



# Capacidades de autocuidado e qualidade de vida em pessoas idosas: fatores favoráveis ao envelhecimento saudável

*Self-care skills and quality of life in older adults: factors that promote healthy aging*

*Habilidades de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores: factores que promueven un envejecimiento saludable*

Anicheriene Gomes de Oliveira<sup>1</sup>

José Vitor da Silva<sup>1</sup>

Murilo César do Nascimento<sup>1</sup>

Namie Okino Sawada<sup>1</sup>

Eliza Maria Rezende Dázio<sup>1</sup>

Rogério Silva Lima<sup>1</sup>

Silvana Maria Coelho Leite Fava<sup>1</sup>

1. Universidade Federal de Alfenas, Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Alfenas, MG, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar a capacidade de autocuidado e a qualidade de vida em idosos e suas associações com variáveis sociodemográficas e de saúde. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo e transversal, realizado com uma amostra de 302 idosos, no qual se analisaram as características sociodemográficas, condições de saúde e satisfação com o envelhecimento, utilizando-se instrumentos como o WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD e a Escala de Autocuidado (ASA-A). **Resultados:** indicaram que a maioria dos idosos apresentava boa capacidade de autocuidado, a qual se associa a uma melhor qualidade de vida, especialmente entre aqueles que possuem maior escolaridade e uma autopercepção positiva de saúde. Observou-se que fatores como o estado civil, a prática religiosa e a participação em programas de saúde influenciam a qualidade de vida, embora não se relacionem diretamente com o autocuidado. **Conclusões e implicações para a prática:** os programas de saúde destinados aos idosos devem integrar práticas preventivas e suporte social para assegurar um envelhecimento ativo e saudável. A pesquisa reforça a importância de abordagens integradas, que contemplem tanto os aspectos físicos quanto os emocionais e sociais, para promover a autonomia e o bem-estar na velhice.

**Palavras-chave:** Autocuidado; Autopercepção; Envelhecimento; Idosos; Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate self-care capacity and quality of life in older adults and their associations with sociodemographic and health variables. **Method:** this is a quantitative, cross-sectional study with a sample of 302 older adults, in which sociodemographic characteristics, health conditions, and satisfaction with aging were analyzed using instruments such as the WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, and the Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A). **Results:** these indicate that most older adults had good self-care capacity, associated with better quality of life, especially among those with higher education and a positive self-perception of health. It was observed that factors such as marital status, religious practice, and participation in health programs influence quality of life, although they are not directly related to self-care. **Conclusions and implications for the practice:** health programs for older adults should integrate preventive practices and social support to ensure active and healthy aging. The research reinforces the importance of integrated approaches that consider both physical, emotional, and social aspects to promote autonomy and well-being in old age.

**Keywords:** Self Care; Self-Perception; Aging; Older Adults; Quality of Life.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar las capacidades de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores y su asociación con variables sociodemográficas y de salud. **Método:** estudio cuantitativo transversal con una muestra de 302 adultos mayores, en el que se analizaron las características sociodemográficas, las condiciones de salud y la satisfacción con el envejecimiento, mediante instrumentos como el WHOQOL-bref, el WHOQOL-OLD y la Escala de Autocuidado (ASA-A). **Resultados:** estos indican que la mayoría de los adultos mayores presentan buenas capacidades de autocuidado, asociadas con una mejor calidad de vida, especialmente entre aquellos con mayor nivel educativo y una autopercepción positiva de la salud. Se observó que factores como el estado civil, la práctica religiosa y la participación en programas de salud influyen en la calidad de vida, aunque no se relacionan directamente con el autocuidado. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** los programas de salud para adultos mayores deben integrar prácticas preventivas y apoyo social para asegurar un envejecimiento activo y saludable. La investigación refuerza la importancia de los enfoques integrados que consideran los aspectos físicos, emocionales y sociales para promover la autonomía y el bienestar en la vejez.

**Palabras clave:** Autocuidado; Autoimagen; Envejecimiento; Anciano; Calidad de Vida.

### Autor correspondente:

Anicheriene Gomes de Oliveira.  
E-mail: annyoli12@hotmail.com

Recebido em 06/11/2025.

Aprovado em 05/03/2026.

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2025-0166pt>

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento contemporâneo representa um fenômeno global e irreversível, no qual longevidade não implica necessariamente uma maior saúde ou satisfação com a vida. O acréscimo de anos à existência demanda a adoção de práticas de autocuidado voltadas à promoção do bem-estar e da autonomia, especialmente na velhice.<sup>1</sup> O autocuidado envolve um conjunto de capacidades fundamentais que dizem respeito ao conhecimento, às habilidades e às práticas necessárias à prevenção de agravos e à promoção da saúde. Esses elementos são essenciais para que a pessoa idosa mantenha a sua qualidade de vida.<sup>1</sup>

Nesse contexto, a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado (TEDA),<sup>2</sup> configura-se como um referencial teórico relevante, ao propor que o autocuidado é composto por disposições e capacidades fundamentais, componentes de poder e operações de autocuidado. Esses elementos conferem ao idoso a autonomia e o controle sobre suas práticas de saúde. A TEDA define o termo “capacidade de autocuidado” como a habilidade de a pessoa realizar ações para si própria de maneira deliberada e consciente, fundamentada em conhecimentos e experiências adquiridos. Essas capacidades são estruturadas em três elementos: (i) as disposições básicas para o aprendizado e a execução de atividades; (ii) os componentes de poder, que facilitam o raciocínio e a aplicação das práticas de autocuidado; e, por fim, (iii) as operações que permitem que o indivíduo tome decisões autônomas em benefício de sua saúde.<sup>2</sup>

A perspectiva de que viver mais envolve desafios específicos<sup>3</sup> reforça a necessidade de que as pessoas idosas possuam conhecimentos adequados sobre o autocuidado. O envelhecimento traz consigo demandas próprias, e o autocuidado mostra-se necessário para que os anos de vida sejam vivenciados com propósito e independência.<sup>4</sup> Nesse sentido, o autocuidado precisa constituir-se como uma prática consciente e deliberada, exigindo a tomada de decisões informadas e a liberdade de escolha, para que a pessoa idosa se aproprie de suas ações de saúde.<sup>2</sup>

Além disso, as experiências acumuladas ao longo da vida<sup>1,4,5</sup> configuram-se como estratégias relevantes para o autocuidado, especialmente na fase da longevidade. Nesse contexto, o autocuidado não se limita às práticas de manutenção física, mas abrange processos contínuos de adaptação e de prevenção de doenças crônicas, promovendo uma condição de saúde integrada e satisfatória. De maneira complementar, a capacidade de autocuidado deve ser compreendida como uma estratégia essencial para a promoção de uma longevidade saudável, capaz de garantir um envelhecimento ativo, autônomo e mais seguro.<sup>6</sup>

As questões centrais abordadas neste estudo visam investigar se as capacidades de autocuidado estão sendo aplicadas de maneira eficaz entre as pessoas idosas, bem como identificar quais os fatores podem contribuir para ou limitar a adoção dessas práticas. Com base nesses pressupostos, este trabalho tem por objetivo avaliar as capacidades de autocuidado e a qualidade de vida em idosos, bem como suas associações com variáveis sociodemográficas e de saúde.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal, realizado com uma amostra aleatória simples de idosos residentes em dois municípios do sul de Minas Gerais, Brasil.

