

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
DOUTORADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

NAYARA GOMES NUNES OLIVEIRA

ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA MICRORREGIÃO DE
SAÚDE DE UBERABA, MINAS GERAIS

Uberaba

2020

NAYARA GOMES NUNES OLIVEIRA

ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA MICRORREGIÃO DE
SAÚDE DE UBERABA, MINAS GERAIS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.
Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

Uberaba

2020

Catálogo na fonte:

Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

O48e Oliveira, Nayara Gomes Nunes
Envelhecimento ativo entre idosos residentes na microrregião de saúde de Uberaba, Minas Gerais / Nayara Gomes Nunes Oliveira. -- 2020.
279 f.: il., graf., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2020
Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

1. Saúde do idoso. 2. Envelhecimento. 3. Qualidade de vida. 4. Análise fatorial. 5. Enfermagem geriátrica. I. Tavares, Darlene Mara dos Santos. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

NAYARA GOMES NUNES OLIVEIRA

**ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA
MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA, MINAS GERAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para obtenção do título de Doutor.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e Idoso.

Uberaba , _____ de _____ 2020

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares - Orientadora

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Vanderlei José Haas

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dr^a. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Universidade de São Paulo – USP Ribeirão Preto

Prof^a. Dr^a. Luciana Kusumota

Universidade de São Paulo – USP Ribeirão Preto

*Dedico a minha família, fonte de apoio
e incentivo nesta caminhada.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos espíritos de luz, por iluminarem meu caminho e me concederem serenidade e força para perseverar, mesmo quando as dificuldades pareciam infinitas, e por colocarem ao meu lado pessoas tão especiais.

Aos meus pais, Mário e Iolanda, meus exemplos de determinação, por sempre me incentivarem a buscar o conhecimento e a nunca desistir dos meus objetivos, pelo apoio incondicional e orações.

À minha irmã Nayna, pelo apoio, incentivo, cumplicidade e por estar sempre disposta a auxiliar no que fosse preciso.

Ao meu esposo Neilzo, por ser meu alicerce e nunca me deixar desistir. Obrigada pelo apoio, compreensão e amor. Sem você, com certeza essa caminhada seria mais difícil.

À minha orientadora, Professora Doutora Darlene Mara dos Santos Tavares, pela confiança, paciência, ensinamentos e dedicação. Agradeço por ter minha formação sempre influenciada pelos seus exemplos. A você meu respeito e admiração.

Aos professores da banca examinadora, pelas contribuições para o aperfeiçoamento deste estudo e por aceitarem participar desse momento tão especial.

Ao Professor Doutor Vanderlei José Haas, pela assessoria e orientação na compreensão das análises estatísticas, sempre com cuidado, paciência, atenção e simplicidade. É muito bom saber que posso contar com você. Obrigada por tudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde que colaboraram com a construção do conhecimento e com meu crescimento profissional.

Aos secretários do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Daniele Cristina M. Machado e Fábio Renato Barboza, pela assistência e benevolência.

Aos colegas e amigos do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, pela convivência ao longo desta trajetória.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Ambulatório de Geriatria e Gerontologia, pelos aprendizados, amizades e troca de experiências.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, instituição responsável pela minha formação, e por mais esta oportunidade.

Aos idosos que participaram deste estudo, pela disponibilidade e receptividade com que nos receberam em suas casas, na expectativa de que os frutos deste trabalho contribuam para ajudar outras pessoas.

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

A todos que, de alguma forma, colaboraram e participaram desta trajetória.

SABER VIVER

“Não sei... se a vida é curta
ou longa demais para nós,
mas, sei que nada
do que vivemos tem sentido,
se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
o colo que acolhe,
o braço que envolve,
a palavra que conforta,
o silêncio que respeita,
a alegria que contagia,
a lágrima que corre,
o olhar que acaricia,
o desejo que sacia,
o amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não
seja nem curta, nem longa demais,
mas que seja intensa, verdadeira,
pura enquanto ela durar.”

Cora Coralina

RESUMO

OLIVEIRA, Nayara Gomes Nunes. **Envelhecimento ativo entre idosos residentes na Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais**. 2020. 280f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Diante da ausência de consenso científico sobre a melhor forma para mensurar o envelhecimento ativo objetivou-se descrever seus determinantes entre os idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba e segundo sexo; mensurar a qualidade de vida (QV) dos idosos; propor um modelo estrutural de envelhecimento ativo, com base no referencial teórico da Organização Mundial de Saúde; verificar a equivalência deste modelo entre os sexos e identificar o efeito do envelhecimento ativo sobre a QV dos idosos. Estudo transversal e analítico, com 957 idosos comunitários. Procederam-se às análises: descritiva, bivariada, fatorial confirmatória e modelagem de equações estruturais. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 2.053.520. Nos determinantes comportamentais a média de itens adequados, que compuseram a variável perfil antropométrico, foi de 2,83 ($\pm 0,84$), sendo maior entre os homens idosos ($p=0,002$). Nos hábitos de vida saudáveis ($2,78 \pm 0,88$; $p < 0,001$) e nas práticas de autocuidado ($2,87 \pm 1,07$; $p=0,020$) a média foi maior entre as idosas. Houve predomínio de idosos sem indicativo de sintomas depressivos (76,3%) e declínio cognitivo (98,6%), com antecedentes familiares para doenças crônicas (84,6%), bom funcionamento dos sentidos (52,8%) e cinco ou mais morbidades (68,%). As idosas apresentaram menores escores de resiliência ($p < 0,001$) e percentual de boa avaliação do funcionamento dos sentidos ($p=0,011$), maiores proporções de sintomas depressivos ($p < 0,001$), morbidades ($p < 0,001$) e antecedentes familiares para doenças crônicas ($p=0,011$). No ambiente físico, a maioria sentia-se bastante segura na vida diária (58,7%), estava satisfeita com o meio de transporte (70,5%; $p=0,002$) e condições de moradia (69,9%; $p=0,001$), com maior proporção entre as mulheres. O ambiente físico foi considerado bastante saudável pela maioria dos idosos (49,3%), em maior proporção nos homens ($p=0,030$). As redes sociais constituíram-se, principalmente, por familiares ($3,37 \pm 2,13$), sendo maior no sexo masculino ($p=0,001$). Houve predomínio de idosos com maior participação nas AAVD (73,9%), sendo a maior média entre os homens ($p=0,005$). A maioria relatou estar satisfeita com as relações pessoais (70,1%; $p < 0,001$), atividades na comunidade (51,8%; $p=0,019$) e oportunidades de lazer (37,6%;

$p=0,045$), com maior proporção entre as mulheres. Nos determinantes econômicos, maior percentual possuía renda individual mensal de 1-3 salários mínimos (85,8%; $p<0,001$), tinha mais ou menos dinheiro para satisfazer suas necessidades (54,9%; $p=0,030$), com maior proporção entre os homens. A maioria não exercia trabalho remunerado (84,0%) e maior proporção de homens idosos trabalhava em relação às idosas ($p=0,013$). Nos serviços sociais e de saúde, os idosos estavam satisfeitos com o acesso (61,5%; $p=0,017$) e nem sempre os medicamentos de uso contínuo eram ofertados pelo serviço público (48,7%; $p=0,016$). Maior percentual avaliou a saúde como boa (54,0%; $p=0,001$) e relatou que esta permaneceu igual no decorrer de 12 meses (50,3%; $p=0,015$), sendo maior a proporção entre os homens. Os maiores escores médios de QV foram para o domínio das relações sociais ($70,12\pm 15,4$) e faceta morte e morrer ($75,43\pm 26,7$), enquanto os menores, para o físico ($64,41\pm 17,1$) e autonomia ($69,14\pm 15,5$). O modelo final de envelhecimento ativo apresentou boa qualidade de ajuste: $\chi^2/gf=3,50$; $p<0,001$; GFI=0,94; CFI=0,92; TLI=0,90; PGFI=0,69; PCFI=0,73; RMSEA=0,05. A estrutura fatorial do modelo foi equivalente entre os sexos, entretanto, as cargas fatoriais, variaram significativamente ($p=0,029$). O envelhecimento ativo exerceu efeito direto e positivo sobre a QV ($\lambda=0,70$; $p<0,001$). Conclui-se que o modelo de envelhecimento ativo ajustou-se adequadamente entre os idosos deste estudo, podendo variar entre contextos, culturas e gênero. Ademais, quanto mais se envelhece ativamente, melhor a autoavaliação da QV.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Envelhecimento. Qualidade de Vida. Análise Fatorial. Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Nayara Gomes Nunes. **Active aging among older people living in the Uberaba Health Microregion, Minas Gerais**. 2020. 280f. Thesis (Doctoral in Health Care) – Program Postgraduate *Stricto Sensu* in Health Care, Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brazil, 2020.

