domínio referente às questões 3 à 9, cinco questões apresentaram a resposta “Extremamente”, o que denota dados positivos. Respostas positivas (“Muito” e “Completamente”) também foram levantadas das questões 10 à 14.

A questão 15 que aborda a capacidade de locomoção, trouxe que 47% a consideram “Muito boa”. E, do domínio referente às questões 16 à 25, a maioria considerou os aspectos como “Satisfeito” ou “Muito satisfeito”. Assim, das questões 1 à 25 obtiveram devolutivas positivas. Porém, a questão 26 apresentou que a maioria “Sempre” (46%) ou “Muito frequentemente” (30%), ou seja, 76% apresentam sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

A tabela 4, demonstra os escores do WHOQOL-Bref de acordo com os domínios.

Tabela 4 - Média dos escores do WHOQOL-Bref de acordo com os domínios

Dominios	Mediana	Intervalo interquartil
Físico	16,00	4,00
Psicológico	16,66	3,33
Relações sociais	16,00	4,00
Meio ambiente	16,00	3,50
QV geral/satisfação com a vida	63,90	12,51

Fonte: Do autor

Pode-se observar que as medianas nos quatro domínios foram semelhantes em torno de 16,00 e a mediana da qualidade de vida/ satisfação com a vida foi de 63,90.

Na tabela 5 pode-se observar dados sobre a qualidade de vida pela escala de WHOQOL-Old. Nessa escala, as perguntas foram direcionadas para serem respondidas conforme as duas últimas semanas.

Tabela 5 – Escala de Avaliação de Qualidade de Vida pelo WHOQOL-Old.

(Continua)

Questões / Respostas sobre Qualidade de Vida WHOQOL-OLD	Alfenas (n = 100)	
	n	%
Q.1. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	Nada	2,00
	Muito pouco	10,00
	Mais ou menos	12,00
	Bastante	23,00
	Extremamente	53,00
Q.2. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	Nada	1,00
	Muito pouco	8,00
	Mais ou menos	9,00
	Bastante	19,00
	Extremamente	63,00
Q.3. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	Nada	4,00
	Muito pouco	3,00
	Mais ou menos	9,00
	Bastante	18,00
	Extremamente	66,00
Q.4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	Nada	17,00
	Muito pouco	8,00
	Mais ou menos	17,00
	Bastante	25,00
	Extremamente	33,00

Tabela 5 – Escala de Avaliação de Qualidade de Vida pelo WHOQOL-Old.

(Continuação)

Questões / Respostas sobre Qualidade de Vida WHOQOL-OLD	Alfenas (n = 100)	
	n	%
Q.5. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	Nada	3,00
	Muito pouco	5,00
	Mais ou menos	13,00
	Bastante	30,00
	Extremamente	49,00
Q.6. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	Nada	7,00
	Muito pouco	6,00
	Mais ou menos	14,00
	Bastante	5,00
	Extremamente	68,00
Q.7. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	Nada	4,00
	Muito pouco	7,00
	Mais ou menos	12,00
	Bastante	9,00
	Extremamente	68,00
Q.8. O quanto você tem medo de morrer?	Nada	5,00
	Muito pouco	4,00
	Mais ou menos	5,00
	Bastante	12,00
	Extremamente	74,00
Q.9. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	Nada	30,00
	Muito pouco	10,00
	Mais ou menos	14,00
	Bastante	9,00
	Extremamente	37,00
Q.10. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	Nada	2,00
	Muito pouco	10,00
	Mais ou menos	8,00
	Bastante	15,00
	Extremamente	65,00
Q.11. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	Nada	6,00
	Muito pouco	8,00
	Mais ou menos	23,00
	Bastante	34,00
	Extremamente	29,00
Q.12. Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	Nada	6,00
	Muito pouco	4,00
	Mais ou menos	16,00
	Bastante	41,00
	Extremamente	33,00

Tabela 5 – Escala de Avaliação de Qualidade de Vida pelo WHOQOL-Old.

(Continuação)

Questões / Respostas sobre Qualidade de Vida WHOQOL-OLD		Alfenas (n = 100)	
		n	%
Q.13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	Nada	7	7,00
	Muito pouco	10	10,00
	Mais ou menos	15	15,00
	Bastante	30	30,00
	Extremamente	38	38,00
Q.14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	Nada	3	3,00
	Muito pouco	6	6,00
	Mais ou menos	20	20,00
	Bastante	42	42,00
	Extremamente	29	29,00
Q.15. Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	Muito insatisfeito	2	2,00
	Insatisfeito	2	2,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	10	10,00
	Satisfeito	25	25,00
	Muito satisfeito	61	61,00
Q.16. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	Muito insatisfeito	1	1,00
	Insatisfeito	2	2,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	9	9,00
	Satisfeito	37	37,00
	Muito satisfeito	51	51,00
Q.17. Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	Muito insatisfeito	2	2,00
	Insatisfeito	4	4,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	17	17,00
	Satisfeito	35	35,00
	Muito satisfeito	42	42,00
Q.18. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	Nada	9	9,00
	Muito pouco	9	9,00
	Mais ou menos	23	23,00
	Bastante	21	21,00
	Extremamente	38	38,00
Q.19. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	Muito infeliz	0	0,00
	Infeliz	3	3,00
	Nem feliz nem infeliz	17	17,00
	Feliz	39	39,00
	Muito feliz	41	41,00

Tabela 5 – Escala de Avaliação de Qualidade de Vida pelo WHOQOL-Old.

(Conclusão)

Questões / Respostas sobre Qualidade de Vida WHOQOL-OLD		Alfenas (n = 100)	
		n	%
Q.21. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	Nada	4	4,00
	Muito pouco	6	6,00
	Mais ou menos	9	9,00
	Bastante	36	36,00
	Extremamente	45	45,00
Q.22. Até que ponto você sente amor em sua vida?	Nada	3	3,00
	Muito pouco	5	5,00
	Mais ou menos	3	3,00
	Bastante	33	33,00
	Extremamente	56	56,00
Q.23. Até que ponto você tem oportunidades para amar?	Nada	6	6,00
	Muito pouco	5	5,00
	Mais ou menos	7	7,00
	Bastante	39	39,00
	Extremamente	43	43,00
Q.24. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	Nada	8	8,00
	Muito pouco	4	4,00
	Mais ou menos	6	6,00
	Bastante	37	37,00
	Extremamente	45	45,00

Fonte: Do autor (2024)

A primeira parte da escala é composta das questões Q1 a Q9. Nessa parte, pode-se observar que a capacidade dos cinco sentidos humanos (Q1 e Q2) tem atrapalhado “Extremamente” (> 53%) na qualidade de vida do indivíduo. As questões ligadas a morte, como preocupação de como irá morrer e o medo da morte tiveram altas respostas “Extremamente” (> 68%).

Da Q10 a Q14 perguntam sobre quão completamente o indivíduo fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas. Novamente os cinco sentidos aparecem comprometendo a qualidade devida da maioria dos entrevistados (65%). Das outras questões desse grupo (Q10 a Q14), a porcentagem mais alta (“Bastante” - 42%) pertence a questão acerca da suficiência para fazer coisas no dia a dia.

Quanto ao sentimento de satisfação e felicidade sobre vários aspectos de sua vida (Q15a Q18), todas as perguntas tiveram o “Muito satisfeito” como maioria das respostas, o que denota que satisfação e felicidade em alcançar certos aspectos da vida está presente nas pessoas idosas. Ainda quanto a felicidade (Q19) obteve “Feliz (39%)” e “Muito feliz” (41%) como maioria deresposta sobre coisas que se pode esperar atualmente. A Q20 trouxe que a maioria está satisfeito com o funcionamento dos cinco sentidos humanos,

apesar de que questões anteriores demonstraram a presença do comprometimento neles.

Por fim, o último conjunto de perguntas (Q21 a Q24) se refere a qualquer relacionamento íntimo que o indivíduo possa ter. Companheirismo, amor, oportunidade de amar e ser amado, todos foram aspectos com a prevalência “Extremamente” (>43%).

Abaixo, a tabela quanto os domínios do WHOQOL -OLD

Tabela 6 - Média dos escores do WHOQOL -OLD de acordo com os domínios. 2023

Dominios	Mediana	Intervalo interquartil
Funcionamento sensorio	4,50	1,19
Autonomia	4,00	1,00
Atividades passadas/presentes e futuro	4,25	1,25
Participação social	4,00	1,25
Morte/morrer	4,25	1,50
Intimidade	4,25	1,00
Escore total	16,50	3,42

Fonte: Do autor (2024)

Os domínios mais afetados foram o da “autonomia” e “Participação social” (mediana = 4,00) seguido das “Atividades passadas/presentes e futuro”, “Morte/morrer” e “Intimidade”, todos com mediana igual a 4,25. A mediana do escore total do Whoqol-Old foi de 16,50.

A seguir, a tabela quanto classificações e agrupamentos de CAC e QV.

Tabela 7 - Classificações e agrupamentos de capacidades de autocuidado e qualidade de vida

Classificações e Grupos		Alfenas (n = 100)	
		n	%
Classificação da Capacidade de Autocuidado (Original)	Péssima	0	0,0%
	Ruim	1	1,0%
	Regular	1	1,0%
	Boa	17	17,0%
	Muito boa	40	40,0%
	Ótima	41	41,0%
Grupo com Capacidade de Autocuidado Inferior (dummy)	Capacidade de Autocuidado Superior	98	98,0%
	Capacidade de Autocuidado Inferior	2	2,0%
Grupo com Pior QV (BRIEF - dummy)	Melhor QV	69	69,0%
	Pior QV	31	31,0%

Fonte: Do autor (2024)

De acordo com os dados apresentados na tabela 7 que demonstra pelo teste Dummy,

o agrupamento das respostas de melhor e pior capacidade de autocuidado, e melhor e pior qualidade de vida, encontrou-se que 98% dos participantes consideraram como boa, muito boa e ótima e 2% como ruim e regular, com relação a qualidade de vida 69% tiveram melhor qualidade de vida e 31% de pior qualidade de vida.