Foram considerados elegíveis para o estudo os idosos com 65 anos ou mais, de ambos os sexos, cadastrados nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios. Os critérios de inclusão requeriam que os participantes apresentassem capacidade de comunicação verbal e de compreensão, verificada por meio do Questionário de Avaliação Mental, adaptado para o Brasil.<sup>7</sup>

Os critérios de exclusão incluíram a condição de residir em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), a presença de fragilidade física grave ou a não localização do participante após três tentativas de visita domiciliar pré-agendada. O cálculo do tamanho da amostra foi baseado na proporção estimada de qualidade de vida em idosos.

Foi realizado um estudo com 5% do tamanho da amostra final, correspondente a 15 participantes, os quais não foram incluídos na amostra definitiva. O piloto teve como finalidade assegurar a clareza dos instrumentos e estimar o tempo necessário para a aplicação dos questionários, permitindo a realização de ajustes prévios à coleta principal.

A coleta de dados foi realizada diretamente nos domicílios dos participantes, em ambiente privado, utilizando-se o aplicativo *KoboToolbox*, plataforma digital que possibilita o armazenamento seguro das respostas, reduzindo erros de transcrição e facilitando a organização e a análise subsequente dos dados. Todos os dados foram exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 29.0.1, para análise.

A coleta foi realizada no período de 2024 a 2025. A equipe de coleta foi composta por oito pesquisadores previamente capacitados, sendo cinco de Itajubá e três de Alfenas, composta por discentes do curso de graduação e de pós-graduação de Enfermagem.

Foram instrumentos de coleta de dados:

1. **Questionário Sociodemográfico e de Saúde:** incluiu informações sobre idade, sexo, escolaridade, estado civil, prática religiosa, condições de saúde e satisfação com o envelhecimento. Essas variáveis foram exploradas para identificar possíveis associações com as capacidades de autocuidado e com os escores de qualidade de vida.
2. **World Health Organization Quality of Life – Bref (Versão abreviada) (WHOQOL-bref):** esta escala da Organização Mundial da Saúde (OMS) contém 26 itens que avaliam a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada item é avaliado em uma escala de 1 a 5, e os escores dos domínios são convertidos para uma escala de 0 a 100, na qual os valores mais altos indicam melhor qualidade de vida.<sup>8,9</sup>
3. **World Health Organization Quality of Life – OLD (WHOQOL-OLD):** esta versão do WHOQOL, também da OMS, é adaptada para a população idosa e avalia a

qualidade de vida relacionada ao envelhecimento em seis facetas: funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Cada faceta é composta por quatro itens, com escores entre 4 e 20 para cada faceta.<sup>10</sup>

4. **Escala de Avaliação das Capacidades de Autocuidado (EACAC):** adaptada culturalmente e validada para o Brasil, esta escala possui 24 itens, sem divisão em domínios específicos, com opções de resposta variando de 1 (“discordo totalmente”) a 5 (“concordo totalmente”). Os escores totais variam entre 24 e 120, e foram categorizados como “ruim” (24-48), “regular” (49-72), “bom” (73-96) e “muito bom” (97-120).<sup>11</sup>

5. **Questionário de Avaliação Mental:** composto por dez questões de orientação temporal e espacial, este instrumento foi utilizado para a triagem da capacidade de comunicação e de compreensão dos participantes, visando assegurar a sua elegibilidade.<sup>7</sup>

Para as variáveis categóricas, foram calculadas frequências absolutas e relativas; para as variáveis contínuas, utilizaram-se a média e o desvio-padrão.

Dada a distribuição não paramétrica dos dados, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* para comparações entre dois grupos e o teste de *Kruskal-Wallis* para comparações entre três ou mais grupos, considerando-se um nível de significância de  $p < 0,05$ . A análise dos dados foi auxiliada pelo *software* SPSS, versão 29.0.1.

A comunicação dos resultados desta etapa seguiu as recomendações da ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), no que se refere aos critérios de qualidade de estudos observacionais, buscando-se contemplar todos os 22 itens recomendados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais (UNIFAL-MG), sob o parecer nº 6.167.526 e CAEE 68405423.2.3003.5547. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12.

## RESULTADOS

As Tabelas 1 e 2 referem-se às características sociodemográficas, de saúde e de satisfação com o envelhecimento.

Neste estudo, 58,28% dos participantes eram do sexo feminino; a média de idade foi de 69 anos (DP +- 7.038); 55,45% eram casados (amasiados/outro tipo de união); 30,8% possuíam Ensino Fundamental incompleto; 87,09% possuíam filhos, sendo a média de 2,75 (DP +- 2,128); 72,5% não possuíam trabalho formal ou informal; 88,41% praticavam determinada religião; 59,6% não praticavam atividades físicas.

Observou-se que 63,9% portavam algum tipo de doença crônica e 74,17% faziam uso de medicamentos; a saúde autorreferida foi percebida com a opção “boa” (40,07%); 37,75% dos integrantes do estudo autorreferiram sua saúde com o conceito “melhor” quando comparada com a de outras pessoas

de sua idade. Ao comparar sua saúde com o último ano, 53,97% a perceberam como “a mesma coisa”. Notou-se que 70,53% das pessoas idosas entrevistadas, encontravam-se “satisfeitas/muito satisfeitas” com o envelhecimento.

O escore médio obtido para a capacidade de autocuidado foi de 99,72, com um desvio-padrão de 13,707, indicando uma variação moderada nos escores entre os indivíduos. A mediana foi de 101, com intervalo interquartil de 20, sugerindo uma distribuição centralizada próxima ao valor médio. Os escores variaram de um mínimo de 54 a um máximo de 120, com amplitude de 66 pontos, e o conceito geral atribuído foi de “muito bom”.

Quanto à classificação da capacidade de autocuidado, nenhum dos idosos foi considerado com uma capacidade “péssima” (0,0%), e apenas um foi avaliado como “ruim” (0,3%). Em contrapartida, 19,5% dos participantes foram classificados como “bons”, 34,4% como “muito bons”, e 44,0% como “ótimos”. No total, 98,0% dos idosos apresentaram uma capacidade de autocuidado considerada superior, enquanto 2,0% foram classificados com uma capacidade inferior.

A Tabela 3 apresenta as associações observadas entre as características sociodemográficas, condições de saúde e níveis de satisfação com o envelhecimento, em relação à capacidade de autocuidado e à qualidade de vida dos idosos.

As associações entre as capacidades de autocuidado com a escolaridade; saúde autorreferida (geral, comparação ao último ano e em relação a outras pessoas) e o sentimento de satisfação com o envelhecimento apresentaram nível de significância ( $p < 0,05$ ).

A EACAC, composta por 24 itens, apresentou um valor de consistência interna de 0,898, conforme avaliado pelo coeficiente Alfa de *Cronbach*.<sup>12</sup>

As respostas dos participantes à EACAC indicaram uma alta frequência de atitudes de autocuidado positivo. Para a questão 1, 45,70% dos participantes concordaram totalmente que fazem as mudanças necessárias para manter a saúde, enquanto apenas 0,99% discordaram totalmente. Na questão 2, 40,40% dos participantes relataram verificar se suas práticas de saúde são adequadas, com 1,32% discordando totalmente.