Given the lack of scientific consensus on the best way to measure active aging, the objective was to describe its determinants among the elderly in the Uberaba Health Micro-Region and according to gender; measure the quality of life (QoL) of the elderly; propose a structural model of active aging, based on the theoretical framework of the World Health Organization; to verify the equivalence of this model between genders and to identify the effect of active aging on the QoL of the elderly. Cross-sectional and analytical study with 957 community-dwelling elderly. Descriptive, bivariate, confirmatory factorial and structural equation modeling were performed. Project approved by the Research Ethics Committee, nº 2.053.520. In the behavioral determinants, the average of adequate items that comprised the anthropometric profile variable was 2.83 (± 0.84), being higher among elderly men ($p=0.002$). In healthy lifestyle habits (2.78 ± 0.88 ; $p<0.001$) and self-care practices (2.87 ± 1.07 ; $p=0.020$) the mean was higher among the elderly. There was a predominance of elderly without indicative of depressive symptoms (76.3%) and cognitive decline (98.6%), with family history of chronic diseases (84.6%), good functioning of the senses (52.8%) and five or more morbidities (68,%). Older women had lower resilience scores ($p<0.001$) and a percentage of good evaluation of senses functioning ($p=0.011$), higher proportions of depressive symptoms ($p<0.001$), morbidities ($p<0.001$) and family history of chronic diseases ($p=0.011$). In the physical environment, most felt very safe in daily life (58.7%), were satisfied with the means of transportation (70.5%; $p=0.002$) and living conditions (69.9%; $p=0.001$), with a higher proportion among women. The physical environment was considered quite healthy by the majority of the elderly (49.3%), in greater proportion in men ($p=0.030$). Social networks consisted mainly of family members (3.37 ± 2.13), being higher in males ($p=0.001$). There was a predominance of elderly with higher participation in AADL (73.9%), with the highest average among men ($p=0.005$). Most reported being satisfied with personal relationships (70.1%; $p<0.001$), community activities (51.8%; $p=0.019$) and leisure opportunities (37.6%; $p=0.045$), with greater proportion among women. In economic determinants, the highest percentage had individual monthly income of 1–3 minimum wages

(85.8%; $p < 0.001$), had more or less money to meet their needs (54.9%; $p = 0.030$), with a higher proportion among men. Most did not perform paid work (84.0%) and a higher proportion of the elderly men worked compared to the elderly women ($p = 0.013$). In social and health services, the elderly were satisfied with the access (61.5%; $p = 0.017$) and public service did not always offer medicines of chronic use (48.7%; $p = 0.016$). The highest percentage rated health as good (54.0%; $p = 0.001$) and reported that it remained the same over 12 months (50.3%; $p = 0.015$), with a higher proportion among men. The highest average QoL scores were for the domain of social relations (70.12 ± 15.4) and death and dying facet (75.43 ± 26.7), while the lowest for the physical (64.41 ± 17.1) and autonomy (69.14 ± 15.5). The final model of active aging presented good quality of fit: $\chi^2 / gl = 3.50$; $p < 0.001$; GFI=0.94; CFI=0.92; TLI=0.90; PGFI=0.69; PCFI=0.73; RMSEA=0.05. The factorial structure of the model was equivalent between genders, however, the factor loadings varied significantly ($p = 0.029$). Active aging had a direct and positive effect on QoL ($\lambda = 0.70$; $p < 0.001$). It was concluded that the active aging model adjusted appropriately among the elderly in this study, and may vary among contexts, cultures and gender. Moreover, the more actively one gets older, the better the self-assessment of QoL.

Keywords: Health of the Elderly. Aging. Quality of Life. Factor Analysis, Statistical. Geriatric Nursing.

RESUMEN

OLIVEIRA, Nayara Gomes Nunes. **Envejecimiento activo entre personas mayores residentes de la Microrregión de Salud de Uberaba, Minas Gerais**. 2020. 280f. Tesis (Doctorado en Atención de la Salud) – Programa de pos graduación *stricto sensu* en la Atención Sanitaria, Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Dada la falta de consenso científico sobre la mejor manera de medir el envejecimiento activo, el objetivo era describir sus determinantes entre las personas mayores en la Microrregión de Salud de Uberaba y según el género; medir la calidad de vida de las personas mayores; proponer un modelo estructural del envejecimiento activo, basado en el marco teórico de la Organización Mundial de la Salud; para verificar la equivalencia de este modelo entre géneros e identificar el efecto del envejecimiento activo en la calidad de vida de las personas mayores. Estudio transversal y analítico con 957 personas mayores que viven en la comunidad. Se realizaron modelos descriptivos, bivariados, de confirmación de ecuaciones factoriales y de ecuaciones estructurales. Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación nº 2.053.520. En los determinantes conductuales, el promedio de ítems adecuados que comprendieron la variable de perfil antropométrico fue de 2,83 ($\pm 0,84$), siendo mayor entre los hombres de edad avanzada ($p=0,002$). En hábitos de estilo de vida saludable (2.78 ± 0.88 ; $p<0.001$) y prácticas de autocuidado (2.87 ± 1.07 ; $p=0.020$) la media fue mayor entre las mujeres de edad avanzada. Hubo un predominio las personas mayores sin síntomas depresivos (76.3%) y deterioro cognitivo (98.6%), con antecedentes familiares de enfermedades crónicas (84.6%), buen funcionamiento de los sentidos (52.8%) y cinco o más morbilidades (68%). Las mujeres de edad avanzada tuvieron resiliencia más bajas ($p<0.001$) y un porcentaje de buena evaluación del funcionamiento sensorial ($p=0.011$), mayores proporciones de síntomas depresivos ($p<0.001$), morbilidades ($p<0.001$) y antecedentes familiares de enfermedades crónicas ($p=0,011$). En el entorno físico, la mayoría se sentía muy segura en la vida diaria (58.7%), estaban satisfechos con los medios de transporte (70.5%; $p=0.002$) y las condiciones de vida (69.9%; $p=0.001$), con una mayor proporción entre mujeres. El entorno físico fue considerado bastante saludable por la mayoría de los ancianos (49,3%), en mayor proporción en los hombres ($p=0,030$). Las redes sociales estaban formadas principalmente por miembros de la familia (3.37 ± 2.13), siendo más altas en los hombres ($p=0.001$). Hubo un predominio de personas mayores con mayor participación en AAVD

(73.9%), con el promedio más alto entre los hombres ($p=0.005$). La mayoría informó estar satisfecha con las relaciones personales (70.1%; $p<0.001$), actividades comunitarias (51.8%; $p=0.019$) y oportunidades de ocio (37.6%; $p = 0.045$), con mayor proporción entre mujeres. En los determinantes económicos, el porcentaje más alto tenía un ingreso mensual individual de 1-3 salarios mínimos (85.8%; $p<0.001$), tenía más o menos dinero para satisfacer sus necesidades (54.9%; $p=0.030$), con una proporción más alta entre los hombres. La mayoría no realizó trabajo remunerado (84.0%). En los servicios sociales y de salud, las personas mayores estaban satisfechos con el acceso (61.5%; $p=0.017$) y no siempre el uso público ofrecía medicamentos de uso continuo (48.7%; $p=0.016$), con un mayor proporción entre las personas mayores. El porcentaje más alto calificó la salud como buena (54.0%; $p=0.001$) e informó que permaneció igual durante 12 meses (50.3%; $p=0.015$), con una mayor proporción entre los hombres. Los puntajes promedio más altos de la calidad de vida fueron para el dominio de las relaciones sociales (70.12 ± 15.4) y la facete de muerte e morir (75.43 ± 26.7), mientras que el más bajo para el físico (64.41 ± 17.1) y autonomía (69.14 ± 15.5). El modelo final de envejecimiento activo presentó buena calidad de ajuste: $\chi^2 / gl = 3.50$; $p<0,001$; GFI = 0,94; CFI = 0.92; TLI = 0.90; PGFI = 0,69; PCFI = 0,73; RMSEA = 0.05. La estructura factorial del modelo era equivalente entre sexos, sin embargo, las cargas de factores variaron significativamente ($p=0.029$). El envejecimiento activo tuvo un efecto directo y positivo sobre la calidad de vida ($\lambda=0.70$; $p<0.001$). Se concluyó que el modelo de envejecimiento activo se ajustó apropiadamente entre las personas mayores en este estudio, y puede variar entre contextos, culturas y género. Además, cuanto más activamente se envejece, mejor es la autoevaluación de la calidad de vida.

Palabras claves: Salud del Anciano. Envejecimiento. Calidad de Vida. Análisis Factorial. Enfermería Geriátrica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pirâmides etárias de Minas Gerais e Região do Triângulo, 2013.....	42
Figura 2 - Linha do tempo com as principais alterações políticas no Brasil e ações não estatais voltadas aos idosos no período que antecede à Constituição Federal (1988).....	45
Figura 3 - Linha do tempo com as principais políticas públicas em <i>prol</i> dos idosos no Brasil no período que intercorre à Constituição Federal (1988).....	49
Figura 4 - Determinantes do envelhecimento ativo.....	56
Figura 5 - Mapa das Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais.....	79
Figura 6 - Macrorregião Triângulo Norte.....	80
Figura 7 - Macrorregião Triângulo Sul.....	80
Figura 8 - Microrregião de Uberaba	80
Figura 9 - Composição da amostra.....	83
Figura 10 - Mapa da sequência de coleta de dados dentro de cada setor censitário.....	84
Figura 11 - Etapas da análise de equações estruturais.....	104
Figura 12 - Modelo de medida inicial (AFC): Envelhecimento Ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).....	125
Figura 13 - Modelo de medida II (AFC): Envelhecimento Ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).....	126
Figura 14 - Modelo de medida III (AFC): Envelhecimento Ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).....	127
Figura 15 - Modelo de medida final (AFC): Envelhecimento Ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).....	129
Figura 16 - Modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem: Envelhecimento Ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).....	135
Figura 17 - Modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem: Envelhecimento Ativo entre idosas residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).....	138
Figura 18 - Modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem: Envelhecimento Ativo entre homens idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).....	142
Figura 19 - Modelo estrutural: Efeito do Envelhecimento Ativo sobre a qualidade de vida dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).....	147