Com base na construção dos clusters, ou seja, grupos que compartilham características semelhantes entre si, mas são diferentes de elementos de outros grupos, foram criados quadros com as variáveis de qualidade de vida (Bref e Old) e capacidade de autocuidado. Esses clusters agrupam elementos que são mais próximos entre si de acordo com um conjunto de características ou variáveis. Ou seja, as pontuações tornaram possível a criação de grupos.

O número de clusters foi definido observando-se o dendrograma, e após isso, foram organizados de forma crescente, assim, nos clusters um (1) estão presente os de menor valor da variável em questão.

Na Tabela 8, as pontuações da qualidade de vida (mínimo e máximo) por domínios WHOQOL-BREF e por facetas WHOQOL-OLD são organizadas de acordo com os clusters de capacidade de autocuidado. Os valores estão dispostos de forma crescente, com o Cluster 1 representando os menores valores de qualidade de vida em cada domínio e faceta, até o Cluster 3 ou 4, que possui as maiores pontuações. No domínio físico do WHOQOL-BREF, por exemplo, os valores variam de um mínimo de 5,14 no Cluster 1 a um máximo de 20,00 no Cluster 4. Para o domínio psicológico, as pontuações vão de 8,00 a 20,00, presentes nos clusters 1 e 3, respectivamente. O domínio de relações sociais alcança um intervalo de 4,00 a 20,00, e o de meio ambiente varia de 8,50 a 20,00, distribuídos entre os clusters.

Para a escala WHOQOL-OLD, observa-se que a faceta de Funcionamento do Sensório (FS) atinge o maior valor no Cluster 4, com pontuações de 15,00 a 20,00, enquanto no Cluster 1 essa pontuação é de 6,00. A Autonomia também apresenta pontuações elevadas nos clusters mais altos, chegando a 20,00 no Cluster 3. As facetas de Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF), Participação Social (PS), Morte e Morrer (MEM) e Intimidade (INT) seguem essa mesma tendência, com os clusters mais altos refletindo maiores pontuações de qualidade de vida.

Tabela 8 - Pontuações, por clusters, da Qualidade de Vida e de Capacidade de Autocuidado, dos idosos da pesquisa.

Clusters	Características	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	
WHOQOL-BREF	Físico (mín/max)	5,14 / 20,00	9,14 / 14,29	14,86 / 20,00	18,00 / 20,00	
	Psicológico (mín/max)	8,00 / 20,00	13,33 / 16,11	16,67 / 20,00	N/A	
	Relações sociais (mín/max)	4,00 / 20,00	6,67 / 12,00	13,33 / 20,00	N/A	
	Meio ambiente (mín/max)	8,50 / 20,00	11,00 / 13,50	14,00 / 17,50	18,00 / 20,00	
	WHOQOL-OLD	FS (mín/max)	6,00 / 20,00	8,00 / 20,00	12,00 / 20,00	15,00 / 20,00
		Autonomia (mín/max)	7,00 / 20,00	10,00 / 16,00	17,00 / 20,00	N/A
PPF (mín/max)		8,00 / 20,00	14,00 / 17,00	18,00 / 20,00	N/A	
PS (mín/max)		8,00 / 20,00	11,00 / 14,00	15,00 / 20,00	18,00 / 20,00	
MEM (mín/max)		4,00 / 20,00	8,00 / 20,00	15,00 / 20,00	N/A	
Intimidade (mín/max)		4,00 / 20,00	8,00 / 20,00	14,00 / 20,00	19,00 / 20,00	
Autocuidado	Mínimo/Máximo	54 / 54	66 / 79	79 / 120	105 / 120	
	Média	54,00	73,86	93,87	112,25	

Fonte: Do autor (2024)

Observando a pontuação de capacidade de autocuidado, o valor mínimo do Cluster 1 é 54, com uma média de 54,00. Já no Cluster 4, que possui as maiores pontuações, o valor mínimo é 105 e a média é de 112,25, indicando uma relação positiva entre autocuidado e pontuações mais altas de qualidade de vida nas diversas facetas e domínios.

Na Tabela 9, que apresenta as características demográficas e de saúde, observou-se uma variação de idade entre os clusters, com o Cluster 1 apresentando um indivíduo de 66 anos e o Cluster 3 abrangendo idades entre 60 e 92 anos. Em relação ao sexo, os clusters

com maior capacidade de autocuidado (Cluster 4) são compostos em sua maioria por homens (52,5%), enquanto o Cluster 1, com menor capacidade, é 100% feminino.

Tabela 9 - Características Sociodemográficas e de Saúde dos idosos da pesquisa, em cada clusters da CAC.

Características		Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	
Idade	Mínima/Máxima	66 / 66	63 / 87	60 / 92	60 / 86	
Sexo (%)	Feminino/Masculino	100% /	42,9%	69,2%	47,5%	
		0%	/	/	/	
			57,1%	30,8%	52,5%	
Escolaridade (%)	Níveis	Sem:	Sem:	Sem:	Sem:	
		0%	0%	11,5%	7,5%	
		Ens. Fund. Completo	0%	0%	15,4%	22,5%
		Ens. Fund. Incompleto	100%	57,1%	38,5%	35,0%
		Ens. Médio Completo	0%	28,6%	15,4%	12,5%
		Ens. Médio Incompleto	0%	0%	7,7%	10,0%
		Ens. Superior Completo	0%	0%	9,6%	5,0%
	Não sabe/Não responde	0%	14,3%	0%	0%	
Com Filhos (%)	Sim/Não	100% /	85,7%	88,5%	87,5%	
		0%	/	/	/	
			14,3%	11,5%	12,5%	
Estado Conjugal (%)	Casados/Outros	100%	42,9%	61,5%	47,5%	
		0%	14,3%	9,6%	22,5%	
		0%	14,3%	5,8%	10,0%	
		0%	28,6%	23,1%	20,0%	
	Viúvos	0%	28,6%	23,1%	20,0%	
Trabalho (%)	Sim/Não	0%	57,1%	23,1%	35,0%	
Religião (%)	Sim/Não	100%	71,4%	94,2%	97,5%	
Atividade Física (%)	Sim/Não	0%	14,3%	15,4%	50,0%	
Condição de Saúde (%)	Sim/Não	0%	42,9%	75,0%	60,0%	
Uso Medicamentoso (%)	Sim/Não	0%	71,4%	78,8%	87,5%	

Fonte: Do autor (2024)

A escolaridade também se associa aos clusters de autocuidado, com maior proporção de idosos com ensino superior completo ou incompleto nos Clusters 3 e 4. Indivíduos sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto predominam nos clusters mais baixos (1 e 2), sugerindo uma possível correlação entre nível de escolaridade e capacidade de autocuidado.

Em relação ao estado civil, o Cluster 4 possui 47,5% de indivíduos casados, o que é ligeiramente menor do que no Cluster 3 (61,5%). A proporção de viúvos é maior nos clusters com menor capacidade de autocuidado, como o Cluster 2, com 28,6% de viúvos.

No que diz respeito ao trabalho, os clusters mais elevados apresentam uma variação na porcentagem de pessoas idosas com trabalho formal ou informal: o Cluster 4, por exemplo, apresenta 35% de indivíduos empregados, enquanto o Cluster 1 é composto exclusivamente por idosos que não realizam nenhum tipo de trabalho.

A prática religiosa é mais frequente nos clusters mais altos de autocuidado (94,2% no Cluster 3 e 97,5% no Cluster 4), e essa prática diminui em clusters mais baixos, com 71,4% no Cluster 2.

Quanto à prática de atividade física, observa-se que, conforme aumenta a capacidade de autocuidado, também aumenta a proporção de pessoas idosas que se exercitam, atingindo 50% no Cluster 4, em comparação com 0% no Cluster 1. A presença de condições de saúde ou doenças crônicas também é mais comum nos clusters com maior capacidade de autocuidado: 75% no Cluster 3 e 60% no Cluster 4, o que indica que o autocuidado está presente mesmo em condições de saúde adversas.

Por fim, o uso de medicamentos é mais comum nos clusters com maior capacidade de autocuidado, com 87,5% no Cluster 4, enquanto o Cluster 1 não apresenta nenhum uso de medicamentos. Esse padrão indica que a capacidade de autocuidado pode estar relacionada a uma gestão mais ativa da saúde, refletida pelo uso de medicação e prática de atividades que promovem o bem-estar.

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo fornecem evidências significativas sobre a relação entre autocuidado e qualidade de vida em pessoas idosas, ressaltando a importância da promoção do bem-estar nesta população. Os dados analisados demonstram que as pessoas idosas que se engajam em comportamentos de autocuidado, reportam escores significativamente mais altos de qualidade de vida em comparação àqueles que não o fazem.

Esses resultados estão em consonância com a literatura existente, que aponta o autocuidado como um fator determinante para a saúde e qualidade de vida em populações mais velhas (Velaithan *et al.*, 2024).