A questão 3 revelou que 48,68% dos respondentes concordaram totalmente em buscar soluções para as dificuldades de movimento, com 7,62% discordando totalmente. Na questão 4, 69,21% dos participantes afirmaram manter o ambiente onde vivem limpo e saudável, e somente 0,99% discordaram totalmente. Para a questão 5, 55,30% dos participantes relataram tomar novas providências para se manterem saudáveis, enquanto 1,99% discordaram totalmente.

Em relação ao autocuidado regular, 59,27% dos participantes concordaram totalmente em cuidar de si sempre que possível (questão 6), com apenas 0,33% discordando totalmente. Na questão 7, 52,98% dos participantes concordaram totalmente em procurar as melhores formas de autocuidado, contra 0,99% que discordaram totalmente. Para a higiene pessoal (questão 8), 75,50% dos participantes afirmaram tomar banho conforme necessário, enquanto 0,66% discordaram totalmente.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de pessoas idosas dos municípios de Alfenas e Itajubá, Minas Gerais, 2024. (n =302)

| Características sociodemográficas (n = 302) |  | Frequências |       |
|---|--|-------------|-------|
|   |  | Fa          | fr    |
| Sexo  | Feminino   | 176         | 58,28 |
|   | Masculino  | 126         | 41,72 |
| Idade                                       | Média (69 anos)  |             |       |
|   | Desvio-padrão (7.038)  |             |       |
|   | Mínima (62 anos)   |             |       |
|   | Máxima (92 anos)   |             |       |
| Estado Civil                                | Solteiro(a)  | 46          | 15,18 |
|   | Casado(a)/Amasiado/Outros tipos de união                     | 168         | 55,45 |
|   | Viúvo(a)   | 67          | 22,11 |
|   | Divorciado(a)/ Separado(a)                                   | 22          | 7,26  |
| Escolaridade                                | Sem escolaridade   | 19          | 6,3   |
|   | Ensino Fundamental Completo                                  | 51          | 16,9  |
|   | Ensino Fundamental Incompleto                                | 93          | 30,8  |
|   | Ensino Médio Completo - Científico, técnico ou equivalente   | 77          | 25,5  |
|   | Ensino Médio Incompleto - Científico, técnico ou equivalente | 19          | 6,3   |
|   | Ensino Superior Completo                                     | 32          | 10,6  |
|   | Ensino Superior Incompleto                                   | 9           | 3,0   |
|   | Não sabe / Não responde                                      | 2           | 0,7   |
| Tem filhos                                  | Não  | 38          | 12,58 |
|   | Sim  | 263         | 87,09 |
|   | Não sabe / Não responde                                      | 1           | 0,33  |
| Quantos filhos                              | Média (2,75)   |             |       |
|   | Desvio-padrão (2.128)  |             |       |
|   | Valor mínimo (0)   |             |       |
|   | Valor máximo (11 filhos)                                     |             |       |
| Tem algum trabalho formal ou informal       | Sim  | 82          | 27,2  |
|   | Não  | 219         | 72,5  |
|   | Não sabe / Não responde                                      | 1           | 0,3   |
| Pratica alguma(s) religião(ões)             | Não  | 33          | 10,93 |
|   | Sim  | 267         | 88,41 |
|   | Não sabe / Não responde                                      | 2           | 0,66  |
| Pratica alguma atividade física             | Sim  | 120         | 39,7  |
|   | Não  | 180         | 59,6  |
|   | Não sabe / Não responde                                      | 2           | 0,7   |

Fonte: Instrumentos de coleta de dados: Questionário Sociodemográfico e de Saúde, 2024.

Na questão 9, 46,03% dos participantes concordaram totalmente em buscar manter um peso saudável por meio

da alimentação, e 3,64% discordaram totalmente. A questão 10 mostrou que 51,32% dos participantes reservavam tempo

**Tabela 2.** Características de saúde e satisfação com o envelhecimento dos municípios de Alfenas e Itajubá, Minas Gerais, 2024. (n=302)

| Características de saúde e de satisfação com o envelhecimento (n= 302)        |  | Frequências |       |
|---|--|-------------|-------|
|   |  | fa          | Fr    |
| Tem alguma condição de saúde ou doença crônica                                | Não                                    | 106         | 35,1  |
|   | Sim                                    | 193         | 63,9  |
|   | Não sabe / Não responde                | 3           | 1,0   |
| Toma remédios   | Não                                    | 72          | 23,84 |
|   | Sim                                    | 224         | 74,17 |
|   | Não sabe / Não responde                | 6           | 1,99  |
| Saúde autorreferida (em geral)  | Ótima                                  | 44          | 14,57 |
|   | Muito boa                              | 57          | 18,87 |
|   | Boa                                    | 121         | 40,07 |
|   | Regular                                | 71          | 23,51 |
|   | Ruim                                   | 6           | 1,99  |
|   | Péssima                                | 3           | 0,99  |
| Saúde autorreferida (em comparação com as outras pessoas de sua idade)        | Muito melhor                           | 64          | 21,19 |
|   | Melhor                                 | 114         | 37,75 |
|   | Mesma coisa                            | 91          | 30,13 |
|   | Pior                                   | 23          | 7,62  |
|   | Péssima                                | 2           | 0,66  |
|   | Não sabe / Não responde                | 8           | 2,65  |
| Saúde autorreferida (em comparação com o último ano)                          | Muito melhor                           | 28          | 9,27  |
|   | Melhor                                 | 54          | 17,88 |
|   | Mesma coisa                            | 163         | 53,97 |
|   | Pior                                   | 52          | 17,22 |
|   | Péssima                                | 4           | 1,32  |
|   | Não sabe / Não responde                | 1           | 0,33  |
| Satisfação com o envelhecimento   | Muito Insatisfeito                     | 8           | 2,65  |
|   | Insatisfeito                           | 16          | 5,30  |
| Sentimento de satisfação após ter se tornado pessoa idosa (variável original) | Nem Satisfeito nem insatisfeito        | 65          | 21,52 |
|   | Satisfeito                             | 140         | 46,36 |
| Sentimento neutro a muito insatisfeito (após a velhice - dummy)               | Muito Satisfeito                       | 73          | 24,17 |
|   | 0. Muito satisfeito/ 1. Satisfeito     | 213         | 70,53 |
|   | 2. Nem satisfeito nem insatisfeito/    | 89          | 29,47 |
|   | 3. Insatisfeito/ 4. Muito insatisfeito |             |       |

**Fonte:** Instrumentos de coleta de dados: Questionário Sociodemográfico e de Saúde, 2024.

para estar consigo mesmos, enquanto 2,98% discordaram totalmente.