Gráfico 1 - Distribuição percentual das mortes por grupos de causas entre idosos, no Brasil, segundo faixa etária, 2019.....	38
Gráfico 2 - População residente por grupos de idade, segundo região de planejamento, Minas Gerais, 2013.....	41
Quadro 1 - Vacinas de rotina e disponíveis pelo Sistema Único de Saúde do calendário vacinal dos idosos.....	90
Quadro 2 - Índices de qualidade de ajustamento e valores de referência, utilizados com maior frequência na análise de modelagem de equações estruturais.....	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores etários. Brasil, 1950 a 2018.....	35
Tabela 2 - Análise dos estudos que utilizaram, como referencial, o modelo de envelhecimento ativo, proposto pela Organização Mundial de Saúde, nos anos de 2005 a 2019.....	63
Tabela 3 - Número de setores censitários a serem sorteados; de idosos da amostra e a serem entrevistados por setor nos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).....	82
Tabela 4 – Instrumentos utilizados para mensurar os determinantes do modelo de envelhecimento ativo, proposto pela Organização Mundial de Saúde (2002).....	85
Tabela 5 - Parâmetros para circunferência do braço, segundo sexo e faixa etária.....	88
Tabela 6 – Variáveis observadas utilizadas para mensuração os determinantes do modelo de envelhecimento ativo, OMS (2002).....	97
Tabela 7 - Distribuição de frequência das variáveis de caracterização dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	113
Tabela 8 - Distribuição de frequência dos determinantes comportamentais dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	115
Tabela 9 - Distribuição de frequência dos determinantes pessoais dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	118
Tabela 10 - Distribuição de frequência dos determinantes ambiente físico dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	119
Tabela 11 - Distribuição das medidas de tendência central das dimensões da Escala de Apoio Social dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2019.....	120
Tabela 12 - Distribuição de frequência dos determinantes sociais dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	121
Tabela 13 - Distribuição de frequência dos determinantes econômicos dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	122
Tabela 14 - Distribuição de frequência do acesso aos serviços de saúde entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	123
Tabela 15 – Índices de qualidade de ajustamento dos modelos de medida, testados entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	128

Tabela 16 – Valores de assimetria, curtose, carga fatorial estandardizada e confiabilidade individual das variáveis observadas do modelo de medida final de Envelhecimento Ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	130
Tabela 17 – Correlações entre as variáveis observadas e determinantes do Envelhecimento Ativo, no modelo de medida final, entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	132
Tabela 18 – Cargas fatoriais estandardizadas e confiabilidade individual das variáveis do modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	134
Tabela 19 – Cargas fatoriais estandardizadas e confiabilidade individual das variáveis do modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	137
Tabela 20 – Correlações entre as variáveis observadas no modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento, entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	139
Tabela 21 – Cargas fatoriais estandardizadas e confiabilidade individual das variáveis do modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, entre homens idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	141
Tabela 22 – Correlações entre as variáveis observadas no modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento, entre homens idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	144
Tabela 23 - Distribuição dos escores de qualidade de vida dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	145
Tabela 24 – Cargas fatoriais estandardizadas e confiabilidade individual das variáveis do modelo estrutural do efeito do Envelhecimento Ativo sobre a qualidade de vida dos idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020.....	145

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD –	Atividades avançadas de vida diária
AFC -	Análise factorial confirmatória
AMOS -	<i>Analysis of Moment Structures</i>
APS -	Atenção Primária à Saúde
BOMFAQ -	Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional
CA –	Circunferência abdominal
CB –	Circunferência braquial
CD-RISC-	Escala de Resiliência de <i>Connor-Davidson</i> para o Brasil-25
CFI -	<i>Comparative Fit Index</i>
CP –	Circunferência da panturrilha
DCNT -	Doenças crônicas não transmissíveis
e_0 -	Esperança de vida ao nascer
ELSI-BRASIL -	Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
FIBRA -	Fragilidade em Idosos Brasileiros
GDS –	Escala de depressão geriátrica
GFI -	<i>Goodness of Fit Index</i>
IAAFTR –	Instrumento de avaliação de atitudes frente à tomada de remédios
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILC-BRASIL	Centro Internacional de Longevidade Brasil
IM -	Índices de modificação
IMC –	Índice de massa corporal
INCA -	Instituto Nacional de Câncer
IPAQ -	Questionário Internacional de Atividade Física
LBA -	Fundação Legião Brasileira de Assistência
LOAS -	Lei Orgânica da Assistência Social
ku	Curtose
MECVI -	<i>Expected Cross Validation Index</i>
MEE –	Modelagem de equações estruturais
MEEM –	Minixame do Estado Mental
ML -	Máxima Verossimilhança

OMS –	Organização Mundial de Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PAI -	Programa de Assistência ao Idoso
PAPI -	Projeto de Apoio à Pessoa Idosa
PCFI -	<i>Parsimony Comparative Fit Index</i>
PCLOSE -	<i>Root Mean Error of Approximation</i>
PFEFFER -	Questionário de Atividades Funcionais
PGFI -	<i>Parsimony Goodness of Fit Index</i>
PNI -	Política Nacional do Idoso
PNS -	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSI -	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI -	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
QV –	Qualidade de vida
RD -	Razão de dependência total
RMSEA -	<i>Root Mean Error of Approximation</i>
SABE -	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SINPAS -	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
<i>sk</i>	Assimetria
SUS -	Sistema Único de Saúde
TBM -	Taxa bruta de mortalidade
TBN -	Taxa bruta de natalidade
TFT -	Taxa de fecundidade total
TLI -	<i>Tucker-Lewis Index</i>
TMI -	Taxa de mortalidade infantil
UBS -	Unidades Básicas de Saúde
UFTM –	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
VIGITEL -	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHOQOL-BREF -	<i>World Health Organization Quality of Life-BREF</i>
WHOQOL-OLD -	<i>World Health Organization Quality of Life-OLD</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 REVISÃO DA LITERATURA	26
2.1 ENVELHECIMENTO.....	26
2.1.1 Definição dos conceitos: Envelhecimento, Velhice e Idoso.....	26
2.1.2 Envelhecimento populacional.....	31
2.1.3 Antecedentes das políticas públicas voltadas ao idoso.....	42
2.1.4 O idoso e as políticas públicas no Brasil.....	45
2.2 ENVELHECIMENTO ATIVO.....	50
2.2.1 Conceito e especificidades.....	50
2.2.2 Política do Envelhecimento Ativo.....	51
2.2.3 Determinantes do envelhecimento ativo.....	56
2.2.4 Modelo de envelhecimento ativo: estudos desenvolvidos.....	60
2.3 ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA.....	67
2.4 ENFERMAGEM E O ENVELHECIMENTO ATIVO.....	69
3 JUSTIFICATIVA	74
4 OBJETIVOS	76
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	78
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	79
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	79
5.3 POPULAÇÃO.....	81
5.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	83
5.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	84
5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	96
5.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	103
5.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	103
5.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	110
6 RESULTADOS	111
7 DISCUSSÃO	148
8 CONCLUSÃO	212
Referências	215
APÊNDICES E ANEXOS	255

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo, e em conjunto com a transição epidemiológica, resulta no principal fenômeno demográfico do século XXI, conhecido como envelhecimento populacional (UNITED NATIONS, 2017).

Em 2017, 12,3% da população do mundo apresentavam 60 anos ou mais de idade (UNITED NATIONS, 2017), no Brasil o percentual de idosos, no mesmo período, era 13,4% (IBGE, 2018). Contudo, esse fato tem ocorrido de maneira desigual entre as regiões brasileiras, com percentuais menores na Região Norte (10,1%) e maiores nas Regiões Sul (15,9%) e Sudeste (15,6%) (IBGE, 2016). Especificamente, no Estado de Minas Gerais a população idosa corresponde a 11,3% (PAD-MG, 2013).

Um fenômeno que acompanha o envelhecimento populacional é a feminização da velhice, ou seja, a maior proporção do sexo feminino na população idosa, especialmente em idades mais avançadas (SOUSA et al., 2018a). Contudo, entre as mulheres, a maior probabilidade de trabalhar no setor informal, bem como, níveis mais baixos de escolaridade e renda, e o maior número de morbidades e incapacidades funcionais, estão entre os principais fatores que contribuem para uma menor proteção, segurança e bem-estar na velhice (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015). No que se refere aos homens, uma das preocupações é a necessidade de promoção do autocuidado (SOUSA et al., 2018a). Além disso, em função do afastamento do trabalho, devido à aposentadoria, a rede de apoio social dos homens idosos pode vir a ser mais limitada, o que os torna mais vulneráveis socialmente (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015).

Diante das diferenças entre homens e mulheres em seus papéis, experiências e oportunidades ao longo da vida, uma abordagem de gênero torna-se essencial para o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao envelhecimento ativo, reconhecido como uma das principais estratégias para o enfrentamento dos desafios ocasionados pelo processo de envelhecimento populacional (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015).