Vale ressaltar que a sobrevivência do ser humano depende do atendimento às suas necessidades básicas. A capacidade de cuidar de si mesmo, é essencial para alcançar autonomia, independência e autodeterminação. Caso contrário, a pessoa dependerá do cuidado de outros, o que comprometerá sua liberdade (Campolina, 2013).

Assim, é imprescindível que o autocuidado deve fazer parte da vida de todos, incluindo as pessoas idosas, etapa da vida em que se é comum a dependência na realização de atividades, das mais básicas às mais complexas.

Para manter essa CAC e maior QV, é necessário um estilo de vida com atividades responsáveis por influenciar o bem-estar. De acordo com o presente estudo, isso inclui a realização de atividade física, prática de religião, presença de doenças crônicas e uso de medicamentos para os problemas de saúde.

IDADE

A relação entre a idade e a capacidade de autocuidado é um tema amplamente discutido na literatura quanto saúde e envelhecimento, especialmente pela relação direta entre o envelhecimento e a capacidade de manutenção de práticas de cuidado à saúde.

Com o avanço da idade, as pessoas idosas enfrentam desafios específicos que impactam sua habilidade de autocuidado, como o aumento de doenças crônicas e o declínio das funções físicas e cognitivas. Vários estudos mostram que a idade pode ter um impacto significativo nas práticas de autocuidado das pessoas idosas, mas os resultados não são uniformes.

Por um lado, a literatura sugere que, à medida que os indivíduos envelhecem, podem ocorrer declínios nas capacidades físicas e cognitivas, que, por sua vez, afetam

negativamente o autocuidado. Por exemplo, um estudo identificou que os idosos frequentemente enfrentam desafios em manter comportamentos de autocuidado devido a limitações físicas e mudanças na saúde mental, como a depressão (Kim; Lee, 2019).

Estudos mostraram que, à medida que a idade avança, o autocuidado tende a se deteriorar, especialmente em pessoas idosas com múltiplas condições de saúde. Por exemplo, aqueles com mais de três doenças crônicas têm três vezes mais probabilidade de apresentar déficits de autocuidado em comparação com pessoas idosas mais saudáveis. Além disso, o envelhecimento está associado à perda de independência nas atividades diárias, o que também afeta negativamente a capacidade de autocuidado, uma vez que atividades simples, como a administração de medicamentos ou a manutenção de uma alimentação saudável, podem se tornar difíceis (Silva; Santos, 2010; Coutinho; Tomasi, 2020).

Outro estudo destacou que, com o aumento da idade, muitos idosos sentem uma redução na autoeficácia, o que pode levar a uma diminuição nas práticas de autocuidado. Esse mesmo estudo trouxe que a atividade física regular e o suporte social positivo podem contribuir significativamente para uma melhor autoavaliação da saúde e da capacidade de autocuidado em pessoas idosas, mesmo em idades mais avançadas (Morrongiello; Gottlieb, 2000).

Assim, é importante ressaltar que o autocuidado pode ser incentivado, mesmo em idades avançadas, através de intervenções educativas e de apoio contínuo dos serviços de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família. A adoção de hábitos saudáveis, como atividade física e boa nutrição, também tem papel essencial na promoção do autocuidado entre pessoas idosas (Coutinho; Tomasi, 2020).

Em resumo, e dado todo exposto, a influência da idade no autocuidado é complexa e pode variar consideravelmente entre os indivíduos, como pode-se observar no presente estudo, em que diferentes idades apresentaram diferentes níveis de CAC.

Assim, enquanto alguns podem experimentar desafios crescentes em suas rotinas, outros podem desenvolver estratégias eficazes para manter uma boa capacidade de autocuidado e consequente boa qualidade de vida, mesmo na velhice.

O presente estudo corrobora com isso, uma vez que os clusters formados com base na CAC possuem diferentes idade, seja o agrupamento com alta ou baixa CAC. Em outras palavras, tanto o cluster com mais baixa CAC quanto o com mais alta possuem indivíduos de diversas idades. Assim, a promoção de ações preventivas e de apoio ao autocuidado, independente da idade, é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

SEXO

As diferenças de sexo desempenham um papel relevante no autocuidado, influenciando tanto a maneira como homens e mulheres percebem a necessidade de cuidado quanto a frequência com que buscam práticas de saúde. Em geral, as mulheres tendem a ser mais engajadas em autocuidado e ações preventivas, enquanto os homens frequentemente adotam uma atitude mais negligente em relação à saúde. Isso está relacionado a fatores culturais, sociais até de identidade, onde o trabalho, por exemplo, ocupa um papel central na vida dos homens, fazendo com que deem menos atenção à própria saúde.

O estudo de Velone *et al.* (2016) destaca que homens apresentam menor adesão a práticas de autocuidado mesmo diante de condições graves de saúde, como insuficiência cardíaca (IC). A pesquisa identificou que pacientes do grupo com "baixa adesão consistente" eram majoritariamente homens, com menor escolaridade e renda, mais comprometidos clinicamente e pior qualidade de vida mental. Esses achados reforçam que, mesmo após a instalação de doenças crônicas, comportamentos de autocuidado são menos frequentes entre homens, o que pode agravar o quadro clínico e aumentar taxas de hospitalização. A análise enfatiza a necessidade de intervenções específicas para melhorar o autocuidado nessa população vulnerável (Velone *et al.*, 2016).

Porém, no presente estudo, as informações divergiram de tais dizeres, em que os homens apresentaram melhor CAC do que as mulheres. Embora a maioria dos estudos indique que as mulheres tendem a apresentar melhores capacidades de autocuidado, existem algumas pesquisas que mostram cenários onde os homens podem ter desempenhos superiores. Em situações relacionadas ao controle de doenças crônicas, os homens podem apresentar um CAC mais ativo, especialmente quando percebem a necessidade de mudanças no estilo de vida. Estudos sugerem que, em casos específicos, como o controle da dieta e a prática de exercícios físicos, homens podem demonstrar um maior envolvimento, uma vez que frequentemente associam esses comportamentos à preservação da força física e da identidade pessoal (Garcia; Cardoso; Bernardes, 2019; Santos, 2020).

Esses contextos mostram que, embora as mulheres geralmente busquem mais frequentemente os serviços de saúde e adotem melhores práticas e capacidade de autocuidado, os homens podem sobressair em áreas específicas, como a prática regular de atividades físicas ou em esforços direcionados para a gestão de condições crônicas, especialmente quando os incentivos estão alinhados com sua percepção de identidade e

saúde física.

ESCOLARIDADE

Quando se analisa a escolaridade dos participantes, evidencia-se que níveis mais baixos de escolaridade estão frequentemente associados a menores práticas de capacidade de autocuidado, o que, por sua vez, impacta negativamente a qualidade de vida. Uma hipótese é que indivíduos com menor educação podem ter acesso limitado a informações sobre saúde, prevenção de doenças e promoção do bem-estar, o que dificulta a adoção de hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, prática de atividade física e adesão a tratamentos médicos.

Szwarcwald *et al.* (2005), corroboram com tais informações, em que, em seu estudo traz que a educação é um importante indicador associado a níveis elevados de status social e econômico, exercendo impactos diretos sobre a saúde (Szwarcwald *et al.*, 2005).

Ou seja, a falta de conhecimento e recursos para cuidar da própria saúde pode levar a um gerenciamento inadequado das condições de saúde, resultando em um declínio na capacidade funcional e no bem-estar geral.

Um estudo realizado por Lasheras, Petterson e Casado (2001) analisou o impacto da escolaridade na qualidade de vida, revelando uma forte associação entre baixos níveis educacionais e infelicidade, relações sociais frágeis, baixa percepção de autocuidado e saúde, além de problemas sensoriais entre idosos.

Além disso, pessoas com menor escolaridade tendem a enfrentar maiores barreiras socioeconômicas, o que também dificulta o acesso a serviços de saúde ou até mesmo à compreensão de sua situação de saúde. Como resultado, a qualidade de vida dessas pessoas tende a ser mais baixa, já que o CAC adequado é essencial para o envelhecimento saudável e a manutenção da autonomia.

Corroborando a isso, Brasil (2017) traz que a baixa escolaridade pode afetar a capacidade dos idosos de compreender e executar ações relacionadas às práticas de autocuidado. Além disso, a literatura comprova que a educação superior entre as pessoas idosas tem facilitado o acesso aos serviços de saúde, resultando em tratamentos médicos mais eficazes, o que contribuiu para a redução da prevalência de sintomas depressivos (Brasil, 2017; Hajjar *et al.*, 2017).

Assim, a educação pode atuar como um fator de proteção para a saúde, pois possibilita as pessoas idosas maior acesso a serviços e tratamentos, contribuindo para a

redução de complicações se deficiências funcionais (Brasil, 2017).

Quanto maior o acesso à informação e ao conhecimento sobre suas comorbidades, maior será a capacidade do indivíduo de agir de forma eficaz, adotando medidas que promovam uma alimentação saudável e modificações no estilo de vida, ou seja, o autocuidado. Essas ações, por sua vez, têm um impacto direto na melhoria da sua qualidade de vida (Wild *et al.*, 2004).

FILHOS E ESTADO CONJUGAL

A presença de filhos pode influenciar a capacidade de autocuidado em pessoas idosas de diversas maneiras. Estudos mostram que pessoas idosas que têm filhos podem receber apoio emocional, financeiro e prático (Carballo; Divino; Zeric, 1998; Knodel; Ofstedal, 2005; Adhikari; Jampaklay; Chamrathirong, 2011), o que pode facilitar o acesso a cuidados de saúde e promover CAC mais eficazes.