O hábito de fazer exercícios e de descansar foi confirmado por 34,11% dos participantes na questão 11, com 16,89% discordando totalmente. Na questão 12, 46,03% dos participantes relataram contar com amigos de confiança, e 6,29% discordaram

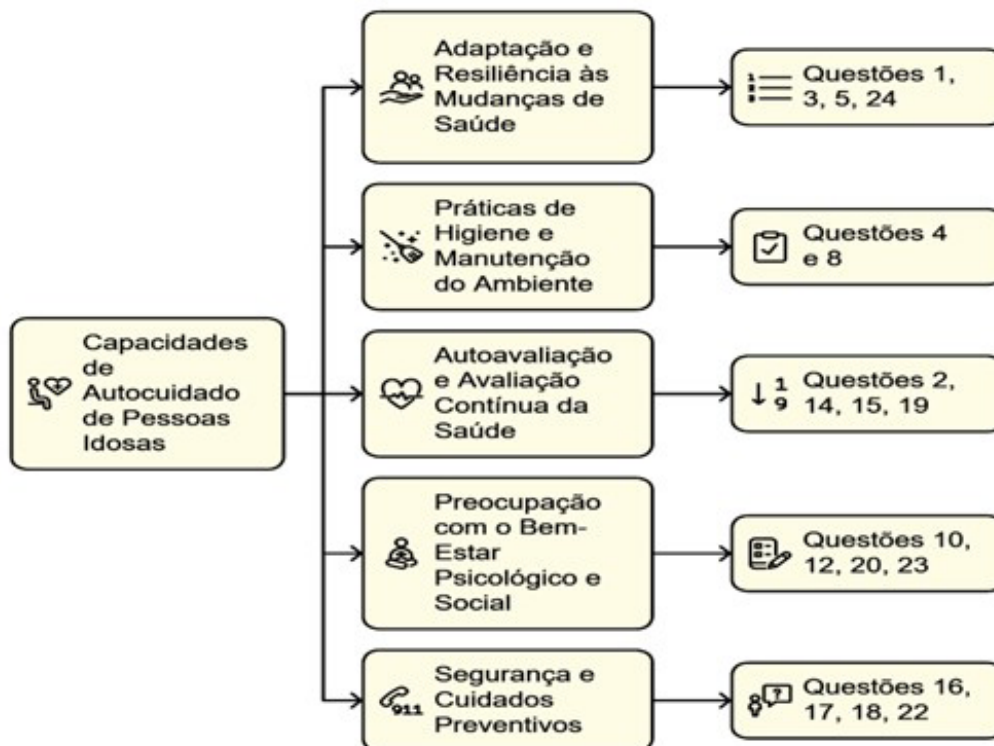
totalmente. Quanto ao sono adequado (questão 13), 44,04% dos participantes concordaram totalmente em dormir o suficiente, e 5,63% discordaram totalmente.

A questão 14 destacou que 54,30% dos participantes buscavam esclarecimentos sobre as informações de saúde, enquanto 3,31% discordaram totalmente. Em relação ao autoexame

**Tabela 3.** Associações entre as características sociodemográficas, de saúde e de satisfação no envelhecimento com a capacidade de autocuidado e qualidade de vida das pessoas idosas dos municípios de Alfenas e Itajubá, Minas Gerais, 2024. (n =302)

| Variável  | Agrupamento  | Qui-quadrado | GL | Significância Assintótica (bilateral) | Resultado                         |
|---|--|--------------|----|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Escore total da capacidade para o autocuidado</b>    | Escolaridade (0-7)   | 16,924       | 7  | 0,018                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore geral de qualidade de vida (WHOQOL-bref)</b>  | Escolaridade (0-7)   | 27,450       | 7  | 0,000                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore geral de qualidade de vida do idoso (OLD)</b> | Escolaridade (0-7)   | 19,856       | 7  | 0,006                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| Escore total da capacidade para o autocuidado           | Religião (0-5)   | 7,997        | 5  | 0,156                                 | Sem associação                    |
| <b>Escore geral de qualidade de vida (WHOQOL-bref)</b>  | Religião (0-5)   | 18,373       | 5  | 0,003                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore geral de qualidade de vida do idoso (OLD)</b> | Religião (0-5)   | 21,121       | 5  | 0,001                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| Escore total da capacidade para o autocuidado           | Estado Conjugal (0-3)  | 3,167        | 3  | 0,367                                 | Sem associação                    |
| Escore geral de qualidade de vida (WHOQOL-bref)         | Estado Conjugal (0-3)  | 5,907        | 3  | 0,116                                 | Sem associação                    |
| Escore geral de qualidade de vida do idoso (OLD)        | Estado Conjugal (0-3)  | 0,635        | 3  | 0,888                                 | Sem associação                    |
| <b>Escore total da capacidade para o autocuidado</b>    | Saúde autorreferida (em geral) (0-5)   | 17,596       | 5  | 0,003                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore geral de qualidade de vida (WHOQOL-bref)</b>  | Saúde autorreferida (em geral) (0-5)   | 68,017       | 5  | 0,000                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore geral de qualidade de vida do idoso (OLD)</b> | Saúde autorreferida (em geral) (0-5)   | 41,188       | 5  | 0,000                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore total da capacidade para o autocuidado</b>    | Saúde autorreferida (comparação com o último ano) (0-5)  | 14,426       | 5  | 0,013                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore geral de qualidade de vida (WHOQOL-bref)</b>  | Saúde autorreferida (comparação com o último ano) (0-5)  | 25,428       | 5  | 0,000                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore geral de qualidade de vida do idoso (OLD)</b> | Saúde autorreferida (comparação com o último ano) (0-5)  | 20,469       | 5  | 0,001                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore total da capacidade para o autocuidado</b>    | Saúde autorreferida (comparação com as outras pessoas de sua idade) (0-5)                                | 20,288       | 5  | 0,001                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore geral de qualidade de vida (WHOQOL-bref)</b>  | Saúde autorreferida (comparação com as outras pessoas de sua idade) (0-5)                                | 57,575       | 5  | 0,000                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore geral de qualidade de vida do idoso (OLD)</b> | Saúde autorreferida (comparação com as outras pessoas de sua idade) (0-5)                                | 51,920       | 5  | 0,000                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore total da capacidade para o autocuidado</b>    | Sentimento de satisfação após ter se tornado pessoa idosa (0-4)  | 20,533       | 4  | 0,000                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore geral de qualidade de vida (WHOQOL-bref)</b>  | Sentimento de satisfação após ter se tornado pessoa idosa (0-4)  | 61,007       | 4  | 0,000                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| <b>Escore geral de qualidade de vida do idoso (OLD)</b> | Sentimento de satisfação após ter se tornado pessoa idosa (0-4)  | 85,044       | 4  | 0,000                                 | <b>Associação significativa *</b> |
| Escore total da capacidade para o autocuidado           | Participação em programas de saúde específicos sobre a condição/doença (Sim, Não, Não sabe/Não responde) | 1,213        | 3  | 0,750                                 | Sem associação                    |
| Escore geral de qualidade de vida (WHOQOL-bref)         | Participação em programas de saúde específicos sobre a condição/doença (Sim, Não, Não sabe/Não responde) | 2,385        | 3  | 0,496                                 | Sem associação                    |
| <b>Escore geral de qualidade de vida do idoso (OLD)</b> | Participação em programas de saúde específicos sobre a condição/doença (Sim, Não, Não sabe/Não responde) | 8,891        | 3  | 0,031                                 | <b>Associação significativa *</b> |

**Fonte:** Instrumentos de coleta de dados: Questionário Sociodemográfico e de Saúde, WHOQOL- BREF, WHOQOL OLD, EACAC, 2024.