Neste contexto, várias iniciativas mundiais foram desenvolvidas, como exemplo, as Assembleias Mundiais sobre Envelhecimento Humano e o lançamento do Plano de Envelhecimento Ativo (WHO, 2002). No Brasil, com o acompanhamento da tendência dos movimentos internacionais, a Política Nacional do Idoso (PNI) (BRASIL, 1994) e a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999) foram estabelecidas na década de 90, em busca da promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Esse processo foi reforçado

pela promulgação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e por compromissos formalizados com o envelhecimento ativo, pelo governo brasileiro (BRASIL, 2013; BRASIL, 2019).

Como prioridade para o século XXI (OPAS, 2005), o envelhecimento ativo é definido como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2002 p.12). Este paradigma está voltado a todas as pessoas, tanto individualmente como em grupo, e relacionado ao bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, além da participação na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015).

O processo de envelhecimento humano é influenciado por diversos fatores, os quais estão interligados e se aplicam à saúde de pessoas de todas as idades. Entre os principais determinantes do envelhecimento ativo estão os serviços sociais e de saúde, além dos comportamentais, pessoais, ambiente físico, sociais e econômicos (WHO, 2002). Entretanto, não se pode atribuir uma causa direta a cada um destes, pois as evidências sugerem que todos os fatores em si e a interação entre eles refletem o envelhecimento dos indivíduos e das populações (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015).

Além das iniciativas supracitadas, o envelhecimento populacional tem estimulado a produção de pesquisas científicas em busca da compreensão do fenômeno e da monitorização de seu perfil social e epidemiológico (BARROS; GOLDBAUM, 2018). Entretanto, apesar das iniciativas de propor uma maneira para mensurar o envelhecimento ativo, ainda não há consenso entre os autores sobre a melhor forma de realizar esta análise (BOWLING, 2009; PAÚL; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2012; FARIAS; SANTOS, 2012; VICENTE; SANTOS, 2013; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; MAIA, 2017; BÉLANGER et al., 2017; MARSILLAS et al., 2017).

O envelhecimento ativo está relacionado à maior longevidade dos idosos, boa participação social, melhorias nas condições de saúde e cuidado e manutenção ou melhoria da qualidade de vida (QV) (FARIAS; SANTOS, 2012; VICENTE; SANTOS, 2013; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Um dos principais objetivos da Política do Envelhecimento Ativo é a manutenção e/ou melhoria da QV, que pode ser entendida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida em relação ao contexto e sistemas de valores nos quais se insere, bem como seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995 p. 1405), definição esta que será adotada no presente estudo. A QV pode ser afetada pela saúde física e psicológica do indivíduo, bem como pelo seu nível de independência, relações sociais e o

envolvimento com aspectos relevantes do seu meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1995; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015). Presume-se, que entre os idosos, esta possa ser muito boa ou, pelo menos, preservada desde que permaneçam ativos, com autonomia e independência, e boa saúde física e relações sociais (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; ILC-BRASIL, 2015).

Assim, esta tese tem como objeto de estudo os determinantes do modelo de envelhecimento ativo, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2002) e a QV de idosos residentes na zona urbana dos municípios localizados na Microrregião de Saúde de Uberaba (MG), que agrega oito cidades, que possuem no seu conjunto 57,0% da população idosa da Macrorregional de Saúde do Triângulo Sul (MG).

Ademais, informações geradas por pesquisas, em determinada região, contribuem com o desenvolvimento de políticas públicas propositivas para o envelhecimento ativo com independência, autonomia e inserção social. Ressalta-se que além de escassos, os estudos realizados no Estado de Minas Gerais são concentrados em cidades de maior porte, não se tendo dados dos municípios menores, que por sua vez, compõem a Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO

A declaração de que “vivemos em uma sociedade em vias de envelhecimento, em que a proporção de pessoas com 60 anos e mais está em constante crescimento” (GIDDENS, 2005 p. 144), traduz-se hoje em “um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios” (OPAS, 2005 p. 8). Diante desse fato, torna-se imprescindível potencializar a formação de recursos humanos e a produção de conhecimentos, almejando ações objetivas e subjetivas em *prol* do envelhecimento ativo, tanto no âmbito individual quanto coletivo (PEDRO, 2013).

O envelhecimento por ser um fenômeno complexo e multidimensional requer a cooperação de diferentes saberes, que é essencial para uma correta e eficiente avaliação das políticas públicas, em busca de soluções viáveis para oferecer a essa parcela da população qualidade aos anos vividos (BÁRRIOS; FERNANDES, 2014).

2.1.1 Definição dos conceitos: Envelhecimento, Velhice e Idoso

O envelhecimento, considerado um fenômeno universal (UNITED NATIONS, 2017), tornou-se uma questão investigada cientificamente a nível mundial, com ênfase na compreensão das causas e efeitos, assim como, na melhor forma de atenuar as suas consequências (BARROS; GOLDBAUM, 2018). A elaboração e interpretação desse conceito sofrem alterações a nível histórico, cultural e social desde o século XVIII até os dias de hoje (MARTINS, 2017). O debate sobre o envelhecimento enriqueceu-se com a existência de diversas abordagens, perspectivas e teorias sobre esse tema.

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como:

“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” (OPAS, 2005 p. 45).

Com base nessa definição, o envelhecimento pode ser caracterizado como uma perda progressiva das funcionalidades, tendo como consequência a diminuição das respostas adaptativas às situações adversas como estresse e risco de doenças, ou seja, ao longo do

tempo, as pessoas mais velhas estão mais expostas aos fatores ambientais e comportamentais adversos e, conseqüentemente, aumentam-se as chances de redução das capacidades física e biológica e o surgimento de doenças (OPAS, 2005).

Além disso, o envelhecimento também pode ser considerado como: “[...] a fase de todo um *continuum* que é a vida, começando com a concepção e terminando com a morte [...]” (PAPALÉO NETTO, 2017 p. 119). Por não ter um demarcador específico, o envelhecimento humano, caracteriza-se como um processo dinâmico e progressivo, que é identificado ao longo do curso da vida, em que a funcionalidade de diversos órgãos do corpo humano tende a diminuir (PAPALÉO NETTO, 2017). Os fatores extrínsecos, por exemplo, o estilo de vida, assim como, os psicossociais e ambientais, influenciam as alterações celulares, funcionais e moleculares (PAPALÉO NETTO, 2017). Assim, cada processo de envelhecimento humano deve ser considerado de maneira única, respeitando-se qualquer limitação e características subjetivas dos indivíduos (PAPALÉO NETTO, 2017).

Envelhecer é um processo normal, natural e complexo tanto no âmbito individual quanto coletivo, pois não há um padrão específico nas diferentes dimensões, a exemplo das transformações biológicas, psicológicas, sociais e econômicas (BIDEL et al., 2016 p. 208). Acredita-se que o envelhecimento seja afetado pela herança genética e pelo comportamento individual, assim como, por fatores de natureza social, ambiental, econômica e política (MAIA, 2017).

Percebe-se que nos conceitos supracitados, o envelhecimento é visto como um processo natural e comum a todos os indivíduos (OPAS, 2005; PAPALÉO NETTO, 2017; BIDEL et al., 2016). Porém, nas duas primeiras definições (OPAS, 2005; PAPALÉO NETTO, 2017) prevalece a visão do envelhecimento no seu aspecto biológico e suas conseqüências no nível individual. Assim, considera-se mais ampla a terceira definição (BIDEL et al., 2016) pois, além das questões biológicas, faz inferência às características psicológicas e socioeconômicas, além de abordar o processo de envelhecimento tanto no âmbito individual, quanto coletivo.

O envelhecimento, por ser uma questão biológica e cultural, deve ser observado sob uma perspectiva histórica e socialmente contextualizada. A abordagem da velhice dependerá dos valores e da cultura de cada sociedade em particular, a partir dos quais ela construirá sua visão dessa etapa da vida (MOYSES; ALVIM, 2019).

A velhice é entendida como a última fase da vida (NERI, 2001; PAPALÉO NETTO, 2017), em que não é possível observar e nem demarcar o seu início exato, uma vez que sofre

influências de aspectos culturais, sociais, econômicos e de características físicas, psicológicas e espirituais (PAPALÉO NETTO, 2017).

Os idosos, em decorrência das possíveis diminuições na capacidade funcional e das perdas de papéis sociais e afetivos, tendem a buscar soluções a fim de aperfeiçoar e adaptar as suas capacidades (MOYSES; ALVIM, 2019). Nesse contexto, torna-se essencial considerar quais as perdas e o que pode estimular e/ou aperfeiçoar outras habilidades, como novas capacidades físicas e psíquicas, para que se estenda e haja uma contribuição na QV dos indivíduos (OMS, 2015). Dessa forma, o idoso deve ser visto como aquele que é capaz de construir sua própria história, acumulando vivências e experiências das várias etapas da vida, desconstruindo a imagem estereotipada de uma velhice marcada pela perda e decadência (ILC-BRASIL, 2015).

Afirma-se que “a idade avançada não implica dependência” (WHO, 2015 p.3), sendo essa ideia uma tendência contemporânea despertada para um novo olhar sobre este tema, considerando que esta fase da vida e o envelhecimento podem promover e estimular novas conquistas, projetos e relações sociais proveitosas (ILC-BRASIL, 2015).

Porém, essa perspectiva não pode ser abordada sem lembrar que viver bem na velhice não é decorrente apenas das ações do indivíduo, mas sim, do conjunto interdisciplinar que o assunto engloba. Pois, a QV, nessa fase da vida, vai além dos limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural (NERI, 2012).