Em contrapartida, a distância entre pais idosos e filhos, pode aumentar o risco de sintomas de saúde mental, como solidão e depressão, afetando negativamente a capacidade de autocuidado (Adhikari; Jampaklay; Chamrathirong, 2011).

Isso é uma situação não apenas em relação a presença de filhos. Nacional (Lamper; Ferreira, 2018) e pesquisa internacional (Tiraphat *et al.*, 2017) constataram que idosos que moravam sozinhos, eram solteiros e viúvos apresentaram maiores índices de sintomas depressivos, semelhante aos achados em que houve associação entre a ausência de sintomas depressivos com aqueles que tinham companheiro. Morar com cônjuge ou ter companheiro pode ser considerado um fator de proteção psicossocial, pois contribui para assistência em situações adversas e apoio mútuo (Nascimento, 2017).

Esses fatores mostram como o suporte familiar desempenha um papel crucial na saúde e bem-estar das pessoas idosas, reforçando a importância de redes sociais e comunitárias para aqueles que não contam com o apoio direto de filhos.

TRABALHO FORMAL OU INFORMAL

A literatura sugere que tanto o trabalho formal quanto o informal podem ter implicações na saúde e, conseqüentemente, na capacidade de autocuidado das pessoas idosas. O emprego formal, por exemplo, costuma oferecer acesso a benefícios como seguros de saúde e redes sociais de apoio, o que pode facilitar a gestão da saúde e a CAC,

promovendo melhor bem-estar geral. Além disso, a estabilidade financeira proporcionada por empregos formais ajuda na manutenção de hábitos de vida mais saudáveis e no acesso a tratamentos médicos regulares (Ho, 2023; Lee, 2022).

Por outro lado, o trabalho informal, que muitas vezes carece de proteção social e de benefícios de saúde, pode ter um impacto mais negativo sobre a saúde do trabalhador. No entanto, apesar dos desafios, a participação em qualquer tipo de atividade laboral pode proporcionar interação social e um senso de propósito, que são fundamentais para o bem-estarp psicológico e para a capacidade de autocuidado entre as pessoas idosas (Ho, 2023; Lee, 2022).

Essas perspectivas destacam que a forma de inserção no mercado de trabalho afeta de maneira diferente a CAC, sendo o trabalho formal geralmente mais vantajoso devido ao acesso a recursos e apoios estruturais, enquanto o trabalho informal pode expor as pessoas idosas a riscos que dificultam a manutenção de uma boa saúde.

Como os resultados do presente estudo levantaram dados diversificados nos clusters, como maior CAC em quem trabalha e em quem não trabalho, levanta-se que a aposentadoria também pode ter impactos variados na CAC de idosos, influenciando tanto aspectos positivos quanto negativos.

Quanto a aposentadoria, segundo Silva *et al.* (2009), ela é a principal fonte de renda entre os idosos. Estudos sugerem que a aposentadoria voluntária ou planejada pode trazer benefícios à saúde física e mental, permitindo mais tempo para se dedicara atividades que promovem o bem-estar, como exercícios físicos, alimentação saudável e acompanhamento médico regular. Isso ocorre porque eles deixam de lado o estresse e as exigências do trabalho, permitindo uma maior atenção ao autocuidado e à saúde (Chamberlin, 2014; Eibich, 2015; Zhu, 2016).

No entanto, a transição para a aposentadoria também pode apresentar desafios, especialmente se for involuntária ou associada a condições de saúde que forcem a saída precocedo mercado de trabalho. Nessas situações, pode haver um impacto negativo na saúde mental, resultando em dificuldades no autocuidado devido à falta de propósito ou isolamento social, que podem surgir após o desligamento das atividades profissionais (Sahlgren, 2013).

Portanto, com todo o exposto, o autocuidado e a CAC é influenciado tanto pela continuidade na prestação de serviços, quanto na aposentadoria. Tudo depende muito de como essa transição é vivenciada, como um planejamento adequado e o envolvimento em atividades sociais e físicasapós a aposentadoria podem ajudar a manter ou até melhorar a

capacidade de autocuidado entre os idosos.

PRÁTICA RELIGIOSA

A religiosidade pode exercer uma influência significativa no CAC, e consequentemente na qualidade de vida, pois desempenha um papel importante na motivação e no comportamento de saúde das pessoas. Para muitos indivíduos, a prática religiosa oferece diretrizes morais e éticas que incentivam o cuidado com o corpo e a mente, visto como um dever espiritual. Essa conexão com a fé pode aumentar a motivação para adotar hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, prática de exercícios físicos, descanso adequado e a busca por tratamento médico quando necessário. Tais fatos são um fato no presente estudo, uma vez que aqueles que realizam a prática religiosa apresentam melhores CAC.

Frankl (1992) retrata que a religião traz consigo a sensação de apoio ou refúgio, e ela é vista como uma forma de sustentação. Ainda, outro autor traz que a busca pelo sentido da vida é alcançada por meio da relação do indivíduo com o sagrado. Na religião, isso se manifesta através de valores que orientam a vida, enquanto na espiritualidade é uma experiência que confere significado à existência.

Um estudo quanti-qualitativo realizado em 2015, que discute a espiritualidade e a religião como potenciadores da qualidade de vida, evidenciou que a influência da religiosidade e da espiritualidade na qualidade de vida é particularmente evidente no domínio psicológico. Ela atua promovendo o desenvolvimento de pensamentos e emoções positivas, como esperança, otimismo e resiliência. Esses fatores ajudam a enfrentar situações desafiadoras e adversas de maneira mais equilibrada, o que resulta em uma percepção mais elevada de satisfação com a vida (Chaves; Gil, 2015)

É essencial valorizar o que é importante para cada indivíduo, já que as experiências vividas ao longo da vida contribuem para enfrentar situações adversas. Essas vivências auxiliam nas escolhas e na busca pelo sentido da existência. Diante dos desafios da velhice, o idoso pode sucumbir ao sofrimento ou, por outro lado, aprender com as lições trazidas pelas dificuldades, fortalecendo assim as experiências que promovem o desenvolvimento e a manutenção da sua Qualidade de Vida (Frankl, 1992).

Assim, de modo a proporcionar um senso de propósito e conexão com algo maior, a religiosidade pode contribuir para a redução de sentimentos negativos, como ansiedade e desespero, favorecendo o bem-estar mental e emocional dos indivíduos. Como

consequência, aqueles que mantêm um forte vínculo com sua fé ou espiritualidade tendem a relatar níveis mais altos de contentamento e qualidade de vida.

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Evidencia-se nesse estudo a associação da prática do exercício físico a maiores escores quanto a CAC e QV Old e Bref, ou seja, a realização da atividade física pelos idosos é uma CAC que aumenta a qualidade de vida. Um estudo realizado em 2012 trouxe a tona que praticantes de exercícios físicos possuem melhor qualidade de vida (Goulart *et al.*, 2012).

A realização de atividade física em idosos é estudada há anos. A prática de exercícios físicos contribui significativamente para a melhoria da capacidade funcional e da aptidão física. Os benefícios resultantes do aumento da atividade física habitual vão além da melhoria da capacidade funcional, incluindo a regulação da pressão arterial e a diminuição do risco de doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes e certos tipos de câncer (Heikkinen, 1998).

Além disso, a prática de atividade física traz benefícios psicossociais, como a redução da depressão, o aumento da autoconfiança e a melhoria da autoestima (Neri, 2001).

Outro estudo traz que, a falta de atividade física regular pode acelerar e intensificar o declínio associado ao envelhecimento, tornando-se um fator determinante para uma velhice mais complexa e prejudicando a qualidade de vida. Como resultado, o idoso experimenta um declínio em sua capacidade funcional, o que compromete sua habilidade de realizar as atividades da vida diária (AVDs) (Matsudo; Matsudo; Barros Neto, 2001).

Vale ressaltar que, a maior parte da diminuição da capacidade física entre os idosos é atribuída ao tédio, à inatividade e à expectativa de doenças. Além disso, uma parte significativa desse declínio é causada pela atrofia muscular por desuso decorrente do sedentarismo (Santos; Knijnik, 2006). Em um estudo de revisão de literatura foi constatado que um dos importantes problemas de saúde pública deste milênio, de maneira global, é o sedentarismo (Mazo; Mota; Gonçalves, 2005).

Entretanto, uma das formas de minimizar essa perda decorrente do envelhecimento é a prática de atividades físicas. A prática regular de atividade física pode retardar os declínios normais relacionados à idade em diversas funções dos sistemas fisiológicos, além de atenuar os efeitos e a incidência de doenças debilitantes (Shephard, 2003; Bird; Tarpinning; Marino, 2005).

Cosme *et al.* 2008 afirmam que o treinamento sistemático e específico das capacidades físico-motoras e funcionais contribui significativamente para a manutenção de níveis ótimos de aptidão física. Idosos que são submetidos a esse tipo de estímulo por pelo menos dois anos apresentam um perfil de condição física e funcional comparável ao de um adulto de meia-idade. Dessa forma, a prática regular de atividade física promove um envelhecimento saudável, reduzindo ou retardando as perdas inerentes ao processo de envelhecimento.

Além disso, a atividade física desempenha um papel crucial na manutenção da independência, que é um dos fatores mais importantes para a qualidade de vida dos idosos (Hernandes; Barros, 2004).

Diante das evidências encontradas, infere-se que a prática de qualquer tipo de atividade física é fundamental para um envelhecimento saudável e independente. Ela é um dos pilares para um envelhecimento saudável, oferecendo benefícios que impactam positivamente a longevidade e o bem-estar dos idosos. O idoso fisicamente ativo tende a manter sua autonomia por mais tempo, o que é crucial para a realização das atividades diárias e, conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida.

PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS E USO DE MEDICAMENTO

Com os valores e agrupamentos realizados na presente pesquisa, nota-se que a presença de doenças crônicas no indivíduo está relacionada com a queda da qualidade de vida. No Brasil, há uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, predominantes a hipertensão e o diabetes.

De forma complementar ao tópico anterior, uma pesquisa descobriu que o maior número de doenças crônicas em seus participantes teve associações significativas com baixa educação (Pereira, 2017), ou seja, proporcional, uma vez que os resultados desse e de outros estudos ligam baixa educação com a baixa qualidade de vida e baixa CAC.

Um estudo realizado por Victor *et al.* (2019) sobre o perfil socioeconômico e clínico de idosos aponta que a Hipertensão Arterial Sistêmica é mais prevalente entre indivíduos com baixa escolaridade, um aspecto também observado na presente pesquisa.

Nessa mesma linha, um estudo sobre doenças crônicas e autocuidado encontrou que agregar conhecimentos influencia na adesão e no seguimento do tratamento, principalmente no que se refere à prevenção das suas complicações, sejam estas agudas ou crônicas, no autocuidado e na manutenção do controle metabólico e pressórico (Nogueira, 2012).

A revisão sistemática de Marques *et al.* (2020) investigou fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e antropométricos associados à hipertensão arterial sistêmica (HAS). Foram incluídos estudos observacionais com populações de 18 anos ou mais, publicados nos últimos dez anos, em inglês, português ou espanhol, a partir das bases de dados Pubmed, Web of Science, Scopus e Lilacs. No total, 42 artigos foram incluídos, com a maioria sendo de corte transversal. Entre os fatores mais frequentemente associados ao maior risco de hipertensão estavam idade avançada e alto Índice de Massa Corporal (IMC). Outros fatores incluíam sexo masculino, menor nível de escolaridade, baixa renda e elevada circunferência da cintura. Em contrapartida, nunca ter fumado, nunca ter consumido álcool e ser de cor branca foram características associadas a uma menor probabilidade de desenvolver hipertensão. Dessa forma, aspectos demográficos, socioeconômicos, comportamentais e antropométricos emergem como fatores importantes associados ao aumento do risco de HAS em adultos (Marques *et al.*, 2020).

O trabalho qualitativo intitulado “Grupo Terapêutico com Idosos Sobre o Autocuidado nas Doenças Crônicas” trouxe que um ponto importante de controle e auxílio das doenças crônicas é a atividade física (Alvez *et al.*, 2015). A prática regular de exercícios físicos é indicada para todos os hipertensos e diabéticos, pois contribui para a redução da pressão arterial, controle dos níveis glicêmicos e auxilia na perda ou manutenção do peso corporal. Além disso, o exercício físico pode diminuir o risco de doenças como a coronariana, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além de promover a melhora do bem-estar e do humor (Nogueira, 2012). Associando tais resultados com o presente estudo, pode-se supor que quando há presença de doenças crônicas, atividades de autocuidado passam a fazer parte da rotina do indivíduo, para assim, manter condições de saúde favoráveis para si.

Estudos epidemiológicos têm mostrado um aumento na prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), uma doença crônica, com o envelhecimento, associando sua ocorrência a fatores de risco, como o estilo de vida e os hábitos alimentares (Campolina *et al.*, 2013; Pilger *et al.*, 2011). Evidenciando que doença crônica está associada ao autocuidado.

A HAS é considerada a principal doença crônica na terceira idade, especialmente entre os idosos com 80 anos ou mais, além de estar associada ao surgimento de dificuldades nas atividades de vida diária (AVDs), impactando, assim, a capacidade funcional (Lima *et al.*, 2013). Pode-se assim, observar que a falta do autocuidado influencia na qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, e, a própria presença da doença crônica vai

repercutir na CAC.

Quanto a medicação, um estudo que buscou identificar o perfil socioeconômico de idosos em uma região do Brasil e apontou níveis plenos de independência de idosos, como manutenção de abastecimento doméstico adequado de alimentos e medicamentos. O nível de independência avaliou as atividades básicas e instrumentais da vida diária (Dias, 2020).

Uma revisão integrativa destacou como práticas de autocuidado à manutenção da medicação ou suspensão, devido as dúvidas acerca da dosagem ou impossibilidade de contatar algum médico. Assim como a orientação quanto a correta utilização de suas medicações, para controle e manutenção do estado de saúde (Oranje; Reis, 2022), e consequente melhora ou manutenção da CAC e QV.

A adesão ao uso de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas é uma prática fundamental, está relacionada a CAC. Ela contribui diretamente para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, ao ajudar no controle dos sintomas e na prevenção de complicações relacionadas à doença. Os resultados desse estudo mostraram que a CAC e o uso de medicação estão relacionados.

7 CONCLUSÃO

O estudo alcançou resultados significativos que contribuem para a compreensão da relação entre a capacidade de autocuidado e qualidade de vida entre pessoas idosas residentes em um município do sul de Minas Gerais.

Os achados mostraram que a CAC é um fator crucial na promoção de uma melhor qualidade de vida entre os idosos. A maioria dos participantes apresentou uma elevada capacidade de autocuidado, refletindo diretamente em melhores índices de qualidade de vida. Esse resultado reforça a importância do autocuidado como prática fundamental para a manutenção da saúde e bem-estar na velhice, confirmando que idosos que adotam práticas regulares de autocuidado têm maior probabilidade de desfrutar de uma vida mais saudável e satisfatória.

As características sociodemográficas dos participantes obtidas nesse estudo, destacam a influência desses fatores na capacidade de autocuidado e na qualidade de vida. A análise mostrou que nível educacional, possuir filhos, estado conjugal, prática religiosa, ser aposentado, prática de atividade física e condições de saúde são aspectos importantes que influenciam a qualidade de vida dos idosos.

Isso foi levantado por meio da identificação e análise de clusters, que possibilitou categorizar padrões distintos de qualidade de vida e explorar como as variáveis sociodemográficas moldam esses padrões. Os clusters identificados revelaram que diferentes grupos de idosos apresentaram comportamentos de CAC e níveis de QV variados. A presença de doenças crônicas, o nível educacional e a prática de atividades físicas se destacaram como elementos na formação dos clusters.

Assim, intervenções específicas podem ser necessárias para apoiar a CAC e melhorar a qualidade de vida em diferentes contextos da vida do idoso. Deve-se considerar como eles estão, programas educativos que incentivem o autocuidado, aliados a estratégias de suporte social e acesso facilitado a serviços de saúde. Tais intervenções devem ser adaptadas às necessidades de diferentes grupos de idosos, considerando suas características sociodemográficas e contextuais para serem eficazes na melhoria da qualidade de vida.

Vale ressaltar que promover o autocuidado e entender as influências dos fatores sociodemográficos é essencial para desenvolver estratégias de saúde pública voltadas para a população idosa.

Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de políticas que incentivem a prática do autocuidado, assim como a inclusão de programas de apoio educativo e de

saúde, que considerem as particularidades de cada grupo de idosos para garantir um envelhecimento saudável, com qualidade de vida e autonomia.

Em geral, essas políticas públicas para a terceira idade devem incluir ações que estimulem a prática de autocuidado, além de oferecer suporte emocional e psicológico, como grupos de apoio; suporte social, suporte familiar; suporte educativo, como educação em saúde e programas de capacitação; e apoio para atividade física, de forma a promover a saúde física. Tudo de forma a reduzir e melhorar o bem-estar geral da população idosa para um envelhecimento saudável com uma melhor qualidade de vida.

Além disso, para a enfermagem, os resultados podem contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem de várias formas, como no planejamento de intervenções personalizadas, na promoção de educação para o autocuidado, fortalecer a enfermagem em ações comunitárias, desenvolver protocolos e ferramentas de avaliação, e incorporar práticas baseadas em evidências. Essas contribuições podem ser fundamentais para melhorar os desfechos de saúde e a qualidade de vida dos pacientes, ao mesmo tempo que reforçam o papel da enfermagem como promotora de cuidados integrados e centrados no paciente.