**Figura 1.** Modelo conceitual de capacidades de autocuidado em pessoas idosas: temas identificados a partir das respostas à EACAC.

(questão 15), 49,01% dos participantes relataram examinar o corpo regularmente, enquanto 5,96% discordaram totalmente. Na questão 16, 42,38% dos participantes procuravam informar-se sobre possíveis efeitos colaterais de novos medicamentos, contra 12,25% que discordaram totalmente.

A questão 17 revelou que 39,07% dos participantes mudaram hábitos para melhorar a saúde, enquanto 9,93% dos participantes discordaram totalmente. A segurança pessoal e familiar (questão 18) é prioridade para 54,97% dos participantes, enquanto 0,99% deles discordaram totalmente. Na questão 19, 43,38% dos participantes avaliaram a eficácia de suas práticas de saúde, enquanto 1,32% dos participantes discordaram totalmente.

No que se refere ao tempo para o autocuidado diário (questão 20), 45,70% dos participantes concordaram totalmente com a afirmação de reservar esse tempo, enquanto 1,66% deles discordaram totalmente.

A questão 21 indica que 51,99% dos participantes relataram possuir habilidade para buscar informações de saúde quando necessário, com 1,66% discordaram totalmente. Na questão 22, 48,34% dos participantes relataram buscar ajuda quando se tornam incapazes de cuidar de si, e 3,31% discordaram totalmente.

A questão 23 revela que 46,03% dos participantes relataram encontrar tempo para si mesmos, enquanto 1,99% discordaram totalmente. Finalmente, na questão 24, 43,71% dos participantes

afirmaram conseguir se cuidar apesar de dificuldades físicas, ao passo que 8,28% discordaram totalmente.

Na Figura 1 apresenta-se o modelo elaborado a partir das respostas das pessoas idosas participantes à EACAC.

Tal representação conceitual e gráfica contém os temas que serão utilizados como roteiro para a discussão dos resultados.

## DISCUSSÃO

Os achados deste estudo indicaram que diferentes dimensões do autocuidado entre os idosos refletem estratégias ativas e adaptativas que sustentam a autonomia, o bem-estar e a resiliência, os quais se mostram essenciais para a qualidade de vida na velhice.

### *Adaptação e resiliência às mudanças de saúde*

Em primeiro lugar, a capacidade de adaptação e a resiliência frente às mudanças de saúde desempenham um papel fundamental no autocuidado dos idosos, evidenciando uma disposição ativa para a modificação de rotinas e a adoção de estratégias voltadas à preservação da autonomia funcional.<sup>13</sup> Esse comportamento sugere que muitos idosos reconhecem as necessidades impostas por novas condições de saúde e respondem de maneira proativa, assumindo o controle de suas práticas de saúde diante de limitações ou dificuldades físicas.<sup>14</sup>

A disposição para realizar ajustes comportamentais, como demonstrado pela elevada frequência de respostas positivas às questões referentes ao gerenciamento de novas necessidades e à resolução de problemas funcionais, sugere que a população idosa investigada possui estratégias ativas de enfrentamento que favorecem a manutenção da saúde física e mental.<sup>15</sup> Essa abordagem ao autocuidado pode refletir experiências acumuladas ao longo da vida e uma capacidade de resiliência construída em resposta aos desafios prévios, o que facilita a adaptação às mudanças inevitáveis relacionadas ao envelhecimento.<sup>15-17</sup> Alguns estudos sobre o envelhecimento bem-sucedido indicam que idosos que mantêm uma abordagem ativa em relação ao autocuidado conseguem preservar a qualidade de vida e retardar o declínio funcional, adaptando-se às alterações físicas de maneira eficaz.<sup>18-22</sup>

Os dados também destacaram a importância do reconhecimento da necessidade de uma intervenção autônoma em face das dificuldades físicas, como quando se observa um elevado percentual de idosos que, apesar de limitações motoras, encontram meios para manter suas práticas de autocuidado.<sup>23</sup> Essa capacidade sugere a presença de uma percepção positiva de controle sobre a própria saúde, fator que, segundo a literatura, contribui significativamente para o bem-estar subjetivo e para a adesão às práticas de autocuidado em idosos.<sup>24-27</sup> Além disso, a capacidade de adaptação das práticas de saúde pode estar relacionada a uma resiliência emocional, a qual permite que os idosos mantenham a independência e enfrentem novas limitações com otimismo e eficácia.

Portanto, os resultados sugerem que as capacidades de adaptação e resiliência constituem aspectos essenciais do autocuidado entre os idosos, promovendo tanto a autonomia quanto a qualidade de vida, especialmente à medida que enfrentam os desafios físicos inerentes ao envelhecimento.

### *Práticas de higiene e manutenção do ambiente*

Outro aspecto central no autocuidado entre os idosos, conforme evidenciado pelos resultados, refere-se ao compromisso com práticas de higiene pessoal e com a manutenção do ambiente doméstico, o que representa uma dimensão essencial para a promoção de um ambiente saudável e seguro.<sup>28</sup> A elevada frequência de respostas positivas às questões relacionadas à limpeza e à higiene sugere que os participantes reconhecem a importância de manter condições adequadas no lar, o que impacta diretamente tanto a saúde física quanto o bem-estar mental.

As práticas regulares de higiene pessoal não apenas previnem doenças infecciosas e contribuem para a melhoria da saúde geral, mas também representam um cuidado relacionado à própria dignidade e à autoestima na velhice.<sup>29,30</sup> Essas atitudes podem estar associadas a uma percepção ampliada da vulnerabilidade, característica do envelhecimento, motivando uma abordagem preventiva com foco na redução dos riscos ambientais e de infecções.<sup>31</sup> Manter o ambiente doméstico limpo, por exemplo, torna-se especialmente relevante no contexto do envelhecimento,

quando a mobilidade e a capacidade de resposta a emergências podem se encontrar reduzidas.

O compromisso com a higiene pessoal e ambiental também pode refletir uma compreensão mais abrangente do autocuidado, que engloba a manutenção de um ambiente de vida capaz de favorecer a independência e a autonomia.<sup>31</sup> Alguns estudos sugerem que, para muitos idosos, esses comportamentos de autocuidado possuem um valor simbólico e contribuem para a construção de uma identidade associada à independência, oferecendo uma estrutura para a rotina diária e promovendo a satisfação com a vida na terceira idade.<sup>28,32</sup> Os achados, portanto, reforçam que as práticas de higiene e manutenção do ambiente doméstico desempenham um papel integral na capacidade de autocuidado, sustentando tanto a saúde física quanto o bem-estar emocional dos idosos.

### *Autoavaliação e avaliação contínua da saúde*

A autoavaliação e a avaliação contínua da saúde constituem componentes centrais do autocuidado entre os idosos, sinalizando um nível significativo de autoconhecimento e um compromisso com o monitoramento ativo do próprio estado de saúde.<sup>33</sup> Esse hábito de monitoramento sugere que muitos idosos estão atentos às mudanças sutis em sua saúde e buscam compreender a eficácia de suas práticas de autocuidado, o que pode indicar uma postura proativa e fundamentada frente às necessidades de saúde emergentes.<sup>34</sup>

Tal comportamento evidencia o reconhecimento da complexidade do próprio organismo e dos sinais por ele apresentados, o que se mostra fundamental para a detecção precoce de problemas e para a tomada de decisões baseadas em evidências pessoais e contextuais.<sup>34</sup> A busca frequente por informações adicionais, conforme evidenciado nos resultados, reflete uma atitude de aprendizado contínuo e uma abertura para a revisão das práticas de saúde à luz de novas informações.