Diante do exposto, entende-se o envelhecimento como um processo e a velhice como uma fase da vida, na qual, o indivíduo que se encontra nela é denominado idoso (PAPALÉO NETTO, 2017). Idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (OPAS, 2005). No Brasil, adota-se a definição cronológica para definir o idoso, baseado na PNI e no Estatuto do Idoso, assim, consideram-se os indivíduos com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003). A dimensão cronológica é útil para fins de censo demográfico, pesquisas científicas e políticas sociais com enfoque no envelhecimento, devido à dificuldade para o estabelecimento da idade biológica (PAPALÉO NETTO, 2017). Nesta perspectiva, não se deve considerá-la um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento humano, pois existem diferenças relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre indivíduos com a mesma idade (OPAS, 2005; PAPALÉO NETTO, 2017).

A dimensão biológica é definida pelas modificações corporais e mentais, que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento, e caracterizam o processo de envelhecimento humano, que por sua vez está associado aos fatores genéticos e pode ser influenciado pelos

estilos de vida e ambiente de cada indivíduo (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Embora as manifestações físicas da velhice sejam bem evidenciáveis, o mesmo não se pode afirmar a respeito de serem exclusivamente dependentes do processo de envelhecimento humano, ou se seriam resultantes de outros fatores, como: sexo, classe social, saúde, educação e características pessoais, que, em seu conjunto, tornam difícil a mensuração da idade biológica (PAPALÉO NETTO, 2017).

A dimensão funcional possui estreita relação com a biológica, e pode ser definida como: “o grau de conservação do nível de capacidade adaptativa em comparação com a idade cronológica” (PAPALÉO NETTO, 2017 p.118). Como relatado anteriormente, cada processo de envelhecimento deve ser considerado de maneira única (PAPALÉO NETTO, 2017). Sabe-se que alguns indivíduos, aos 60 anos de idade, já apresentam alguma incapacidade funcional, enquanto outros, aos 85 anos, vivem cheios de energia, de maneira independente e com autonomia (BIDEL et al., 2016). Neste contexto, a capacidade funcional é considerada um parâmetro essencial na prática da gerontologia por fornecer informações sobre a saúde e a necessidade de ajuda de terceiros para a realização das atividades da vida diária (MORAES et al., 2018).

A dependência funcional interfere negativamente na participação dos idosos na sociedade (PINTO; NERI, 2013). O desempenho de atividades físicas, cognitivas, sociais e organizacionais, complexas ou avançadas, permite aos idosos serem considerados ativos; produtivos e socialmente envolvidos (PINTO; NERI, 2013). O envelhecimento social ocorre quando existe um desengajamento do indivíduo, que deixa de interagir socialmente. Assim, a dimensão social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade (MAIA, 2017), ou seja, refere-se aos papéis que uma determinada sociedade espera que os indivíduos, que estão na velhice, tenham em concordância com o que está pré-estabelecido (MARTINS, 2017). Socialmente, pode-se inferir que o indivíduo é definido como idoso a partir do momento em que sai do mercado de trabalho, isto é, quando se aposenta e deixa de ser economicamente ativo (MARTINS, 2017).

Outra questão social a ser pensada é o lugar do idoso na dinâmica familiar e nas relações hierárquicas, que com a saída dos filhos de casa, a aposentadoria e outras questões acerca do processo de envelhecimento, surge à necessidade de um novo arranjo familiar e de redefinições de papéis (REIS; MONTEIRO, 2016).

Durante o processo de envelhecimento ocorrem várias mudanças acompanhadas de aspectos, positivos e negativos, e os idosos apresentam diferentes formas de lidar com essas

questões (FONSECA, 2012). A dimensão psicológica está relacionada à capacidade de adaptação do indivíduo frente às mudanças de natureza ambiental, o que inclui: sentimentos; cognição; motivação; memória; inteligência e outras habilidades que sustentam o controle pessoal e a autoestima (MAIA, 2017; MARTINS, 2017). As experiências de vida, o estado de saúde e a disponibilidade de recursos, sociais e econômicos, influenciam as mudanças ocorridas a nível psicológico (MAIA, 2017). Em parte, a caracterização do indivíduo como idoso é dada quando ele começa a ter lapsos de memória, dificuldade de aprendizado e falhas de atenção, orientação e concentração, comparativamente com suas capacidades cognitivas anteriores (OMS, 2005). Algumas capacidades cognitivas como a rapidez de aprendizagem e a memória diminuem naturalmente com a idade. No entanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência (OMS, 2005).

Estes conceitos mostram que existem outros fatores, além do tempo, que influenciam o processo de envelhecimento. Assim, acredita-se que o percurso de vida de cada indivíduo influencia, de forma determinante, esse processo, pois não se envelhece da mesma maneira na zona rural ou urbana, tendo uma vida ativa ou sedentária, partilhando uma ampla rede de relações sociais ou vivendo de forma solitária (MAIA, 2017).

Desta forma, visto que o envelhecimento humano é um processo multifacetado e irreversível, torna-se necessário que os profissionais da saúde, governo, sociedade e os próprios idosos, vejam a velhice não como finitude, mas como um momento do ciclo da vida que requer cuidados específicos (DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014).

2.1.2 Envelhecimento Populacional

A transição demográfica consiste em um processo de longa duração, que se manifesta na interação dinâmica das taxas de mortalidade e natalidade (BRITO, 2008). Encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo, e em conjunto com a transição epidemiológica (OMRAN, 2005) resulta no principal fenômeno demográfico do século XXI, conhecido como envelhecimento populacional (UNITED NATIONS, 2017).

2.1.2.1 Teria da Transição Demográfica

Segundo a teoria da transição demográfica, proposta inicialmente por *Warren Thompson*, em 1929 e retomada ao longo do tempo (KIRK, 1996; CALDWELL, 2004), o desenvolvimento econômico e o processo de modernização das sociedades estariam na origem das mudanças das taxas de natalidade e mortalidade, que, por sua vez, alterariam os ritmos do crescimento populacional (IPEA, 2018).

Ademais, a redução nas taxas de natalidade e mortalidade trouxe ao debate da transição demográfica, significativas mudanças na estrutura etária da população mundial (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Nesse sentido, a passagem de uma sociedade rural e tradicional, com altas taxas de natalidade e mortalidade, para uma sociedade urbana e moderna, com as mesmas taxas em índices reduzidos, constituiria a base dessa transição (IPEA, 2018).

O modelo de transição demográfica é constituído por quatro fases, dentre elas, a pré-transição; transição; transição final e pós-transição (BRITO, 2008). No período pré-transição, as taxas de natalidade e mortalidade encontram-se elevadas, em consequência, o crescimento vegetativo da população, ou seja, o valor obtido por meio do balanço entre nascimentos e óbitos (IPEA, 2018), é baixo e sua estrutura etária é jovem (BRITO, 2008).

Na fase dois, início da transição, ocorre redução abrupta das taxas de mortalidade e as de natalidade se mantêm elevadas, resultando em um período de intenso crescimento populacional (BRITO, 2008). Na transição final, fase três, inicia-se a redução dos índices de natalidade e persiste a queda dos níveis de mortalidade. As taxas de crescimento da população diminuem e inicia-se o processo de envelhecimento populacional. Observa-se nesta fase, um aumento substantivo da população em idade ativa, reflexo dos níveis de natalidade elevados do passado (BRITO, 2008). Por fim, na fase quatro, a pós-transição, há um retorno progressivo à tendência de equilíbrio entre as taxas de natalidade e mortalidade, todavia em níveis mais baixos do que os observados antes do início do processo. Nessa fase, ocorre uma estagnação das taxas de crescimento populacional, com diminuição da população em idade ativa e um envelhecimento significativo da estrutura etária (BRITO, 2008).

2.1.2.2 Transição Demográfica no Brasil

A transição demográfica envolve vários indicadores, dentre eles: a taxa bruta de natalidade (TBN), que indica o número de nascimentos por mil habitantes no período de um ano, ao mesmo tempo em que a taxa bruta de mortalidade (TBM) corresponde ao número de óbitos anuais por mil habitantes (VASCONCELOS; GOMES, 2012). A taxa de fecundidade total (TFT), associada ao conceito de natalidade, é um dado estatístico que indica o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Mensurada pela razão entre o número de mortes de crianças até um ano de idade e o de nascidos vivos em determinado ano e local (VASCONCELOS; GOMES, 2012; IBGE, 2018), a taxa de mortalidade infantil (TMI) reflete tanto as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura, como o acesso e a

qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (IBGE, 2016). A esperança de vida ao nascer (e_0), expressa pelo número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantendo o padrão de mortalidade existente na população analisada em determinado ano, retrata mudanças nas condições médico-sanitárias e nos fatores socioeconômicos da sociedade (IBGE, 2018). As mudanças no indicador de razão de dependência total (RD), mensurado pela razão entre a população considerada inativa (0 a 14 anos e 60 anos ou mais de idade) e a potencialmente ativa (15 a 59 anos de idade) (VASCONCELOS; GOMES, 2012; IBGE, 2018), estão diretamente associadas à diminuição da fecundidade e ao aumento na longevidade (IBGE, 2018).