REFERÊNCIAS

- ADHIKARI, R.; JAMPAKLAY, A.; CHAMRATRITHIRONG, A. Impact of children's adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. **Revista de Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 19-33, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-143>. Acesso em: 10 out. 2024.
- ALMEIDA, L.; BASTOS, P. R. H. O. Autocuidado do idoso: revisão sistemática da literatura. **Revista Espacios**, v. 38, n. 28, p. 3, 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n28/a17v38n28p03.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.
- ALMEIDA, Maria de Lourdes Ferreira de. **Autocuidado e promoção da saúde do idoso - contributo para uma intervenção em enfermagem**. 2011. 249 f. Tese (Doutorado em Ciência de Enfermagem) - Universidade do Porto, Porto, 2011. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84722/2/30764.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2023.
- ALVES, M. da S. A. *et al.* Grupo terapêutico com idosos sobre o autocuidado nas doenças crônicas. **Journal Health Science**, v. 18, n. 1, p. 48-51, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2016v18n1p52-55>. Acesso em: 02 out. 2024.
- BARTHOLOMAEUS, J. D. *et al.* Positive aging: the impact of a community wellbeing and resilience program. **Clinical Gerontologist**, v. 42, n. 4, p. 377-386, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1561582>. Acesso em: 02 abr. 2023
- BAUMGARTNER, R. N. *et al.* Epidemiology of sarcopenia among the elderly in new mexico. **American Journal of Epidemiology**, v. 147, n. 8, p. 755-763, 1998. Disponível em: <https://www.fct.unesp.br/Home/Pesquisa/labsim/epidemiology-of-sarcopenia-among-the-elderly-in-new-mexico.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2024.
- BLAZER, D. G.; STEFFENS, D. C.; THAKUR, M. D. **The american psychiatric publishing textbook of geriatric psychiatry**. 5. ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2015.
- BOGGATZ, T. Quality of life and concept: a theoretical perspective. **International Journal of Older People Nursing**, v. 11, n. 1, p. 55-69, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/opn.12089>. Acesso em: 01 out. 2024.
- BORNSTEIN, Marc. **The sage encyclopedia of lifespan human development**. Califórnia: Sage Publications, 2018.
- BRANDÃO, F. S. R. *et al.* Caracterização da qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Anais da Faculdade de Medicina de Olinda**, v. 1, n. 10, p. 1-11, 2023. Disponível em: <https://afmo.emnuvens.com.br/afmo/article/view/294/145>. Acesso em: 17 abr. 2024
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. Brasília: Palácio do Congresso Nacional, 2017. *E-book*. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/acamara/estruturaadm/altosestudios/pdf/Brasil%202050%20-1.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 02 abr. 2023.

CAMPOLINA, E. V. *et al.* A Transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12231>. Acesso em: 10 out. 2024.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no contexto da estratégia saúde da família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 889-897, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002060013>. Acesso em: 01 out. 2024.

CARBALLO, M.; DIVINO, J. J.; ZERIC, D. Migração e saúde na união europeia. **Medicina Tropical e Saúde Internacional**, v. 3, n. 12, p. 936-944, 1998. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.1998.00337.x>. Acesso em: 14 out. 2024.

CARSTENSEN, L. L., DELIEMA, M. The positivity effect: a negativity bias in youth fades with age. **Current Opinion in Behavioral Sciences**, v. 19, n. 7-12, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6186441/>. Acesso em: 05 abr. 2023.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Physical activity for older adults**. Atlanta: CDC, 2021. *E-book*. Disponível em: https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/older_adults/index.htm. Acesso em: 23 abr. 2023.

CHACHAMOVICH, Eduardo. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira**. 2005. 154f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2005. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/5779>. Acesso em: 18 jan. 2025.

CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.19062014>. Acesso em: 01 out. 2024.

COSME, R. G.; OKUMA, S. S.; MOCHIZUKI, L. A. Capacidade funcional de idosos fisicamente independentes praticantes de atividade física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 16, n. 1, p. 39-46, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-727546>. Acesso em: 06 out. 2024.

COUTINHO, L. S. B.; TOMASI, E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 1, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190578>. Acesso em: 16 abr. 2023.

COUTINHO, L. S. B.; TOMASI, E. Self-care deficit in the elderly: characteristics, associated factors and recommendations to family health strategy teams. **Interface**, v. 24, n. 1, p. 1-15, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190578>. Acesso em: 07 out. 2024.

DIAS, Fellipe Camargo Ferreira. **Análise do impacto da educação em saúde no engajamento dos idosos sobre o autocuidado durante a pandemia do Covid-19**. 2020. 66 f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciência e Saúde) - Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/2901>. Acesso em: 09 out. 2024.

EIBICH, P. Understanding the effect of retirement on health: mechanisms and heterogeneity. **Journal of Health Economics**, v. 43, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.05.001>. Acesso em: 14 out. 2024.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. Envejecimiento ativo: contribuições da psicologia. **Ediciones Pirâmide**, n 13, p. 214-216, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/771/77125288010.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2023

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000200012>. Acesso em: 05 abr. 2024.

FRANKL, V. E. **A presença ignorada de Deus**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Perfil do envelhecimento em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2018. *E-book*. Disponível em: http://www.fjp.mg.gov.br/images/stories/Arquivos/boletim_demografia/boletim_demografia_53.pdf. Acesso em: 01 mar. 2023.

GOMES, A. P. W.; GOMES, A. P. **Envelhecimento populacional em Minas Gerais: uma análise comparativa entre a capital e o interior**. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/6520160>. Acesso em: 15 abr. 2023.

GOMES, Y. S. B. *et al.* Longevidade: a importância da autonomia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 1690-1698, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/7579>. Acesso em: 18 jan. 2025.

HAIR, J. F. *et al.* Development and validation of attitudes measurement scales: fundamental and practical aspects. **RAUSP Management Journal**, v. 54, n. 4, p. 490-507, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/RAUSP-05-2019-0098>. Acesso em: 19 abr. 2024.

HAIJAR, R.; NARDELLI, G. N.; GAUDENCI, E. M.; SANTOS, A. S. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na atenção primária à saúde. **Revista Rene**, v. 18, n. 6, p. 727-733, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600004>. Acesso em: 12 out. 2024.

HEIKKINEN, R. L. **O papel da atividade física no envelhecimento saudável**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 1998.

HERNANDES, E. S. C.; BARROS, J. F. Efeitos de um programa de atividades físicas e educacionais para idosos sobre o desempenho em testes de atividades da vida diária. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 12, n. 2, p. 43-50, 2004. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/555>. Acesso em: 06 out. 2024.

HO, I. S. S. *et al.* Examining the social networks of older adults receiving informal or formalcare: a systematic review. **BMC Geriatrics**, v. 23, n. 531, p. 1-15, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04190-9>. Acesso em: 14 out. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.003>. Acesso em: 14 out. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de população**. Brasília: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Acesso em: 01 abr. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2021**. Brasília: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 28 mar. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas do registro civil 2019**. Brasília: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-estatisticas-do-registro-civil.html?=&t=resultados>. Acesso em: 29 mar. 2023.

ISENBERG, M. A. E. *et al.* Validity testing of the dutch translation of the appraisal of the self-care agency. **International Journal of Nursing Studies**, v. 30, n. 4, p. 331-342, 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8375976/>. Acesso em: 18 jan. 2025.

JAMES, S. L., *et al.* Global, Regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1789-1858, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7). Acesso em: 01 abr. 2023.

- KAHN, R. L.; GOLDFARB, A. I.; POLLACK, M.; PECK, A. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. **American Journal of Psychiatry**, v. 117, n. 4, p. 326-628, 1960. Disponível em: <https://10.1176/ajp.117.4.326>. Acesso em: 16 out. 2024.
- KIM, M. Y.; LEE, E. J. Factors affecting self-care behavior levels among elderly patients with type 2 diabetes: a quantile regression approach. **Medicina**, v. 55, n. 7, p. 340, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina55070340>. Acesso em: 14 out. 2024.
- KIRCH, J. L.; HONGYU, K.; SILVA, F. L.; DIAS, C. T. S. Análise fatorial para avaliação dos questionários de satisfação do curso de estatística de uma instituição federal. **Engineering and Science**, v. 6, n. 1, p. 4-13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18607/ES201764748>. Acesso em: 19 abr. 2024.
- KNODEL, J.; OFSTEDAL, M. B. Patterns and determinants of living arrangements. In: HERMALIN, A. I. The well-being of the elderly in Asia. **Social Issues Under Economic Transformation and Integration in Vietnam**, v. 11, n. 11, p. 101-131, 2005. Disponível em: <https://mpira.ub.uni-muenchen.de/24949/>. Acesso em: 10 out. 2024.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- LAMPERT, C. D. T.; FERREIRA, V. R. T. Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos. **Avaliação Psicológica**, v. 17, n. 2, p. 205-212, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14022.06>. Acesso em: 03 out. 2024.
- LASHERAS, C.; PATTERSON, A. M.; CASADO, C.; FERNANDEZ, S. Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly spanish community population. **Experimental Aging Research**, v. 27, n. 3, p. 257-270, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/036107301300208691>. Acesso em: 10 out. 2024.
- LEE, J.; DI RUGGIERO, E. How does informal employment affect health and health equity? Emerging gaps in research from a scoping review and modified e-delphi survey. **International Journal for Equity in Health**, v. 21, n. 87, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01684-7>. Acesso em: 14 out. 2024.
- LIMA, C. L. J. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem UFPE On Line**, v. 7, n. 10, p. 6027-6034, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12231>. Acesso em: 14 out. 2024.
- LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: A practical manual**. *E-book*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 1991. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/40062>. Acesso em: 08 out. 2024.

MARQUES, A. P. *et al.* Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2271-2282, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26972018>. Acesso em: 08 out. 2024.

MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS-NETO, T. L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/D6gQ8hMqWZdknzYh7jNf8jq>. Acesso em: 06 out. 2024.

MAUK, K. L. **Gerontological nursing: competencies for care**. 4th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2009.

MAZO, G. Z.; MOTA, J. A. P. S.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 2, n. 1, p. 115-118, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/3967>. Acesso em: 06 out. 2024.

MEINER, S; YEAGER, J. **Gerontologic nursing**. St. Louis: Mosby, 2019.

MORRONGIELLO, B. A.; GOTTLIEB, B. H. Self-care among older adults. **Canadian Journal on Aging**, v. 19, n. 1, p. 32-57, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0714980800014641>. Acesso em: 14 out. 2024.

NASCIMENTO, I. M. T. *et al.* Associação entre características sociodemográficas e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. **Revista Rene**, v. 18, n. 6, p. 749-755, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31082/71673>. Acesso em: 03 out. 2024.