Isso sugere que os participantes apresentam um perfil de autocuidado no qual a atualização constante e o esclarecimento de dúvidas ocupam posição central, contribuindo para uma abordagem mais assertiva e adaptada às suas condições físicas e cognitivas. A literatura aponta que, ao priorizar a autoavaliação e o esclarecimento, os idosos promovem não apenas a autonomia, mas também uma maior segurança em suas práticas de autocuidado, reduzindo os riscos associados a práticas inadequadas e favorecendo o uso estratégico e eficiente dos recursos de saúde.<sup>28</sup> Além disso, a avaliação regular da eficácia das práticas adotadas reflete uma busca contínua por resultados positivos e mensuráveis, característica do autocuidado entre idosos que visam à manutenção da qualidade de vida e do bem-estar.

### *Preocupação com o bem-estar psicológico e social*

A preocupação com o bem-estar psicológico e social ocupa um papel relevante no autocuidado entre os idosos, refletindo uma concepção ampliada de saúde e de qualidade de vida, que transcende a dimensão física.<sup>35</sup> O hábito de reservar tempo para

si e o esforço em cultivar amizades sugerem a valorização do autocuidado emocional e social, aspectos fundamentais para o enfrentamento dos desafios do envelhecimento com maior resiliência e satisfação.<sup>36,37</sup>

A presença de uma rede de suporte, por sua vez, associa-se a uma maior sensação de segurança e pertencimento, o que pode amenizar sentimentos de solidão e isolamento, condições comuns na velhice que impactam negativamente a saúde física e mental.<sup>38,39</sup> Esse comportamento pode também refletir uma estratégia adaptativa frente às transformações sociais e emocionais inerentes ao envelhecimento, indicando que os idosos participantes buscam, de forma intencional fortalecer sua saúde mental por meio do cultivo de conexões interpessoais.<sup>39</sup>

Alguns estudos apontaram que, ao manter e cultivar relações sociais, idosos não apenas preservam um sentido de propósito, mas também constroem uma rede de suporte emocional que contribui para o enfrentamento de crises e perdas inevitáveis da velhice.<sup>40</sup> A dedicação ao bem-estar psicológico e social também pode ser compreendida como um fator protetor da autonomia funcional, uma vez que uma saúde emocional robusta se associa aos melhores desfechos em saúde, permitindo a manutenção de níveis mais elevados de independência e reduzindo o risco de declínio cognitivo associado ao isolamento e ao estresse.<sup>38,41</sup>

### *Segurança e cuidados preventivos*

Por fim, a segurança e os cuidados preventivos representam uma dimensão estruturante do autocuidado dos idosos, refletindo uma consciência proativa sobre a prevenção de riscos e a proteção pessoal e familiar.<sup>1</sup> A elevada disposição em buscar informações e apoio diante de novos problemas de saúde sugere que os participantes compreendem a importância da adoção de atitudes preventivas, assegurando a continuidade de sua funcionalidade e a autonomia ao longo do envelhecimento. Esse comportamento evidencia uma estratégia de autocuidado orientada à antecipação e à mitigação de potenciais riscos à saúde, promovendo um envelhecimento mais seguro e saudável.<sup>42</sup>

Esse foco na segurança pode ser interpretado como uma resposta adaptativa à vulnerabilidade aumentada associada ao avanço da idade, quando o risco de quedas, acidentes domésticos e complicações médicas se torna mais expressivo.<sup>43</sup> A busca por informações sobre novos tratamentos ou possíveis efeitos adversos de medicamentos evidencia uma postura cautelosa e informada, que contribui para a segurança dos idosos e reduz o risco de práticas de saúde prejudiciais. Essa proatividade no esclarecimento de dúvidas e na tomada de decisões informadas é fundamental para minimizar eventos adversos e prevenir complicações, especialmente em um contexto de polifarmácia comum entre idosos.<sup>1</sup>

Esses achados sugerem que a capacidade de autocuidado entre os idosos é multifacetada, abrangendo dimensões adaptativas, preventivas e de manutenção da saúde física, psicológica e social. A capacidade de autocuidado demonstrada, incluindo aspectos de adaptação, prevenção e avaliação contínua da saúde, reflete a necessidade de uma abordagem integrada, que

contemple a saúde física, mental, emocional, social, bem como a autonomia, a responsabilidade pessoal e o desenvolvimento de relacionamentos positivos.<sup>44</sup>

### *Fatores associados à capacidade de autocuidado e qualidade de vida nos idosos*

As associações significativas entre a qualidade de vida e a capacidade de autocuidado com as variáveis, escolaridade, percepção de saúde, estado civil, prática religiosa e participação em programas de saúde, serão apresentadas e discutidas a seguir:

Os resultados indicaram que variáveis como escolaridade, percepção de saúde e satisfação com o processo de envelhecimento influenciam significativamente a capacidade de autocuidado e a qualidade de vida em idosos.

A associação entre maior escolaridade e melhores escores reforça que o nível educacional favorece o autocuidado e a autonomia, em consonância com achados prévios.<sup>45,46</sup> A prática religiosa, por sua vez, mostrou-se associada à qualidade de vida, mas não ao autocuidado, sugerindo que essa variável pode influenciar o bem-estar subjetivo sem impactar diretamente as práticas de saúde.<sup>47,48</sup>

A autopercepção de saúde – em termos gerais, em comparação com o ano anterior e com indivíduos da mesma faixa etária – correlacionou-se com autocuidado e qualidade de vida, destacando seu papel na adoção de comportamentos preventivos, conforme já evidenciado na literatura.<sup>24</sup> Além disso, a satisfação associou-se positivamente a melhores escores, indicando que aceitação e a adaptação contribuem para um envelhecimento saudável.<sup>49</sup>

A ausência de associação entre a participação em programas de saúde e autocuidado contrastando com sua associação com a qualidade de vida, sugere que tais programas promovem o bem-estar psicológico mais do que influenciam diretamente as práticas de autocuidado.<sup>50</sup> Esses achados reforçam a importância de abordagens integradas em políticas e programas voltados para a promoção de um envelhecimento saudável.<sup>51,52</sup>

## **CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Este estudo evidenciou que as capacidades de autocuidado entre os idosos são influenciadas por múltiplos fatores, incluindo a escolaridade, a autopercepção de saúde e a satisfação com o envelhecimento. Os achados sugerem que o autocuidado não se restringe às práticas de saúde física, mas também envolve aspectos emocionais e sociais, o que reforça a necessidade da adoção de abordagens integradas voltadas ao envelhecimento saudável. A associação entre a maior escolaridade e os melhores escores de autocuidado destaca a importância de investimentos educacionais para a promoção autonomia e do bem-estar ao longo da vida.