A partir da segunda metade do século XX, o perfil etário brasileiro passou por várias modificações, na qual se vivenciou a primeira fase da transição demográfica. As primeiras mudanças percebidas foram nas reduções das TMI, que passou de 135 para 12,35 óbitos por mil nascidos vivos. A e_0 , que em 1950, era de 45,5 anos, aumentou para 79,8 em 2018 (IBGE, 2010; IBGE, 2016), Tabela 1. O declínio das TBM e a manutenção dos níveis elevados de natalidade e fecundidade, nas décadas de 1950 e 1960, resultaram nas maiores taxas de crescimento populacional da história do país, representando 3,1% e 2,9%, respectivamente (IBGE, 2010; IBGE, 2016), Tabela 1.

No início da transição, década de 1960, a população era jovem e apresentava idade mediana de 18 anos. A RD era elevada (90%), sendo RD - Jovem de 81% e a RD - Idoso 9,0%, Tabela 1. Observa-se, então, baixa proporção de idosos (4,8%) e uma estrutura etária bastante jovem. É o período de mais rápido crescimento demográfico, que desacelera com o início da terceira fase da transição demográfica (BRITO, 2008), Tabela 1.

Na transição final iniciada na década de 1970, fase pela qual o Brasil passa atualmente (BRITO, 2008), os níveis de mortalidade continuaram em queda e verificou-se o início do envelhecimento populacional, com aumento da idade mediana (19 anos) e da RD entre os idosos (RD – Idoso) (9,7%) (IBGE, 2010; IBGE, 2016), Tabela 1. Na década de 1980 as TBN, TFT e TBM reduziram drasticamente, a e_0 ultrapassou os 60 anos de idade; e a proporção de idosos aumentou para 6,1% (IBGE, 2010), Tabela 1. Destaca-se que em 30 anos, a população brasileira dobrou de tamanho com cerca de 120 milhões de habitantes, porém a taxa de crescimento anual começou a reduzir, sendo 2,5% entre as décadas de 1970 e 1980 (IBGE, 2010; IBGE, 2016), Tabela 1.

Na década de 1990 a TFT apresentou queda, com uma média de 2,9 filhos por mulher. Já o declínio da TMI foi ainda mais significativo, com redução de 50%. A e_0 ultrapassou os 65

anos; e o percentual de crescimento populacional foi inferior à década de 1980 (1,9%) (IBGE, 2010; IBGE, 2016), Tabela 1.

A partir de 2000, os níveis de mortalidade e de natalidade reduziram-se ainda mais. Houve uma acentuação no declínio das TFT, sendo 1,9 filhos por mulher, valor abaixo do nível de reposição (2,1) (IPEA, 2018), Tabela 1. Tal fato exige uma atenção maior em relação ao processo de envelhecimento populacional e suas consequências (IPEA, 2018). Ressalta-se que o índice de envelhecimento, que avalia o processo de ampliação do segmento idoso na população total, passou de 22,5% em 2010 para 43,2% em 2018, e acredita-se que alcançará 71,5% em 2030 (IBGE, 2018).

O aumento do número de idosos no Brasil será marcante nas próximas décadas (WHO, 2015). Entre 1950 e 2000 a proporção de idosos na população brasileira esteve abaixo de 10,0%, semelhante à identificada nos países menos desenvolvidos. A partir de 2010, o indicador para o Brasil, começa aproximar-se do projetado para os países desenvolvidos. Em 2070, estima-se que a proporção da população idosa brasileira seja superior ao indicador dos países desenvolvidos, ou seja, acima de 35% (WHO, 2015; IBGE, 2016; IPEA, 2018).

De 2005 para 2015, a queda na proporção de indivíduos com 0 a 14 anos de idade na população foi mais expressiva, passando de 26,5% para 21,0%. A queda observada no grupo de 15 a 29 anos de idade foi de 27,4% para 23,6% no mesmo período. Em contrapartida, a proporção de adultos de 30 a 59 anos de idade aumentou, passando de 36,2% para 41,0%, bem como, a participação dos idosos com 60 anos ou mais de idade, de 9,8% para 13,4% (IBGE, 2016), a tendência esperada é que continue crescendo de forma quase contínua até o final deste século, atingindo, 34,1% e 39,4%, respectivamente, nos anos de 2060 e 2100 (UNITED NATIONS, 2017; IPEA, 2018).

Ressalta-se que não apenas há um incremento da importância relativa dos idosos, como também dos grupos etários com idades mais avançadas, que crescem em ritmo acelerado (IPEA, 2018). Em 2015, os longevos representavam 1,6% da população brasileira e estima-se que em 2060 esse percentual seja de 9,1% e em 2100 de 15,6% (IPEA, 2018).

A partir de 2000 a e_0 dos brasileiros aumentou de forma acentuada, contribuindo para um acréscimo no número da população idosa. Em 2000 a e_0 era de 69,8 anos; em 2010 aumentou para 73,9 anos e atualmente é de 79,8 anos (IBGE, 2018), Tabela 1. Estima-se que essa possa chegar a 88,6 anos de 2095 a 2100, serão quase 30 anos de vida a mais em comparação à década de 1980 (IBGE, 2016).

Tabela 1 - Indicadores etários. Brasil, 1950 a 2018

Indicadores	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2018
População	51.941.767	70.070.457	93.139.067	119.002.706	146.825.475	169.700.170	190.755.799	208.494.900
Idade Mediana	18	18	19	20	22	25	27	32
< 15 anos	41,8%	42,6%	41,7%	38,2%	34,8%	29,6%	24,1%	21,3%
15 59	53,9%	52,6%	53,1%	55,7%	58,0%	61,8%	65,1%	65,2%
60 ou mais	4,3%	4,8%	5,2%	6,1%	7,3%	8,6%	10,8%	13,5%
RD*	85,5%	90,0%	88,3%	79,5%	72,5%	61,7%	53,6%	44,03%
RD - Jovem	77,6%	81,0%	78,6%	68,6%	60,0%	47,9%	37,0%	30,75%
RD - Idoso	8,0%	9,0%	9,7%	10,9%	12,5%	13,8%	16,6%	13,28%
TFT**	6,2	6,3	5,8	4,4	2,9	2,4	1,9	1,7
TBN***	43,5	44,0	37,7	31,8	23,7	21,1	21,1	14,4
TBM****	19,7	15,0	9,4	8,9	7,3	6,9	6,9	6,4
TMI*****	135,0	124,0	115,0	82,8	45,2	27,4	27,4	12,35
e₀*****	45,5	51,6	53,5	62,8	65,8	69,8	73,9	79,8

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Censos Demográficos de 1950 a 2010; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Projeção da população por sexo e idade - Indicadores implícitos na projeção - 2010/2060; Rede Interagencial de Informações para a Saúde.

Nota: *Razão de dependência; **Taxa de Fecundidade Total; ***Taxa bruta de natalidade - número de nascimentos por mil habitantes no período de um ano; ****Taxa bruta de mortalidade - número de óbitos por mil habitantes no período de um ano; *****Taxa de mortalidade infantil - razão entre o número de mortes de crianças até um ano de idade e o de nascidos vivos em determinado ano e local; *****Expectativa de vida ao nascer.

Diante do exposto, pode-se afirmar que o perfil demográfico do Brasil vem se transformando. Em um passado nem tão distante, com o predomínio de uma população jovem, observa-se, atualmente, um contingente, cada vez maior, de pessoas com 60 anos ou mais de idade (VASCONCELOS; GOMES, 2012; IPEA, 2018).

2.1.2.3 Teoria da Transição Epidemiológica

Concomitante à transição demográfica observa-se uma mudança progressiva do perfil de alta mortalidade por doenças infecto parasitárias, para o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e causas externas, fenômeno conhecido como transição epidemiológica (OMRAN, 2005).

A transição epidemiológica consiste “no processo de mudanças ocorridas nos padrões de saúde e doença, e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas” (OMRAN, 1971 p.732). Neste contexto, foram propostas três grandes etapas sucessivas da transição epidemiológica, dentre elas: Era da pestilência e da fome; Era do declínio das pandemias e Era das doenças degenerativas e as provocadas pelo homem (OMRAN, 2005).

A Era da Pestilência e da Fome, que perpetuou até o final da Idade Média, foi caracterizada por uma mortalidade elevada e flutuante, com predomínio da desnutrição, dos agravos relacionados à saúde reprodutiva e das doenças infecto parasitárias (OMRAN, 2005). A maior parte das causas de mortalidade durante esse período atingia, principalmente, os jovens, fato esse que causou alto impacto na dinâmica populacional, de tal modo que a expectativa de vida oscilava entre 20 a 40 anos (OMRAN, 2005).

Na Era do Declínio das Pandemias, que se estendeu da Renascença até o início da Revolução Industrial, houve uma redução progressiva das grandes pandemias e epidemias, em razão das melhorias nas condições de saúde e sociais (OMRAN, 2005). Entretanto, mesmo com essa redução, as doenças infecto parasitárias mantinham-se entre os principais problemas de saúde pública. Esse contexto gerou um período sustentado de crescimento populacional e de urbanização e a e_0 aumentou para cerca de 50 anos no mundo (OMRAN, 2005).

A partir da revolução científica, com a descoberta dos agentes etiológicos, antibióticos e vacinas, houve uma melhoria progressiva das condições sociais da população, surgindo a Era das Doenças Degenerativas e das Provocadas pelo Homem, que ocorre desde a Revolução Industrial até o período contemporâneo. Nessa Era, há uma estabilização da mortalidade em níveis baixos e uma queda relativa dos casos de doenças infecto parasitárias, sendo as DCNT as principais causas de morte (OMRAN, 2005).