NATIONAL INSTITUTE ON AGING. **Healthy eating after 50**. Maryland: National Institutes of Health, 2022. *E-book*. Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/health/healthy-eating-after-50>. Acesso em: 23 abr. 2023.

NERI, A. L. **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papirus, 2001. *E-book*. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-302155>. Acesso em: 06 out. 2024.

NOGUEIRA, I. C. *et al.* Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 587-601, 2012. Disponível em: www.scielo.br/j/rbmg/a/V4GZjJXLNgNXXfFPpjVRMLL/abstract/?lang=pt. Acesso em: 07 out. 2024.

O'LUANAIGH, C.; LAWLOR, B. A. Loneliness and the health of older people. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 31, n. 9, p. 1146-1152, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.2054>. Acesso em: 05 abr. 2023.

OLIVEIRA, A. C.; OLIVEIRA, N. M. D.; ARANTES P, M.; ALENCAR, M. A. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 301-312, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000200014> Acesso em: 02 out. 2024.

ORANJE, B. S.; REIS, D. A. Práticas de autocuidado dos idosos com doença crônica em tempos da COVID-19. **REVISA**, v. 11, n. 3, p. 326-340, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p326a340>. Acesso em: 08 out. 2024.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby, 2001.

OREM, D. E.; TAYLOR, S. G., RENPENNING, K. M. **Nursing concepts of practice**. St. Louis: Mosby, 2003

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Division of mental health and prevention of substance abuse: measuring quality of life**. Geneva: OMS, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Putting people first in managing their health: new WHO guideline on self-care interventions**. Geneva: OMS, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Geneva: OMS, 2015. E-book. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em 17 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **United Nations Agencies launch first report on the decade of healthy ageing, 2021-2030**. Geneva: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/22-11-2023-united-nations-agencies-launch-first-report-on-the-decade-of-healthy-ageing--2021-2030>. Acesso em: 12 dez. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on ageing and health**. Geneva: OMS, 2015. *E-book*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>. Acesso em: 01 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, 2002. *E-book*. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 05 abr. 2023

PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 2, n. 1, p. 31-36, 2012. Disponível em: [10.3895/S2175-08582010000100004](https://doi.org/10.3895/S2175-08582010000100004). Acesso em: 18 jan. 2025.

PEREIRA, A. A.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. Ausência de associação entre índice de fragilidade e sobrevivência em idosos brasileiros: estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 1-15, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pRcHMbpwZcTQ4qGtHLkRxMr/>. Acesso em: 08 out. 2024.

PILGER, C. *et al.* Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1230-1238, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/d5cZKxwTqJHs5SZmFJVrqXG/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2024.

PINQUART, M., SÖRENSEN, S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. **Psychology and Aging**, v. 16, n. 2, p. 187-224, 2001. Disponível em: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10879576/. Acesso em: 03 maio 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 431 p.

REDE EUROAMERICANA DE MOTRICIDADE HUMANA. **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade**. Joaçaba: Unoesc, 2017. *E-book*. Disponível: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/ebooks/Aspectos_Biopsicossociais_do_envelhecimento.pdf. Acesso em: 02 abr. 2023.

SAHLGREN, G. **The relationship between economic activity, health and government policy**. Londres: Institute of Economic Affairs, 2013. Disponível em: <https://iea.org.uk/publications/research/work-longer-live-healthier-the-relationship-between-economic-activity-health-a>. Acesso em: 14 out. 2024.

SALTHOUSE, T. **Major issues in cognitive aging**. Oxford: University Press. 2010.

SANT'HELENA, D. P.; SILVA, P. C. da; GONÇALVES, A. C. Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento. *In*: SAMPAIO, E. C. **Envelhecimento Humano: Desafios Contemporâneos**. Guarujá: Científica Digital, 2020. p. 205-218.

SANTOS, Gabriel Ferreira dos. **Autocuidado em saúde sob a perspectiva do homem: um olhar sobre masculinidades**. 2020. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO. 2020. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/854>. Acesso em: 07 out. 2024.

SANTOS, J. S., BARROS, M. D. DE A. Idosos do município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma Análise da Morbimortalidade Hospitalar. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 3, p. 177-186, 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n3/v17n3a03.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

SANTOS, N. F., SILVA, M. R. F. As Políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA**, v. 10, n. 2, p. 358-371, 2013. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/130/0>. Acesso em: 15 abr. 2023.

SANTOS, S. R. *et al.* Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-353374>. Acesso em: 06 out. 2024.

SERBIM, A.K., FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, v. 21, n. 4, p. 166-172, 2011. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/12954/2/Qualidade_de_vida_de_idosos_e_m_um_grupo_de_convivencia.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo, SP: Phorte, 2003.

SILVA *et al.* Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 634–642, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/rBSSh7mwnQR87rp3wkDzhBM/#>. Acesso em: 07 out. 2024.

SILVA, A. L. S. *et al.* Perfil epidemiológico dos idosos de uma unidade de saúde da família. **UNOPAR Científica**, v. 11, n. 2, p. 27-33, 2009. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsskroton.com.br/article/download/1490/1428>. Acesso em: 09 out. 2024.

SILVA, H. O.; CARVALHO, M. J. A. D.; LIMA, F. E. L.; RODRIGUES, L. V. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 123-133, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/stF9jXRmnqhXkBZtpqCF7Pb/#ModalTutors>. Acesso em: 05 abr. 2023.

SILVA, J. V., PEREIRA, B. G. M., RAMOS, M. D. N. Envelhecer contemporâneo: ônus ou bônus? **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 1, p. 134-155, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV3N1-008>. Acesso em: 01 out. 2024.

SILVA, P. A. B., SOARES, S. M., SANTOS, J. F. G., SILVA, L. B. Ponto de corte para o whoqol-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 390-397, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S00348910.2014048004912>. Acesso em: 16 abr. 2024.

SOUSA, C. M. S. *et al.* Qualidade de vida dos idosos e os fatores associados: uma revisão integrativa. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 47, p. 320-326, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1988>. Acesso em: 18 jan. 2025.

SOUSA, H. A. *et al.* Limitação funcional em atividades de vida diária e fatores associados em idosos da universidade da maturidade. **Revista Humanidades e Inovação**, v.6, n.11, p. 89-97, 2019. Disponível em: <http://sites.uft.edu.br/uma/wp-content/uploads/2021/02/1575-Texto-do-artigo-5336-2-10-20190813.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Determinantes sócio-demográficos da auto-avaliação da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 54-64, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000700007>. Acesso em: 10 out. 2024.

THE WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: rationale and current status. **International Journal of Mental Health**, v. 23, n. 3, p. 24-56, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>. Acesso em: 01 out. 2024.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9626712/>. Acesso em: 01 out. 2024.

THE WHOQOL GROUP. **WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and genericversion of assessment**. Geneva: World Health Organization, 1996.

TIRAPHAT, S.; PELTZER, K.; THAMMA-APHIPHOL, K.; SUTHISUKON, K. O papel dos ambientes favoráveis à idade na qualidade de vida entre idosos tailandeses. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 282, p. 1-13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph14030282>. Acesso em: 03 out. 2024.

TORRES, R. C. *et al.* A Importância do autocuidado para a manutenção da saúde em comunidade quilombola de sergipe. **Scientia Plena**, v. 14, n. 1, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://www.scientiaplenua.org.br/sp/article/view/3857>. Acesso em: 18 jan. 2025.

UNICOVSKY, M. A. R., *et al.* Saúde do idoso no pós pandemia: estratégias de enfrentamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 1, n. 5, p. 158-165, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.21.e05.c23>. Acesso em: 01 out. 2024.

VELAITHAN, V. *et al.* The association of self-perception of aging and quality of life in older adults: a systematic review. **Gerontologist**, v. 64, n. 4, p. 1-15, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnad041>. Acesso em: 07 out. 2024.

VELONE, D. *et al.* Patterns of self-care in adults with heart failure and their associations with sociodemographic and clinical characteristics, quality of life, and hospitalizations: a cluster analysis. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 32, n. 2, p. 180-189, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26938506/>. Acesso em: 09 out. 2024.

VENTURA, M. de M.; BOTTINO, C. M. de C. **Avaliação cognitiva em pacientes idosos**. São Paulo: Athene, 2002.

VILELA, G. B. J. *et al.* Exercício físico voltado para a qualidade de vida com ênfase em envelhecimento. **Revista Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 14, n. 1, p. 1 -9, 2022. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/878/pdf>. Acesso em: 16 abr. 2024.

WILD, S. *et al.* Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 7, n. 5, p. 1047-1053, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15111519/>. Acesso em: 11 out. 2024.

ZHU, R. Retirement and its consequences for women's health in australia. **Social Science & Medicine**, v. 163, p. 117-125, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.003>. Acesso em: 14 out. 2024.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante da pesquisa

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Transição ao envelhecimento e avaliação das capacidades de autocuidado e qualidade de vida entre pessoas idosas: estudo multicêntrico.

Pesquisador responsável: Silvana Maria Coelho Leite Fava

Pesquisadores participantes: Namie Okino Sawada, José Vitor da Silva, Rogério Silva Lima, Murilo César do Nascimento, Eliza Maria Rezende Dázio, Poliana Martins Ferreira, Anicheriene Gomes de Oliveira, Bianca de Moura Peloso Carvalho, Jonas Paulo Batista, Angélica de Cássia Bitencourt.

