



Autopercepção de saúde, cognição e humor em idosos residentes na comunidade

Self-perception of health, cognition and mood in community-dwelling elderly

Autopercepción de salud, cognición y estado de ánimo en adultos mayores residentes en la comunidad

Bernardo Mattiello Cazella  0000-0001-8150-833X¹

Flavia Regina dos Santos Dall Agnol  0000-0002-9075-7327

Lediane Paula Trissoldi  0000-0002-6047-0544

Joéli Cristiane Petry  0000-0002-5289-2587

Vilma Beltrame  0000-0002-9639-6403

Sirlei Favero Cetolin  0000-0002-2954-0815

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional tem sido realidade crescente nas últimas décadas, demandando ações que garantam que seja um processo assistido, bem orientado e saudável. **Objetivo:** Este trabalho teve por objetivo analisar a autopercepção de saúde, cognição e humor dos idosos residentes em municípios do Extremo-Oeste Catarinense. **Metodologia:** Foram investigadas 23.462 pessoas com 60 anos ou mais, sendo aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde o questionário IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional), disposto na plataforma do *Google Formulários*. **Resultados:** Dentre os participantes, 76,6% tinham entre 60 e 74 anos de idade, 21,9% entre 75 e 84 anos, e 5,5% com 85 anos ou mais. A autopercepção positiva de saúde foi percebida por 73% dos homens e 69% das mulheres, 20,1% dos idosos relataram esquecimento mencionado por amigos ou familiares, 18,5% relataram desânimo/tristeza/desesperança no último mês. **Conclusão:** Demonstrou-se por meio da pesquisa que as características de cognição e humor dos idosos está diretamente associada à sua autopercepção de saúde, e que a saúde da pessoa idosa, associada a boas práticas de saúde física e mental, pode melhorar os índices negativos associados a essa percepção em saúde e contribuir para um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde. Motivação.

¹Autor correspondente: bernardocazella@gmail.com. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC).



Abstract

Introduction: Population aging has been a growing reality in recent decades, calling for actions to ensure that it is an assisted, well-oriented and healthy process. **Objective:** This study aimed to analyze the self-perception of health, cognition and mood of elderly residents in municipalities in the Far West of Santa Catarina. **Methodology:** A total of 23,462 people aged 60 years or older were investigated, and the IVCF-20 questionnaire (Functional Clinical Vulnerability Index) was applied by Community Health Agents, available on the Google Forms platform. **Results:** Among the participants, 76.6% were between 60 and 74 years old, 21.9% between 75 and 84 years old, and 5.5% aged 85 years or older. Positive self-perception of health was perceived by 73% of the men and 69% of the women, 20.1% of the elderly reported forgetting mentioned by friends or family, 18.5% reported discouragement/sadness/hopelessness in the last month. **Conclusion:** It is demonstrated by the means of this research that the characteristics of cognition and mood of the elderly are directly associated with their self-perception of health, and that the health of the elderly, associated with good physical and mental health practices, can improve the negative indices associated with this perception of health and contribute to healthy aging.

Keywords: Health of the Elderly. Primary Health Care. Motivation.

Resumen

Introducción: El envejecimiento de la población ha sido una realidad creciente en las últimas décadas, exigiendo acciones para que sea un proceso asistido, bien orientado y saludable. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo analizar la autopercepción de salud, cognición y estado de ánimo de ancianos residentes en municipios del Far West de Santa Catarina. **Metodología:** Se investigó un total de 23.462 personas con 60 años o más, y se aplicó el cuestionario IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidad Clínica Funcional) por Agentes Comunitarios de Salud, disponible en la plataforma Google Forms. **Resultados:** Entre los participantes, 76,6% tenían entre 60 y 74 años, 21,9% entre 75 y 84 años y 5,5% con 85 años o más. La autopercepción positiva de la salud fue percibida por el 73% de los hombres y el 69% de las mujeres, el 20,1% de los ancianos relató olvido mencionado por amigos o familiares, el 18,5% relató desánimo/tristeza/desesperanza en el último mes. **Conclusión:** Se demuestra que las características de cognición y estado de ánimo de los ancianos están directamente asociadas con su autopercepción de salud, y que la salud de los ancianos, asociada a buenas prácticas de salud física y mental, puede mejorar los índices negativos asociados a esta percepción. de la salud y contribuir a un envejecimiento saludable.