Os resultados indicaram que programas de saúde voltados à pessoa idosa devem considerar não apenas as práticas preventivas, mas também o fortalecimento de redes de suporte social e

emocional, pois tais fatores contribuem significativamente para a qualidade de vida e para a resiliência dos idosos. A valorização das práticas de autocuidado e a criação de estratégias que favoreçam a adaptação e a independência podem melhorar a saúde das pessoas idosas, resultando em um envelhecimento mais digno e saudável.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos participantes deste estudo, o qual incluiu pessoas idosas e os entrevistadores.

## FINANCIAMENTO

Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no artigo.

## CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo SRS, Magalhães JRHR, Frazão CR, Santos GFM, Borba SDP, Borssari LA et al. Safety of the elderly in health services. Seven Editora eBooks. 2024;2:383-401. <https://doi.org/10.56238/sevened2024.001-030>.
2. Orem DE. Teory self-care develepe of nursing. New York: Mosby; 2006.
3. Teixeira F, Pestana H, Mesquita A. Indicadores preditivos da capacidade de autocuidado da pessoa idosa – revisão sistemática da literatura. RIAGE. 2024;5. <https://doi.org/10.61415/riage.241>.
4. Couto AM, Castro EAB, Caldas CP. Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2016 Apr 1;17(1):76-85. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100011>.
5. Coutinho LSB, Tomasi E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2020;24(Supl. 1):e190578. <https://doi.org/10.1590/interface.190578>.
6. Lindolpho MC, Sá SPC, Valente GSC, Reis LB, Silva MHA, Barros NKRO. Self-care and quality of life in elderly caregivers. RSD. 2020;9(9):e183996731. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6731>.
7. Ventura MM, Bottino CM. Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: Papaleo Netto M, editor. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Atheneu; 2002. p. 174-189.
8. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>. PMID:9626712.
9. The WHOQOL Group. WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of assessment [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996 [citado 2025 Jun 11]. 16 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
10. Chachamovich E. Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005 [citado 2025 Jun 11]. 197 p. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5779/000520088.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Silva JV, Domingues EAR. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. Rev Arquivos Ciências Saúde. 2017;24(4):30-6. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.686>.
12. Silva FR, Maria S. Evidence of the psychometric properties of the feelings of the informal primary family caregiver scale. Int J Innov Res Multidiscip Educ. 2024 Oct;03(10). <https://doi.org/10.58806/ijirme.2024.v3i10n08>.
13. Leal AC, Dantas KB, Reis FP, Santos MAA, Lima ES, Corey MT et al. Exploring the nexus of functional autonomy, depression, and resilience among elderly individuals. Cuerpo, Cultura y Movimiento. 2024;14(1). <https://doi.org/10.15332/2422474X.9885>.
14. Wrosch C, Heckhausen J. Control strategies for managing health threats in older adulthood. Curr Opin Psychol. 2023;55:101750. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101750>. PMID:38039949.
15. Zapater-Fajari M, Crespo-Sanmiguel I, Pulopulos MM, Hidalgo V, Salvador A. Resilience and psychobiological response to stress in older people: the mediating role of coping strategies. Front Aging Neurosci. 2021;13:63214. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.632141>. PMID:33692681.
16. Wu YC, Shen SF, Chen LK, Tung HH. A web-based resilience-enhancing program to improve resilience, physical activity and well-being in geriatric population: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2024;26:e53450. <https://doi.org/10.2196/53450>. PMID:39052335.
17. Musich S, Wang S, Schaeffer JM, Kraemer S, Wicker EW, Yeh CS. The association of increasing resilience with positive health outcomes and quality of life among older adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2022 Apr;30(4):S70-1. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.01.065>.
18. Pignolo RJ. Successful aging: the longer one lives, the better one has eaten? Mayo Clin Proc. 2023 Dec;98(12):1751-2. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2023.10.010>. PMID:38043990.
19. González-González E, Requena C. Practices of self-care in healthy old age: a field study. Geriatrics (Basel). 2023;8(3):54. <https://doi.org/10.3390/geriatrics8030054>. PMID:37218834.
20. Basnet R, Shakya N. Factors influencing successful aging among older adults. J Nepal Health Res Counc. 2023 Mar 10;20(3):708-11. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v20i3.4112>. PMID:36974861.
21. Marzo RR, Khanal P, Shrestha S, Mohan D, Myint PK, Su TT. Determinants of active aging and quality of life among older adults: systematic review. Front Public Health. 2023 Jun 26;11:1193789. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1193789>. PMID:37435519.
22. Cohen MT, Rosenblum S, Meyer S. Self-tailored successful aging: older adults' points of view. Innov Aging. 2022 Nov;6(Supplement\_1):842. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.3018>.
23. Meynet S, Beaudoin M, Smeding A. Personnes âgées à domicile avec limitations fonctionnelles: étude préliminaire d'une intervention centrée sur le bien-être et l'autonomie. Can J Aging. 2021 Jun;40(2):224-37. <https://doi.org/10.1017/S0714980820000379>. PMID:33077020.
24. De Jesus SR, Aguiar HJR. Self-perception of health among the elderly in the northeast region of Brazil: a population-based study. In: Uniting knowledge: integrated scientific research for global development [Internet]. São José dos Pinhais: Seven Editora; 2023 [citado 2025 Jan. 18]. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/editora/article/view/2621>
25. Lu J, Liu L, Zheng J, Zhou Z. Interaction between self-perceived disease control and self-management behaviours among Chinese middle-aged and older hypertensive patients: the role of subjective life expectancy. BMC Public Health. 2022 Apr 13;22(1):733. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12990-8>. PMID:35418023.
26. Wang Y, Chen T. Perceived control, control strategies, and subjective well-being in the elderly: a longitudinal study of health behavior. Am J Health Behav. 2023 Jun 30;47(3):549-57. <https://doi.org/10.5993/AJHB.47.3.12>. PMID:37596744.
27. Nyende A, Ellis-Hill C, Mantzoukas S. A sense of control and wellbeing in older people living with frailty: a scoping review. J Gerontol Soc Work. 2023 Nov-Dec;66(8):1043-72. <https://doi.org/10.1080/01634372.2023.2206438>. PMID:37139581.
28. Khalid J, Ijaz R, Abdullah A, Safdar S, Nisar A. A comprehensive study on elderly self-care model: integrating functionality, concept analyses,