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido conforme o modelo experimentado pela maioria dos países desenvolvidos (SCHRAMM et al., 2004). Observa-se não existir uma transição, propriamente dita, dos contextos epidemiológicos ao longo do tempo, mas sim uma superposição, o que traz como desafios para a saúde pública o enfrentamento tanto das doenças infecto parasitárias quanto das DCNT e as causas externas (SCHRAMM et al., 2004). Esse perfil traz para agenda política novos desafios impostos pelo crescimento da população produtiva e idosa, pela mudança do perfil epidemiológico e pelas novas necessidades de saúde. Enquanto em meados do século XX se discutiam as causas e consequências do crescimento populacional, no início do século XXI a pauta são as causas e consequências da transição demográfica e epidemiológica (SCHRAMM et al., 2004).

2.1.2.4 Transição Epidemiológica no Brasil

A transição epidemiológica no Brasil tem ocorrido de forma mais acelerada do que a observada nos países desenvolvidos (SCHRAMM et al., 2004). Até 1940, no país, as doenças infecto parasitárias eram as principais causas de morte, representando 43,5% do total de óbitos. Com o passar das décadas as taxas de mortalidade por essas doenças diminuíram, e em 2010 correspondiam a 4,6% (DATASUS, 2016). Fato que pode ser explicado pela descoberta dos agentes etiológicos, antibióticos e vacinas e melhoria das condições sociais da população (OMRAN, 2005).

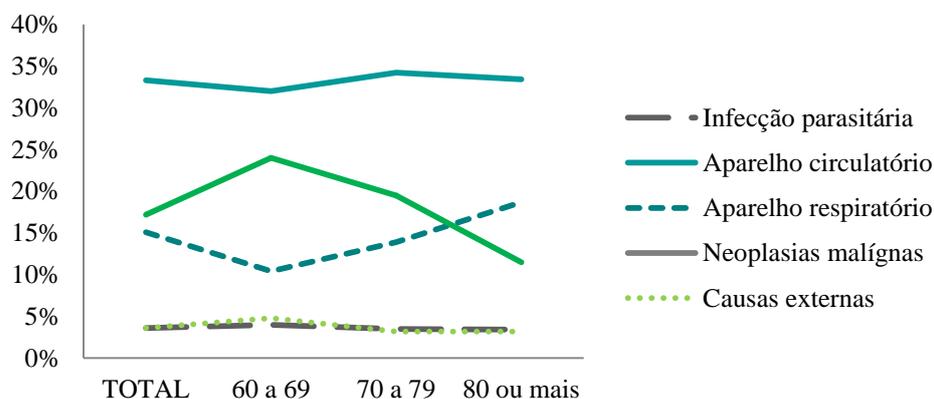
Em 1930 as doenças do aparelho circulatório correspondiam a 11,8% dos óbitos por causa definida. Após 40 anos, essas morbidades surgiram como a primeira causa de mortalidade (24,8%), entretanto, as doenças infecto parasitárias mantinham-se entre os principais problemas de saúde pública, sendo a segunda causa de óbito (15,7%) (DATASUS, 2016). Nos anos 90, as doenças do aparelho circulatório eram responsáveis por 34,3% dos óbitos, seguidas pelas causas externas (15,0%) e neoplasias malignas (12,4%) (DATASUS, 2016).

Neste contexto, poder-se dizer que o Brasil está no terceiro estágio da transição epidemiológica (OMRAN, 2005), no entanto, verifica-se o enfrentamento de doenças como a dengue e ainda as persistentes endemias como a hanseníase e a malária (SCHRAMM et al., 2004), ou seja, uma sobreposição dos contextos epidemiológicos, o que configura, portanto, uma transição prolongada ou polarizada (SCHRAMM et al., 2004), que traz como desafios para a saúde pública tanto doenças infecto parasitárias quanto as DCNT (SCHRAMM et al., 2004).

Atualmente, a principal causa de morbimortalidade no país é as DCNT, que normalmente apresentam desenvolvimento lento e são de longa duração (DATASUS, 2016). Quando considerada a mortalidade proporcional por grupo de causas, isto é, a porcentagem que cada uma delas ocupa em relação ao total de óbitos, verifica-se, que as DCNT, em especial as doenças do aparelho circulatório (32,14%; 27,64%), neoplasias malignas (14,86%; 16,43%) e doenças do aparelho respiratório (10,90%; 12,06%), foram mais prevalentes, entre 2000 e 2016 (DATASUS, 2016).

Com o envelhecimento populacional, as DCNT tornam-se mais incidentes com diferentes impactos na saúde dos indivíduos (NUNES et al., 2018), sendo mais frequentes a hipertensão arterial sistêmica, seguida da depressão, diabetes *mellitus*, doença cardiovascular, acidente vascular cerebral e câncer (MELO et al., 2018). As DCNT são responsáveis pela maioria das causas de morte na população idosa do Brasil (DATASUS, 2016), sendo as doenças do aparelho circulatório as mais prevalentes (33,3%), seguidas pelas neoplasias malignas (17,2%) e doenças do aparelho respiratório (15,1%) (DATASUS, 2016). Ao verificar a mortalidade proporcional por grupo de causas, nos idosos do Brasil, segundo a faixa etária percebe-se um aumento proporcional entre a idade e as doenças do aparelho respiratório, em que entre os indivíduos da faixa etária de 60 a 69 anos os valores representam 10,4% e entre aqueles com 80 anos ou mais os percentuais chegam a 18,7% (Gráfico 1). Ressalta, ainda, uma relação inversamente proporcional entre a idade e as doenças infecto parasitárias, ou seja, ocorre uma diminuição das mortes, por esta causa, entre os idosos com 80 anos e mais (3,4%) (Gráfico 1). O mesmo se verifica para as neoplasias malignas, em que, entre a faixa etária de 60 a 69 anos, esta causa de morte atinge 24% dos idosos, diminuindo para 11,5% entre aqueles com 80 anos e mais (Gráfico 1) (DATASUS, 2016).

Gráfico 1 - Distribuição percentual das mortes por grupos de causas entre idosos, no Brasil, segundo faixa etária, 2019



Fonte: DATASUS, 2016.

Neste cenário, percebe-se que as mudanças demográficas têm avançado a passos largos no país, pois, em menos de quarenta anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades características de países envelhecidos, formado por DCNT que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes (NUNES et al., 2018).

Assim, ao considerar que o envelhecimento populacional se contextualiza em um movimento de transição demográfica e epidemiológica (UNITED NATIONS, 2017) pressupõe-se a necessidade de um cuidado à saúde voltado para a promoção da saúde e prevenção de agravos, para que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado de melhorias das condições, de tal forma que se possa desfrutar de um envelhecer ativo pelo período de tempo mais longo possível (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2014).

2.1.2.5 O envelhecimento no panorama demográfico atual

No mundo, segundo relatório das Nações Unidas (ONU), entre 2015 e 2030, o número de pessoa com 60 anos ou mais de idade deve crescer 56,0%, de 901 milhões para 1,4 bilhões. Acredita-se que, em 2050, esse número alcance 2,1 bilhões (UNITED NATIONS, 2015). No que se refere aos idosos com 80 ou mais anos de idade, a projeção aponta um crescimento ainda maior, 434 milhões em 2050, o que corresponde a mais que o triplo dos 125 milhões presentes em 2015 (UNITED NATIONS, 2015).

O processo de envelhecimento, atualmente, ocorre de maneira mais acelerada nos países em desenvolvimento (UNITED NATIONS, 2015). Nos próximos 15 anos, a América Latina e o Caribe têm projeções de aumento de 71,0% da população idosa, seguidos por Ásia (66,0%); África (64,0%); Oceania (47,0%); América do Norte (41,0%) e Europa (23,0%) (UNITED NATIONS, 2015).

Entretanto, entre as regiões há diferenças bem delineadas, por exemplo, em 2012, 6,0% da população africana era constituída por pessoas com 60 anos ou mais de idade, comparada com 10,0% na América Latina e Caribe; 11,0% na Ásia; 15,0% na Oceania; 19,0% na América no Norte e 22,0% na Europa (UNFPA, 2012). Estima-se que a população de idosos, em 2050, na África será de 10,0%; na Ásia, assim como na Oceania 24,0%; na América Latina e Caribe 25,0%; na América do Norte 27,0% e na Europa 34,0% (UNFPA, 2012).

Ao considerar a idade média populacional, como indicador da estrutura etária, dentre os 196 países com 100 mil habitantes ou mais, o Japão e a Alemanha são os mais envelhecidos, com idade populacional média de 44,7 e 43,4, respectivamente (UNITED

NATIONS, 2011). Os países mais jovens, em geral os africanos, apresentam altas taxas de mortalidade e fecundidade, com menores idades médias populacionais, destacando-se a Nigéria (15,5 anos) e Uganda (15,7 anos). O Brasil, com idade média de 33,1 anos, está entre os 100 países mais envelhecidos do mundo (UNITED NATIONS, 2015).

A e_0 está situada acima dos 80 anos em 33 países. Há cinco anos, somente 19 deles haviam alcançado esse patamar. Atualmente, o Japão, conta com uma população de mais de 30,0% de idosos e por volta de 2050, estima-se que 64 países se juntarão a ele (UNFPA, 2012; UNITED NATIONS, 2015).