Descriptor: Salud del Anciano. Primeros auxilios. Motivación.

Introdução

O envelhecimento é um processo natural e universal, caracterizado por um declínio fisiológico e que implica na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência do organismo. Tem, também, caráter sociológico, na medida em que cada sociedade estabelece a



idade de “início da velhice”, ponto que marca uma grande mudança no *status* e no papel social de cada indivíduo. Nesse contexto, as mudanças na identidade e na percepção de vida dessas pessoas tendem a aumentar¹. Devido à aposentadoria, declínio na saúde física e mental, maior incidência de doenças crônicas, perda de autonomia e necessidade de cuidados, não é incomum o idoso não se sentir socialmente útil. Fatores como falecimento de companheiro e de amigos e conseqüente isolamento social contribuem para aumentar os sentimentos de tristeza, desânimo, desesperança e falta de interesse. A relação com a própria imagem também é um importante fator de mudança na identidade e na percepção da vida na velhice^{2,3}.

O conceito de envelhecimento está, portanto, associado com a qualidade de vida relacionada à saúde, à flexibilidade, à atividade e ao número de amigos. O sucesso no envelhecimento, embora seja um conceito amplo e ainda não bem definido, envolve fatores biomédicos (como função fisiológica, cognição e funcionamento físico) e fatores psicossociais (como engajamento social e relacionamento com outras pessoas e boa adaptação psicológica à velhice). Esses fatores, combinados, estão fortemente relacionados à autopercepção de saúde dos indivíduos⁴.

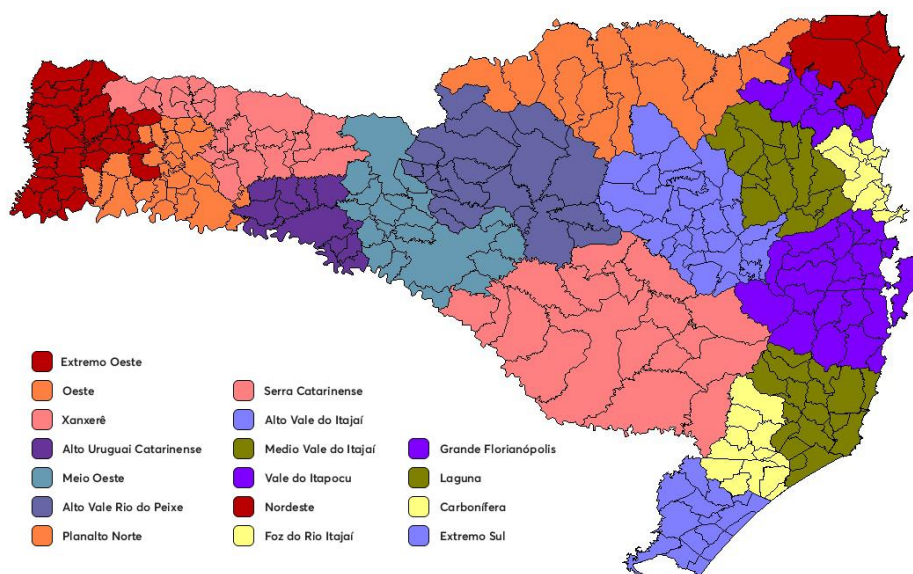
Nesse contexto, a satisfação com a vida (SV), definida como o aspecto cognitivo-avaliativo do bem-estar subjetivo, reflete a percepção dos indivíduos sobre o grau em que a vida corresponde às suas expectativas⁵. Entende-se que se envelhecer é um processo natural e que envelhecer com qualidade de vida depende da interação multidimensional dos diversos fatores mencionados⁶. Isso posto, dentro do contexto do envelhecimento da população, o presente trabalho teve por objetivo analisar a autopercepção de saúde, cognição e humor dos idosos residentes em municípios do Extremo-Oeste Catarinense.

Metodologia

Esta pesquisa teve delineamento transversal e incluiu pessoas de 60 anos ou mais, residentes nos 30 municípios que compõem a Região de Saúde do Extremo-Oeste de Santa Catarina, conforme ilustrado na Figura 1. Foram aplicados questionários em 23.462 indivíduos, nos períodos de maio a junho de 2021.



Figura 1: Composição das Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina



Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE), 2021.