- and care needs. *Pakistan Journal of Scientific Research*. 2024;3(2):217-23. <https://doi.org/10.57041/pjosr.v3i2.1055>.
29. Wani D, Saragih J, Yunia EA, Purba E. Edukasi pentingnya melakukan perawatan diri dengan pemenuhan personal higien pada lanjut usia. *Indonesia Berdaya*. 2023 Jul;4(4):1447-52. <https://doi.org/10.47679/ib.2023578>.
  30. Cauchi J, Gerhardt PF, Leaf JB, Weiss MJ. Health and hygiene. In: Cauchi J, Gerhardt PF, Leaf JB, Weiss MJ, editores. *Clinician's Guide to Sexuality and Autism*. Cambridge, MA: Academic Press; 2024. p. 53-60. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-95743-4.00004-7>.
  31. Paramita WK. Systematic review: affecting behaviour of hygiene and health care of the elderly. *Journal PROMKES*. 2021 Mar 30;9(1):69. <https://doi.org/10.20473/jpk.V9.I1.2021.69-78>.
  32. Vivarakanon P. Perspectives of self-care experiences of aging individuals living independently: a focused ethnography in the community setting. *Glob J Health Sci*. 2021;13(6):81. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v13n6p81>.
  33. Johnsson N, Strandberg S, Tuveesson H, Fagerström C, Ekstedt M, Lindberg C. Delineating and clarifying the concept of self-care monitoring: a concept analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023 Jul 28;18(1):2241231. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2241231>. PMID:37506372.
  34. El Menshawy N. Investigating the relevance of monitoring health domains using technology among older adults: health, technology and older adults [dissertação]. Enschede: University of Twente; 2016. Disponível em: <https://essay.utwente.nl/70015/>
  35. Awad S, Bano S, Aslam MA, Ezzy T, Fatima I, Mansoor M. Understanding the link between social support and psychological well-being in aging communities. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2024;31(3):251-7. <https://doi.org/10.53555/jptcp.v31i3.4816>.
  36. Ruperti-Lucero E, López-Granero C, Barrasa A. Healthy aging: impact of social interaction on psychological well-being in older adults: longitudinal study. *Preprints*. 2023;2023:2023081309. <https://doi.org/10.20944/preprints202308.1309.v1>.
  37. Mâki-Opas T. Effective promotion of sustainable wellbeing among older people: the social quality approach. *Eur J Public Health*. 2023;33(Suppl 2):160-76. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.176>.
  38. Gerlach LB, Solway ES, Malani PN. Social Isolation and Loneliness in Older Adults. *JAMA*. 2024 Jun 18;331(23):2058. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.3456>. PMID:38780951.
  39. Liu L. Analysis of the relationship between mental health and social support systems in old age. *Academic Journal of Management and Social Sciences*. 2023 Oct 11;4(3):10-3. <https://doi.org/10.54097/ajmss.v4i3.12391>.
  40. An H, Kim MK, Lee HM, Yun S, Kim I, Park H. Effects of the social network on health in community-dwelling older adults: a systematic review. *Alzheimers Dement*. 2023 Dec;19(S24):e082296. <https://doi.org/10.1002/alz.082296>.
  41. Stojanović G, Vlaisavljević Ž, Terzić N, Maričić M, Stojanović D, Paunović V. Social isolation and loneliness among the elderly. *Annals of Nursing*. 2023 Jan 1;1(4):34-54. <https://doi.org/10.58424/annnurs.krv.o5t.mo2>.
  42. Dantas Oliveira ME, Ribeiro ACM, Oliveira CC, Santos DS, Santos H, Lima NV et al. Envelhecimento saudável: estratégias integradas para a promoção da saúde da pessoa idosa. *Anais do 27th Congresso Brasileiro de Periodontologia*; 2017 Apr 19-22; São Paulo, SP. Belo Horizonte (MG): Sociedade Brasileira de Periodontologia; 2017. <https://doi.org/10.58871/conimaps24.c25>.
  43. Chiriți G, Dimulescu DM. Gait disorders in the elderly and the risk of falls. *Romanian Journal of Medical Rehabilitation Physical Medicine and Balneoclimatology*. 2024 Apr 12;1(1):49-52. <https://doi.org/10.59277/RJMRPMB.2024.1.09>.
  44. Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024 (PT). Aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. *Diário da República [Internet]*, Lisboa, 12 Jan 2024 [citado 2025 Jan. 18]: 1ª Série: 9. Disponível em: [https://portugal2030.pt/wp-content/uploads/sites/3/2024/01/rcm14\\_2024.pdf](https://portugal2030.pt/wp-content/uploads/sites/3/2024/01/rcm14_2024.pdf)
  45. Cenedesi MA Jr, Silva ACB, Santos PHS, Pinto PRF, Saldaña YA, Figueira EL et al. Academic essay on elderly functionality: aspects of autonomy and independence in daily life activities. *Rev Contemporânea*. 2023 Dec 5;3(12):1. <https://doi.org/10.56083/RCV3N12-030>.
  46. Rahaei Z, Mehrjoan N, Barzegr F, Anbari-Nogyni Z. Is higher health literacy associated with better self-care in the elderly? *J Health Literacy*. 2020;14(1):1135-43. <https://doi.org/10.22038/JHL.2020.53305.1135>.
  47. Chaga VO, De Almeida NB, Lucas BL, Assis DL. Influence of spirituality on quality of life in community-dwelling elderly: integrative literature review. *Int Seven Multidisciplinary J*. 2024 Jun 29;3(3):1146. <https://doi.org/10.56238/isevmjv3n3-023>.
  48. Yoshizawa T, Makram AM, Elsheikh R, Nakamura S, Makram EM, Kubota K et al. Spirituality, quality of life, and health: a Japanese cross-sectional study. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2024;14(3):767-781. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14030050>. PMID:38534911.
  49. Nakamura J, Hong JH, Smith J, Chopik WJ, Chen Y, VanderWeele TJ et al. Associations between satisfaction with aging and health and well-being outcomes among older US adults. *JAMA Netw Open*. 2022;5(2):e2147797. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.47797>. PMID:35138398.
  50. Tang YY, Tang R, Gross JJ. Promoting psychological well-being through an evidence-based mindfulness training program. *Front Hum Neurosci*. 2019;13:237. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00237>. PMID:31354454.
  51. Solly K, Pachana NA. An integrative perspective on positive ageing in later life. In: Rieger E, Constanza R, Kubiszewski I, Dugdale P. *Toward an integrated science of wellbeing*. Oxford: Oxford University Press; 2023. p. 260-83. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197567579.003.0012>.
  52. Weber L, Craveiro I, Colussi CF. Comprehensive and integrated care in healthy aging policies: comparison between Portuguese and Brazilian health systems. *Physis*. 2023;34:e34042. <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202434042en>.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Anicheriene Gomes de Oliveira. José Vitor da Silva. Namie Okino Sawada. Eliza Maria Rezende Dázio. Rogério Silva Lima. Silvana Maria Coelho Leite Fava.

Aquisição de dados. Anicheriene Gomes de Oliveira. José Vitor da Silva. Murilo César do Nascimento. Namie Okino Sawada. Eliza Maria Rezende Dázio. Rogério Silva Lima. Silvana Maria Coelho Leite Fava.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Anicheriene Gomes de Oliveira. José Vitor da Silva. Murilo César do Nascimento. Namie Okino Sawada. Eliza Maria Rezende Dázio. Rogério Silva Lima. Silvana Maria Coelho Leite Fava.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Anicheriene Gomes de Oliveira. José Vitor da Silva. Murilo César do Nascimento. Namie Okino Sawada. Eliza Maria Rezende Dázio. Rogério Silva Lima. Silvana Maria Coelho Leite Fava.

Aprovação da versão final do artigo. Anicheriene Gomes de Oliveira. José Vitor da Silva. Murilo César do Nascimento. Namie Okino Sawada. Eliza Maria Rezende Dázio. Rogério Silva Lima. Silvana Maria Coelho Leite Fava.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Anicheriene Gomes de Oliveira. José Vitor da Silva. Murilo César do Nascimento. Namie Okino Sawada. Eliza Maria Rezende Dázio. Rogério Silva Lima. Silvana Maria Coelho Leite Fava.

## EDITOR ASSOCIADO

Márcia de Assunção Ferreira 

## EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 