Nome do participante:

Data de nascimento:

CPF:

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa sob o título “Transição ao envelhecimento e avaliação das capacidades de autocuidado e qualidade de vida entre pessoas idosas: estudo misto e multicêntrico de responsabilidade da pesquisadora Silvana Maria Coelho Leite Fava. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra a pesquisadora responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo geral analisar a transição ao envelhecimento entre as pessoas idosas com melhores níveis de capacidade de autocuidado e qualidade de vida, residentes no Brasil, México e Portugal.
2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas para o preenchimento do instrumento de coleta de dados e a entrevista que será gravada apenas a sua voz para analisar os fatores que influenciam os melhores e piores níveis de autocuidado e qualidade de vida sob a percepção da pessoa idosa.
3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de desconforto, medo, vergonha, estresse, quebra de sigilo, cansaço, aborrecimento, quebra de anonimato, invasão de privacidade, possibilidade de constrangimento, disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, alterações de comportamento, exposição de dados que possam resultar na sua identificação, desconforto emocional relacionado a presença do pesquisador, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, divulgação de dados confidenciais, alterações na autoestima por relembrar memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante, interferência na vida e na rotina dos participantes, bem como contaminação pela COVID-19.

Esses riscos poderão ser minimizados sendo garantido pelos pesquisadores o sigilo em relação às respostas, que são consideradas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos.

A coleta de dados será realizada em um ambiente que proporcione privacidade, bem como abordagem humanizada, baseada na escuta atenta e acolhimento do participante, para obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Será garantida a não identificação nominal, nem as iniciais do seu nome no questionário e no banco de dados.

Os dados serão confidenciais, e será garantida a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Você terá as explicações necessárias para responder às questões. Serão fornecidas orientações que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar a sua condição com a equipe de pesquisa e a Universidade. Você terá a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores. Você poderá interromper a participação

na pesquisa quando assim o desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Assim, poderá retirar seu consentimento prévio, caso desista de participar da pesquisa. Serão respeitados seus valores, cultura e crenças e não haverá interferência dos pesquisadores nas rotinas habituais da sua vida. Será garantida a sua privacidade e os dados serão coletados em ambiente tranquilo e seguro e na entrevista deverão estar presentes você e o pesquisador. Você terá o direito de não responder questões constrangedoras. Você terá o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. Caso você se sinta cansado durante a sua participação, pedimos para nos informar, pois faremos pequenas pausas durante a entrevista. O pesquisador responsável ficará responsável pelo zelo e sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o seu nome nem mesmo as iniciais, ou qualquer outra forma que permita a sua identificação. Os dados serão utilizados apenas para fins da pesquisa.

Após a conclusão da coleta de dados, os dados fornecidos ficarão sob a guarda do pesquisador responsável que irá salvar os dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem. Caso necessite, você contará com o apoio do pesquisador e, se necessário, do apoio de um profissional de enfermagem. Em relação ao risco de contaminação, para as entrevistas serão utilizados máscara cirúrgica, uso de álcool gel e distanciamento de 1,5 m.

4. Ao participar desse trabalho você contribuirá para a análise das capacidades de autocuidado e da qualidade de vida, assim como conhecer como a pessoa idosa se encontra após a sua transição ao envelhecimento. Com certeza, esses dados contribuirão para preenchimento de lacunas de conhecimento em relação ao assunto deste estudo.

O participante da pesquisa contará com o suporte da enfermagem caso necessite que poderá ajudá-lo como apoio e na oferta de orientações se forem necessárias.

5. Sua participação neste projeto terá a duração de quatro meses.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo que as entrevistas e o acompanhamento totalmente gratuitos; e deixará de participar ou

retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito a buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita pela pesquisadora responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos,

AUTORIZO () / NÃO AUTORIZO ()

a coleta e divulgação som de voz para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar a pesquisadora Silvana Maria Coelho Leite Fava no seguinte telefone (35) 984320234 ou email silvana.fava@unifal-mg.edu.br e/ou o

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL- MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

*O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.

Eu, _____, CPF _____
nº _____,

declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Alfenas, _____ de _____ de 2023.

.....
(Assinatura do participante da pesquisa)

.....
(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

ANEXOS

ANEXO A- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO MENTAL

Consiste em 10 perguntas que analisam basicamente a orientação têmporo- espacial, e a memória para os fatos tardios, possibilitando avaliar se o idoso sofre ou não de uma síndrome mental orgânica. O respondente deve acertar, no mínimo, sete do total das dez perguntas.

		CERTO	ERRADO
1	Qual o nome deste lugar?	()	()
2	Onde está localizado (endereço)?	()	()
3	Que dia � hoje (dia e m�s)?	()	()
4	Em que m�s estamos?	()	()
5	Em que ano estamos?	()	()
6	Qual � a sua idade?	()	()
7	Qual � o dia do seu nascimento?	()	()
8	Qual � o ano de seu nascimento?	()	()
9	Quem � o presidente do País?	()	()
10	Quem era o presidente antes dele?	()	()
TOTAL DE PONTOS			

ANEXO B - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Instru o: Leia cada uma das perguntas e faça um círculo no número da op o identificada

Data de realiza o da entrevista: / /

1 – Sexo

(1) Masculino (2) Feminino

2 - Quantos anos o (a) Senhor (a) tem?

(1) anos

(2) N.S. / N.R.

3 - O (a) Senhor (a) prática alguma religião (ões)?

(1) Sim:

(2) Não

(3)N.S. / N.R.

4 - Qual sua escolaridade?

(1) Sem escolaridade

(2) Ensino Fundamental Completo

(3) Ensino Fundamental Incompleto

(4) Ensino Médio Completo –Científico, técnico ou equivalente.

(5) Ensino Médio Incompleto - Científico, técnico ou equivalente.

(6) Ensino Superior Completo

5 - Atualmente, qual é seu estado conjugal?

6 – Atualmente o Senhor (a) possui algum tipo de trabalho formal ou informal?

(1) Sim

(2) Não

(3) N.S. / N.R.

7 - O (a) Sr.(a) tem filhos?

(1) Sim, quantos:

(2) Não

(3) (3)N.S. /.R.

8 - Em geral o(a) Senhor (a) diria que sua saúde está:

(1) Ótima

(2) Muito boa

(3) Boa

(4) Regular

(5) Ruim

(6) Péssima

(7) N.S. / N.R.

9 - Em comparação com o último ano, o (a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é:

(1) Muito melhor

(2) Melhor

(3) Mesma coisa

(4) Pior

(5) N.S. / N.R.

10 - Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Senhor(a) diria que sua saúde está:

(1) Muito melhor

- (2) Melhor
- (3) Mesma coisa
- (4) Pior
- (5) N.S. / N.R.

11 - O(a) Senhor(a) é portador(a) de alguma doença crônica?

- (1) Sim, qual:
- (2) Não.
- (3) N.S. / N.R.

12 - Há quanto tempo o (a) Senhor (a) é portador (a) da doença?

- (1) meses.
- (2) anos
- (3) N.S. / N.R.
- (4) N.A.

13 - O Senhor (a) Participa de algum programa de saúde específico sobre essa doença?

- (1) Sim, qual:
- (2) Não
- (3) N.S. / N.R.
- (4) N.A.

14 - O Senhor (a) pratica alguma atividade física?

- (1) Sim, qual:
- (2) Não.
- (3) N.S. / N.R.

15 – O (a) Senhor (a) toma remédios?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) N.S. / N.R.

16 – Como o (a) Senhor (a) se sente após ter se tornado pessoa idosa?

- (1) Muito satisfeito
- (2) Satisfeito
- (3) Nem satisfeito nem insatisfeito
- (4) Insatisfeito
- (5) Muito insatisfeito

ANEXO C- ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF)

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número e a que lhe parece a melhor resposta.

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim	Boa	Muito Boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Mais Ou Menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Bom	Bom	Muito Bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo	1	2	3	4	5

	mesmo?					
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas Veze	Frequentem ente	Muito Frequentem	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO D- ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-OLD)

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas. As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Q.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.4 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.5 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.6 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.7 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.8 O quanto você tem medo de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.9 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

Q.10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas? Nada

(1)Muito pouco (2)Mais ou menos (3)Bastante (4) Extremamente (5)

Q.11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

Q.15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)

Q.16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)

Q.17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)

Q.18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)

Q.19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz (1) Infeliz (2) Nem feliz nem infeliz (3) Feliz (4) Muito feliz (5)

Q.20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Q.21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

ANEXO E- ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (EACAC)

Instruções: Abaixo você vai encontrar uma lista de afirmações que as pessoas têm utilizado para se descreverem. Por favor, leia cada afirmação e circule o número apropriado abaixo da mesma que indica o quanto você concorda ou discorda com cada uma delas conforme sua própria descrição. Não há respostas corretas ou incorretas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmações, mas dê a resposta que melhor se encaixa nas suas características.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
2. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	1	2	3	4	5
3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	2	3	4	5
5. Quando necessário, tomo novas providencias para me manter saudável.	1	2	3	4	5
6. Sempre que posso, eu cuido de mim.	1	2	3	4	5
7. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
8. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	1	2	3	4	5
9. Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	1	2	3	4	5
10. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	1	2	3	4	5
11. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.	1	2	3	4	5
12. Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	1	2	3	4	5
13. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4	5
14. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	1	2	3	4	5
15. De tempos em tempos, examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5
16. Se tomo um remédio novo, procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5
17. No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar a minha saúde.	1	2	3	4	5

18. Normalmente, tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família.	1	2	3	4	5
19. Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
20. No meu dia-a-dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
21. Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22. Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
23. Eu sempre acho tempo para mim mesmo.	1	2	3	4	5
24. Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria.	1	2	3	4	5