A referida Região de Saúde possui em sua abrangência os seguintes municípios: Anchieta, Bandeirante, Barra Bonita, Belmonte, Bom Jesus do Oeste, Descanso, Dionísio Cerqueira, Flor do Sertão, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Iraceminha, Itapiranga, Maravilha, Modelo, Mondaí, Palma Sola, Paraíso, Princesa, Romelândia, Saltinho, Santa Helena, Santa Terezinha do Progresso, São João do Oeste, São José do Cedro, São Miguel da Boa Vista, São Miguel do Oeste, Saudades, Tigrinhos e Tunápolis. Sua população se aproxima, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR/SC, 2018), de 231.848 habitantes. Destes, de acordo com a estimativa do IBGE (2018), a Região possuía, no ano de 2020, 29.523 pessoas acima de 60 anos. Todos os idosos dos municípios, identificados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foram convidados a integrar o estudo e 23.462 participaram.

Para a coleta dos dados e informações foi aplicado o instrumento de pesquisa Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) no período de maio a junho de 2021, sendo ele adaptado e validado para uso na população brasileira, indicado para ser utilizado por profissionais da Atenção Primária, para a identificação das condições de saúde e vulnerabilidade da pessoa idosa⁷. O índice, que se encontra na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, foi aplicado pelos ACSs em visitas domiciliares e registrado na plataforma Google Formulários.

Ressalta-se que este estudo é um recorte de uma pesquisa mais ampla que foi realizada na Macrorregião de Saúde do Grande Oeste de Santa Catarina, submetido e aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente (Unoesc), por meio do parecer CAAE 45043921.0.0000.5367, sendo o número do parecer 4.817.991.

Todas as precauções e requisitos referentes aos aspectos éticos, de acordo com a Resolução 466/2012, foram observados e seguidos criteriosamente.

Resultados

No presente estudo, participaram 23.462 idosos residentes nos 30 municípios que abrangem a Regional de Saúde do Extremo-Oeste catarinense. Desses participantes, a maioria era do sexo feminino, conforme descrito na Tabela 1. A maior parte dos idosos tinha entre 60 e 74 anos, uma prevalência de 72,6%, notando-se a maior longevidade das mulheres, conforme visto na Tabela 2.

Tabela 1: Descrição da amostra de idosos de acordo com o sexo e município de residência. Região de Saúde do Extremo-Oeste de Santa Catarina, 2020

| Município | Feminino | | Masculino | | Total | |
|------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Anchieta | 278 | 48,7 | 293 | 51,3 | 571 | 2,4 |
| Bandeirante | 53 | 46,9 | 60 | 53,1 | 113 | 0,5 |
| Barra Bonita | 134 | 48,9 | 140 | 51,1 | 274 | 1,2 |
| Belmonte | 222 | 55,9 | 175 | 44,1 | 397 | 1,7 |
| Bom Jesus do Oeste | 182 | 50,0 | 182 | 50,0 | 364 | 1,6 |
| Descanso | 709 | 54,2 | 600 | 45,8 | 1309 | 5,6 |
| Dionísio Cerqueira | 800 | 51,8 | 744 | 48,2 | 1544 | 6,6 |
| Flor do Sertão | 192 | 52,6 | 173 | 47,4 | 365 | 1,6 |
| Guaraciaba | 830 | 53,5 | 721 | 46,5 | 1551 | 6,6 |
| Guarujá do Sul | 440 | 56,8 | 335 | 43,2 | 775 | 3,3 |
| Iporã do Oeste | 572 | 54,2 | 483 | 45,8 | 1055 | 4,5 |
| Iraceminha | 311 | 51,4 | 294 | 48,6 | 605 | 2,6 |
| Itapiranga | 859 | 52,9 | 764 | 47,1 | 1623 | 6,9 |
| Maravilha | 588 | 58,2 | 422 | 41,8 | 1010 | 4,3 |
| Modelo | 324 | 54,7 | 268 | 45,3 | 592 | 2,5 |
| Mondaí | 294 | 53,2 | 259 | 46,8 | 553 | 2,4 |
| Palma Sola | 363 | 51,7 | 339 | 48,3 | 702 | 3,0 |
| Paraíso | 321 | 50,6 | 314 | 49,5 | 635 | 2,7 |
| Princesa | 278 | 53,0 | 247 | 47,1 | 525 | 2,2 |
| Romelândia | 338 | 57,7 | 248 | 42,3 | 586 | 2,5 |
| Saltinho | 317 | 52,6 | 286 | 47,4 | 603 | 2,6 |
| Santa Helena | 226 | 55,5 | 181 | 44,5 | 407 | 1,7 |
| Santa Terezinha do Progresso | 73 | 52,1 | 67 | 47,9 | 140 | 0,6 |
| Saudades | 586 | 53,3 | 513 | 46,7 | 1099 | 4,7 |
| São José do Cedro | 1090 | 55,7 | 867 | 44,3 | 1957 | 8,3 |
| São João do Oeste | 302 | 51,8 | 281 | 48,2 | 583 | 2,5 |
| São Miguel da Boa Vista | 17 | 58,6 | 12 | 41,4 | 29 | 0,1 |
| São Miguel do Oeste | 1480 | 57,2 | 1108 | 42,8 | 2588 | 11,0 |
| Tigrinhos | 145 | 54,1 | 123 | 45,9 | 268 | 1,1 |
| Tunápolis | 326 | 51,0 | 313 | 49,0 | 639 | 2,7 |
| Total | 12650 | 53,9 | 10812 | 46,1 | 23462 | 100,0 |



Tabela 2: Características da amostra quanto à autopercepção de saúde, queixas cognitivas e humor. Região de Saúde do Extremo-Oeste de Santa Catarina, 2020

| | Total (%) | Feminino (%) | Masculino (%) | Valor p* |
|---|-----------|--------------|---------------|----------|
| Idade em anos | | | | <0,001 |
| 60 a 74 | 72,6 | 70,5 | 75,0 | |
| 75 a 84 | 21,9 | 22,8 | 20,9 | |
| 85 ou mais | 5,5 | 6,7 | 4,1 | |
| Autopercepção da Saúde | | | | <0,001 |
| Excelente, boa ou muito boa | 70,8 | 69,0 | 73,0 | |
| Regular ou ruim | 29,2 | 31,0 | 27,0 | |
| Queixas cognitivas | | | | |
| Familiar ou amigo mencionou esquecimento | 20,1 | 22,2 | 17,5 | <0,001 |
| Piora esquecimento nos últimos meses | 8,1 | 9,3 | 6,7 | <0,001 |
| Esquecimento que impede a realização de alguma atividade do cotidiano | 5,4 | 6,2 | 4,5 | <0,001 |
| Humor | | | | |
| Desânimo/Tristeza/Desesperança no último mês | 18,5 | 21,7 | 14,8 | <0,001 |
| Perda de interesse ou prazer no último mês em atividades prazerosas | 10,9 | 12,1 | 9,5 | <0,001 |

*Valor p do teste de Qui-quadrado.

Com relação à autopercepção da saúde, a maior parte dos idosos considera ter excelente ou muito boa saúde, havendo uma maior percepção positiva por parte dos indivíduos do sexo masculino. Quanto às queixas cognitivas, no que concerne à menção de esquecimento por familiares ou amigos, o índice maior foi observado nas mulheres. A presença de esquecimento que impede a realização de alguma atividade cotidiana foi, da mesma forma, referida por mais mulheres do que homens.

Ao analisar os dados das características relacionadas ao humor, novamente pode-se observar uma porcentagem mais alta em indivíduos do sexo feminino: relatos de desânimo/tristeza/desesperança e perda de interesse ou prazer em atividades prazerosas foram maiores entre elas.

Na tabela 3, está o percentual de autopercepção de saúde negativa referido por aqueles que apresentaram queixas cognitivas e de humor. Relacionando a autopercepção negativa de saúde com as queixas cognitivas, a maioria dos idosos que referiram esquecimento que impede a realização de alguma atividade do cotidiano perceberam sua saúde como regular ou ruim. Em relação à memória, o maior número daqueles que apontaram piora no esquecimento nos últimos meses, também relataram percepção de saúde negativa. Essa percepção negativa foi observada em mais da metade dos idosos que tiveram algum membro da família ou amigo que afirmou que este estava se tornando esquecido, como pode ser observado nos dados da Tabela 3.



Ao relacionar-se a autopercepção negativa com as características de humor, a maioria dos participantes que tiveram perda de interesse ou prazer em atividades que antes consideravam prazerosas perceberam sua saúde como regular ou ruim. Mais da metade dos que tiveram desânimo, tristeza ou desesperança no último mês indicaram autopercepção de saúde negativa.

Tabela 3: Autopercepção de saúde negativa (regular ou ruim) dos indivíduos que apresentaram queixas cognitivas e de humor, de acordo com o sexo. Região de Saúde do Extremo-Oeste de Santa Catarina, 2020.

| Queixas cognitivas e de humor | Autopercepção de saúde negativa (%) | Feminino RPA (IC05%) | Valor p | Masculino RPA (IC95%) | Valor p |
|---|-------------------------------------|----------------------|---------|-----------------------|---------|
| Familiar ou amigo mencionou esquecimento | 51,7 | 1,68 (1,57-1,80) | <0,001 | 1,73 (1,60-1,87) | <0,001 |
| Piora esquecimento nos últimos meses | 63,5 | 1,78 (1,64-1,94) | <0,001 | 1,78 (1,59-1,99) | <0,001 |
| Esquecimento que impede a realização de alguma atividade do cotidiano | 70,6 | 1,93 (1,76-2,13) | <0,001 | 2,15 (1,91-2,41) | <0,001 |
| Desânimo/Tristeza/Desesperança no último mês | 56,7 | 1,24 (1,16-1,34) | <0,001 | 1,47 (1,35-1,61) | <0,001 |
| Perda de interesse ou prazer no último mês em atividades antes prazerosas | 64,5 | 1,43 (1,32-1,56) | <0,001 | 1,79 (1,63-1,97) | <0,001 |

*RPA: razão de prevalência ajustada para a idade e município de residência.

Verificamos que o maior risco de perceber sua saúde como regular ou ruim foi observado no grupo dos idosos do sexo masculino que relataram esquecimento que impede a realização de alguma atividade do cotidiano (2,15 vezes mais risco). Dentre as mulheres, esse risco foi de 1,93. As outras queixas cognitivas e de humor também apontam para o aumento desse risco tanto em homens quanto em mulheres.

Discussão

A autopercepção de saúde é um indicador subjetivo e confiável da percepção do indivíduo sobre sua saúde. Pode ser aplicado de forma eficaz, rápida e barata na avaliação de saúde de grupos populacionais. Incorpora componentes físicos, cognitivos e emocionais e é recomendado para análises de saúde da população. Nesse contexto, sabe-se que um declínio na saúde física e mental, em decorrência do processo de envelhecimento, pode gerar um impacto negativo na autopercepção de saúde dos indivíduos, da mesma forma que a maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis e a incapacidade funcional afetam negativamente a percepção de saúde dos idosos⁸.



Diz-se que o idoso é considerado saudável quando é capaz de realizar suas atividades de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças⁹. Na presente pesquisa, 70,8% dos participantes definiram sua saúde como excelente, boa ou muito boa, e 29,2% como regular ou ruim. Essa proporção foi encontrada em outros estudos, como o realizado por Oliveira¹⁰, no qual 66,7% dos entrevistados declararam ter autopercepção excelente, muito boa ou boa, enquanto que 33,3% relataram percepção regular ou ruim. Em outro estudo¹¹, 26% dos idosos avaliaram sua saúde como ruim, sendo esse índice maior em mulheres, assim como neste trabalho. Um estudo realizado por Medeiros¹², contudo, observou que 42,4% dos indivíduos relataram muito boa ou boa autopercepção, enquanto que 44% descreveram uma saúde regular e 13,5% saúde ruim ou muito ruim.

Os dados do presente estudo apontam que o desempenho cognitivo subjetivo é bastante afetado na população idosa. Dentre os idosos estudados, um terço apresentou alguma queixa cognitiva, achado semelhante aos encontrados em outros estudos que relataram comprometimento cognitivo em 28,14% e 37,8% dos idosos^{13,14}. Índices mais baixos, entretanto, foram encontrados em trabalhos publicados por Silva¹³, 24,9%, Gurian¹⁵, 18,3%, e Jacobs¹⁴, 25,6%. Por outro lado, ao estudar uma população idosa residente em contexto de alta vulnerabilidade social (que está associada à condição financeira, escolaridade, acesso aos serviços de saúde, fragilidade física), o declínio cognitivo foi observado em 70% dos idosos¹⁶, o que demonstra o quanto a condição socioeconômica afeta a saúde do idoso, em todos os aspectos, inclusive no cognitivo. Andrade¹⁷ também apresentou um índice de comprometimento cognitivo bem maior (63%) do que o da população estudada em nosso trabalho, porém, seu estudo foi realizado em população idosa de um grande centro urbano. Estes dados são contrapostos aos encontrados em nossa pesquisa – que foi realizada em uma região de municípios de pequeno porte –, bem como em outros trabalhos que também estudaram idosos em localidades menores e não avaliaram a vulnerabilidade social. Isso parece indicar que a vida em comunidades pequenas e uma posição social digna podem estar relacionadas à melhor saúde mental. Induzimos que o acesso mais facilitado aos serviços de saúde, a proximidade de familiares e a convivência com outras pessoas – características mais comumente encontradas em comunidades menores e em grupos socialmente não vulneráveis – possa ser um fator positivo e, até mesmo, protetor da saúde cognitiva.

Durante o processo de envelhecimento, as pessoas podem experimentar mudanças sutis em sua capacidade cognitiva, um processo conhecido como 'envelhecimento cognitivo'. Em relação à memória, nossa pesquisa aponta que um quinto dos idosos tiveram episódios de



esquecimento relatados por familiares ou amigos, o que difere do encontrado na população estudada por Silva¹³, na qual 40,3% dos idosos relataram esse dado. Esse mesmo estudo apontou que 18,4% dos idosos percebiam que o esquecimento estava piorando nos últimos meses, contra os 8,1% da nossa pesquisa. Quando questionados se esse esquecimento estava impedindo a realização de qualquer atividade diária, as respostas positivas foram apontadas por percentual de idosos semelhante (5,4% e 5,9%), em nossa pesquisa e na realizada por Silva¹³. O referido trabalho apontou ainda que, entre os idosos que apresentaram déficit cognitivo, 29,9% consideraram sua saúde regular ou ruim; nossos dados, por sua vez, mostram índices de autopercepção de saúde negativa que variam de 51,7% a 70,6%, neste grupo. Essa diferença demonstra como, na população da região de saúde do Extremo-Oeste de Santa Catarina, o fator cognição é importante para uma compreensão positiva ou negativa de saúde por parte dos idosos.

Embora o envelhecimento cognitivo seja uma parte normal do envelhecimento, mudanças mais significativas na cognição não são¹⁸. Ainda que a cognição seja mais afetada em idosos fisicamente frágeis^{1,13}, ter boas conexões sociais é considerado um aspecto importante do envelhecimento bem-sucedido, como fator protetor da cognição. Alguns trabalhos, inclusive, apontam que a escolaridade e o envolvimento em atividades de lazer estão associados à redução do risco de declínio cognitivo^{2,11,18,19}.

Em relação ao humor, sabe-se que sentimentos de tristeza, desânimo, desesperança, falta de interesse em atividades antes consideradas prazerosas, bem como alterações do sono, falta de apetite e isolamento social são cada vez mais comuns entre os idosos. A literatura aponta a depressão como uma das condições clínicas mais comuns, entre os transtornos de humor, nessa população². Em nosso estudo, um quinto dos idosos relataram sentimento de tristeza, desânimo e desesperança no último mês, índice com maior prevalência entre as mulheres. Sabe-se que o sofrimento social que pode ocorrer junto ao processo de envelhecimento (como isolamento social, solidão, separação, perda, humilhação, estresse e dor física) pode contribuir para a eclosão do sofrimento psíquico. As pessoas idosas, muitas vezes, são mais fragilizadas e têm menor acesso a recursos e aparatos sociais e, por isso, são mais suscetíveis aos transtornos de humor que foram pesquisados neste trabalho³.

O envelhecimento, embora seja um processo natural, apresenta – e corrobora o presente trabalho –, um forte componente de gênero com predominância de mulheres, o que caracteriza a feminização da velhice. Assim como em nosso estudo, outros trabalhos relataram maior prevalência do comprometimento cognitivo em mulheres, sendo que alguns apontam que esse



achado pode estar relacionado à sua maior longevidade^{13,20,21}. A literatura fundamenta também com nosso achado de maior comprometimento no estado de humor dessas pessoas: as idosas são, de modo geral, afetadas diferentemente dos homens pelo envelhecimento, sendo mais suscetíveis a problemas de saúde, dificuldades financeiras, presença de doenças crônico-degenerativas, falta de apoio familiar e sintomas depressivos²². As mulheres apresentam maior fragilidade e perda de autonomia e sofrem com doenças crônicas por mais anos do que os homens. Ainda, aponta-se que as idosas, muitas vezes, têm uma relação negativa e até depreciativa com a própria imagem, devido à existência de crenças sociais que refletem a valorização do atrativo físico jovem²³. Os achados, sem dúvidas, apontam para a necessidade de políticas de saúde que amparem os idosos, sobretudo as mulheres. Por outro lado, apesar de verificarmos em nosso estudo que quase todos os índices de percepção de saúde, queixas cognitivas e de humor tenham sido mais graves na população feminina, nossos achados apontam que os homens que apresentam queixas de cognição e de humor têm maior risco de terem um autopercepção de saúde negativa, em comparação às mulheres. Esse dado sugere que as mulheres idosas, embora sejam mais acometidas pelos aspectos negativos pesquisados e perceberem, de fato, sua saúde mais negativamente, de modo geral, quando comparadas aos homens com as mesmas queixas de cognição e humor, são mais positivas ou fortes.

Em países como o Brasil, com grande desigualdade social – que gera situações de vulnerabilidade social, como precarização das condições socioeconômicas, da autoestima e da estima social –, a longevidade nem sempre é correspondente ao envelhecimento saudável. Essas desigualdades e precariedades podem acometer o ser humano em diferentes faixas etárias, mas se intensificam com o avançar da idade e o agravar da condição de saúde, de modo que esse aspecto, embora não pesquisado neste trabalho, precisa ser pontuado³.

Conclusão

O presente estudo demonstrou que as características de cognição e humor dos idosos está bastante associada à sua autopercepção de saúde e que condições de comprometimento cognitivo, desânimo, tristeza e perda de interesse afetam negativamente essa autopercepção.

Apesar das limitações dessa pesquisa (como não considerar características socioeconômicas dos indivíduos e a presença de doenças crônicas) e embora as comparações dos resultados encontrados com os descritos em outros trabalhos sejam limitadas, quer pela diferença de desenho amostral e população quer pela metodologia, eles apontam na mesma



direção: verifica-se comprometimento do desempenho cognitivo subjetivo, humor e autopercepção de saúde à medida que a idade avança.

Evidenciaram-se dois fenômenos importantes, apontados também em outros trabalhos: o impacto dos aspectos cognitivos e de humor na autopercepção de saúde da população idosa e a feminização da velhice. Ainda, como o presente estudo foi realizado em municípios com população pequena, os dados revelam a importância da realização de estudos como este principalmente em grandes centros, onde o número de habitantes em situação de vulnerabilidade social e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são maiores.

É clara a necessidade de se repensar políticas públicas e o planejamento de ações de atenção à saúde do idoso visando a melhorar o acesso dessa população aos serviços de saúde e lazer e proporcionar maior qualidade de vida. Faz-se necessário que, como apontado nos resultados, essas ações atinjam o idoso não apenas dentro do âmbito biomédico, mas também social e psicológico, de modo integral, não se restringindo, portanto, apenas à assistência à saúde, mas abrangendo a conscientização das famílias e da sociedade como um todo.

Recebido em 12/09/2022
Aprovado em 27/11/2022

Referências

1. Prestes YA, Da Silva ES, Oliveira HGA, Pereira M da S, Campos HLM. Propósito de vida, dor e cognição de idosos domiciliados de uma cidade do interior do Amazonas. *Fisioter Bras.* 2021;168–79. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v22i2.4751>
2. Sales JC e S, Silva Júnior FJG da, Vieira CP de B, Figueiredo M do LF, Luz MHBA, Monteiro CF de S. Feminização da velhice e sua interface com a depressão: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line.* 2016;1840–6.
3. Silva WLF da, Paula GL de, Gomes LC, Cruz DT da. Prevalência de sofrimento psíquico em pessoas idosas: um estudo de base comunitária. *Rev bras geriatr gerontol [Internet]*. 19 de maio de 2021 [citado 5 de novembro de 2022];23. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbagg/a/zppmS36dmR9ckP66XGTJXVh/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200246>
4. Annele U, Satu KJ, Timo ES. Definitions of successful ageing: A brief review of a multidimensional concept. *Acta Biomed.* 2019;90(2):359–63. DOI: [10.23750/abm.v90i2.8376](https://doi.org/10.23750/abm.v90i2.8376).
5. Batistoni SST, Assumpção D de, Santillan TIV, Fonseca ALB, Oliveira CV de, Neri AL. Estabilidade e mudança em medidas prospectivas de satisfação com a vida em



- idosos: Estudo Fibra. Rev bras geriater gerontol [Internet]. 6 de maio de 2022 [citado 4 de julho de 2022];25. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/rbagg/a/rvCgRNSVnVWRD54mrXNrMSv/abstract/?lang=pt>.
DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210244.pt>.
6. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. junho de 2005;17:333–41.
 7. Moraes EN de, Carmo JA do, Moraes FL de, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. Rev Saude Publica. 22 de dezembro de 2016;50:81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>.
 8. Carneiro JA, Gomes CAD, Durães W, Jesus DR de, Chaves KLL, Lima C de A, et al. Negative self-perception of health: prevalence and associated factors among elderly assisted in a reference center. Cien Saude Colet. março de 2020;25(3):909–18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.16402018>.
 9. Cruz DT da, Cruz FM da, Ribeiro AL, Veiga CL da, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. Cad saúde colet. dezembro de 2015;23:386–93. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500040139>.
 10. Oliveira CE de S, Felipe SGB, Silva CRDT da, Carvalho DB de, Silva-Júnior F, Figueiredo M do LF, et al. Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em um centro de convivência. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2020 [citado 4 de julho de 2022];33. Disponível em:
http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002020000100448&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0172>.
 11. Duarte R. RELAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, CAPACIDADE FUNCIONAL E COGNIÇÃO EM OCTOGENÁRIOS. SÃO PAULO. 2018;62.
 12. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Factors associated with negative self-rated health among non-institutionalized elderly in Montes Claros, Brazil. Cien Saude Colet. novembro de 2016;21(11):3377–86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>.
 13. Silva JNMA da, Leite MT, Gaviraghi LC, Kirsten VR, Kinalski S da S, Hildebrandt LM, et al. Predicting dimensions of clinical-functional conditions and cognition in the elderly. Rev Bras Enferm. 2020;73 Suppl 3:e20190162. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0162>.
 14. Jacobs JM, Cohen A, Ein-Mor E, Maaravi Y, Stessman J. Frailty, cognitive impairment and mortality among the oldest old. J Nutr Health Aging. agosto de 2011;15(8):678–82.
 15. Gurian MBF, Oliveira RC de, Laprega MR, Rodrigues Júnior AL. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. Rev bras geriater gerontol. 2012;15:275–84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200010>.



16. Machado JC, Ribeiro R de CL, Leal PF da G, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Rev bras epidemiol.* dezembro de 2007;10:592–605. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000400017>
17. Andrade NB de, Novelli MMPC. Perfil Cognitivo e Funcional de Idosos Frequentadores dos Centros de Convivência para idosos da Cidade de Santos, SP. *CTO.* 2015;23(1):143–52. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO396>.
18. Bransby L, Buckley RF, Rosenich E, Franks KH, Yassi N, Maruff P, et al. The relationship between cognitive engagement and better memory in midlife. *Alzheimers Dement (Amst).* 2022;14(1):e12278. DOI: <https://doi.org/10.1002/dad2.12278>.
19. Coelho FG de M, Vital TM, Novais I de P, Costa G de A, Stella F, Santos-Galduroz RF. Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. *Rev bras geriatr gerontol.* 2012;15:7–15. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000100002>.
20. Roppolo M, Mulasso A, Rabaglietti E. Cognitive Frailty in Italian Community-Dwelling Older Adults: Prevalence Rate and Its Association with Disability. *J Nutr Health Aging.* 2017;21(6):631–6. DOI: 10.1007/s12603-016-0828-5
21. Ma L, Zhang L, Sun F, Li Y, Tang Z. Cognitive function in Prefrail and frail community-dwelling older adults in China. *BMC Geriatr.* 27 de fevereiro de 2019;19(1):53.
22. Santos KMA dos, Bernardo KJC, Araújo LBS de. Oficinas terapêuticas com mulheres velhas: um recorte de gênero, raça e classe. *Rev Psicol, Divers Saúde.* 2021;282–95. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i2.3592>.
23. Salgado CDS. Mulher Idosa: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento [Internet].* 23 de junho de 2002 [citado 5 de novembro de 2022];4. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716>.