O aumento da longevidade pode ser considerado uma conquista do desenvolvimento social e tecnológico. Pois, o fato das pessoas viverem mais está relacionado às melhoras nas condições sanitárias, na nutrição, no acesso à informação, nos cuidados à saúde e nas questões econômicas e aos avanços da medicina (UNFPA, 2012).

Uma população que envelhece de maneira saudável, e social e economicamente ativa, pode gerar oportunidade e contribuir com a sociedade. Porém, o aumento da longevidade, também traz consigo demandas sociais, econômicas e culturais (BÁRRIOS; FERNANDES, 2014; MARINHO et al., 2016). Assim, a forma de enfrentamento, dos desafios e oportunidades, de uma crescente população idosa, é que irá definir se a sociedade terá os benefícios da longevidade (ILC-BRASIL, 2015).

Como mencionado anteriormente, a população brasileira, está envelhecendo rapidamente (UNITED NATIONS, 2017; IBGE, 2018; IPEA, 2018). Projeções recentes sugerem que a proporção da população com mais de 65 anos aumentará cerca de sete vezes e meia entre 1950 e 2050, com a adição de cerca de 51 milhões de pessoas, das quais prováveis 16 milhões terão mais de 80 anos de idade (UNITED NATIONS, 2017). Trata-se de um ritmo de envelhecimento três vezes mais rápido que o observado em países como o Reino Unido, França e Suécia, cujas transições demográficas iniciaram-se muitas décadas antes da brasileira (UNITED NATIONS, 2017).

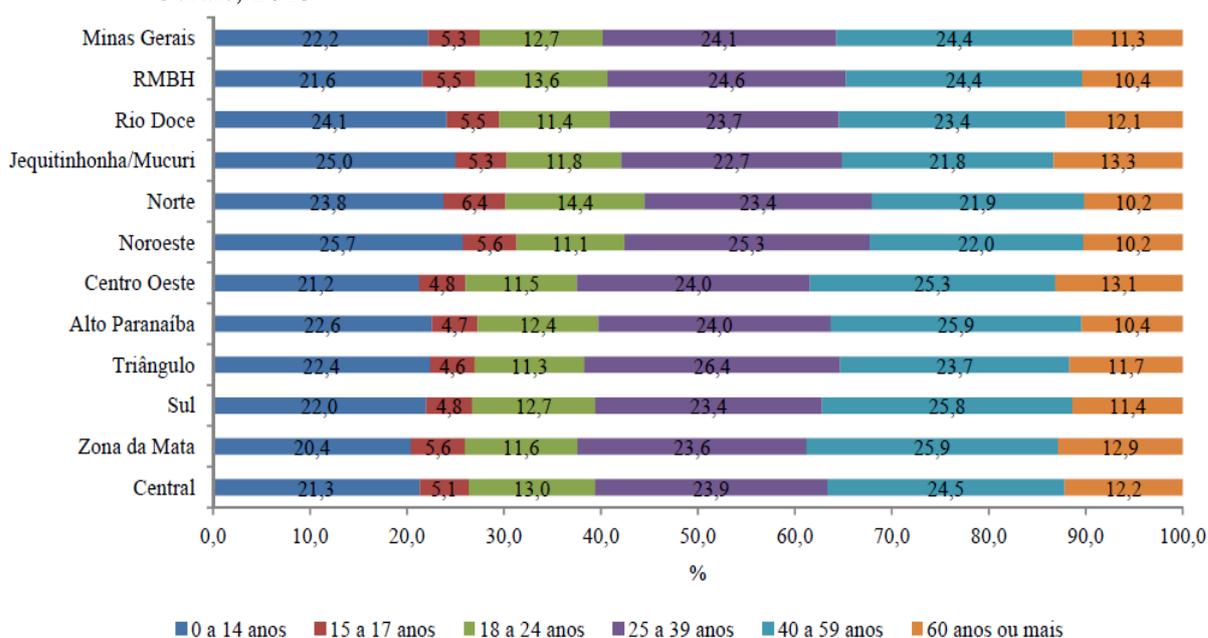
Os maiores percentuais de idosos no Brasil estão nas Regiões Sul (15,9%) e Sudeste (15,6%) e o menor na Norte (10,1%) (IBGE, 2016). O Estado brasileiro que possui expectativa de vida maior é o de Santa Catarina, com 78,7 anos em 2015, correspondendo a 75,4 anos para os homens e 82,1 anos para as mulheres. Em contraposição a este fato, com menor e_0 é o Maranhão, com 70,3 anos para homens e mulheres. O Estado de Minas Gerais fica em 6º lugar com 77,0 anos de vida (IBGE, 2016).

Situado na região Sudeste do Brasil, com 853 municípios, população de 19.597.330 pessoas (IBGE, 2010), sendo 2.310.565 idosos (IBGE, 2010), o Estado de Minas Gerais

inserido no panorama do envelhecimento, acompanhou as principais mudanças demográficas observadas para o Brasil nas últimas décadas (PAD-MG, 2013). Porém, segundo boletim da Pesquisa por Amostra de Domicílios (MG) a proporção de pessoas idosas apresentou pequena queda entre 2011 e 2013, passando de 11,8% para 11,3% (PAD-MG, 2013).

Cabe destacar, que em consequência de uma dinâmica demográfica diferenciada, as regiões de planejamento do Estado de Minas Gerais apresentam padrões etários distintos. Em relação aos idosos, observa-se que o Jequitinhonha/Mucuri é a região que apresenta maior peso relativo desse grupo etário (13,3%) e as regiões Norte e Noroeste possuem o menor peso para os idosos, ambas com 10,2%. Na região do Triângulo essa proporção é de 11,7% (PAD-MG, 2013), Gráfico 2.

Gráfico 2 - População residente por grupos de idade, segundo região de planejamento, Minas Gerais, 2013



Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG). Convênio: FJP/Escritório de Prioridades Estratégicas.

A idade média da população do Estado de Minas Gerais corresponde a 33,2 anos. As maiores médias estão nas regiões, Central e Zona da Mata (35,8 anos) e as menores no Norte (30,9 anos) e Nordeste (32,1 anos). Na região do Triângulo, a média de idade é de 32,6 anos (PAD-MG, 2013).

Ao analisar a pirâmide etária do Estado de Minas Gerais e da região do Triângulo é possível verificar o avançado processo de transição demográfica, ainda que com um peso relativo das populações maior em idades intermediárias (PAD-MG, 2013), Figura 1.

Figura 1- Pirâmides etárias de Minas Gerais e Região do Triângulo, 2013



Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI), Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG).

O Estado de Minas Gerais é composto por 13 divisões assistenciais, denominadas Macrorregiões de Saúde, 18 Superintendências Regionais de Saúde e 10 Gerências Regionais de Saúde. A região do Triângulo Mineiro é composta por duas Macrorregionais: Triângulo Sul e Norte. A Superintendência Regional de Saúde de Uberaba corresponde territorialmente à Macrorregional Triângulo Sul que abrange 27 municípios (MINAS GERAIS, 2011).

Segundo dados do IBGE (2010) a Macrorregional de Saúde do Triângulo Sul, constituída pelas Microrregiões Frutal, Araxá e Uberaba, habita 714.106 indivíduos, sendo 75.726 pessoas com 60 anos ou mais que residem na área urbana, o que representa 10,6% da população geral (IBGE, 2010). Constituída por oito municípios, a Microrregião de Saúde de Uberaba possui 43.166 idosos, o que corresponde a 57,0% da população idosa da Macrorregional do Triângulo Sul. Cabe destacar que Uberaba é referência na atenção à saúde para essa microrregião (MINAS GERAIS, 2011).

Neste contexto, tendo em vista esse aumento iminente, é preciso refletir sobre o que está sendo realizado na área da saúde para contemplar adequadamente as necessidades dos idosos e de suas famílias (VICENTE; SANTOS, 2013; ILC-BRASIL, 2015). Assim, torna-se importante o fortalecimento de políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para essa população. Pois, para que as pessoas tenham QV ao envelhecer é preciso que haja cada vez mais investimentos e oferta de serviços que atendam às demandas desse segmento (ILC-BRASIL, 2015).

2.1.3 Antecedentes das políticas públicas voltadas ao idoso

A abordagem da questão do envelhecimento populacional na agenda das políticas brasileiras, públicas ou por iniciativa da sociedade civil, não é recente. As origens do sistema

de proteção social no Brasil reportam-se ao período colonial com a criação da Santa Casa de Misericórdia e seus serviços voltados à saúde (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Em 1888, os funcionários dos Correios passaram a ter direito a aposentaria após 30 anos de serviço e com uma idade mínima de 60 anos (CAMARANO; PASINATO, 2004), mas foi em 1923, com a Lei Eloy Chaves, que surgiu a pioneira das políticas estatais de atenção ao idoso, com a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensão para os empregados das empresas ferroviárias no Brasil (AFONSO; FERNANDES, 2005; MOYSÉS; ALVIM, 2019).

Em 1934, durante o governo de Getúlio Vargas houve a promulgação da Constituição Política da República dos Estados Unidos do Brasil, a qual determinava de maneira geral a todos os cidadãos a “previdência, mediante atribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade [...]” (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934, art. 121).

Na década de 60 ocorreu a consolidação e unificação das normas de aposentadorias por idade e tempo de serviço, com a Lei Orgânica da Previdência Social, e surgiram o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e o Instituto Nacional de Previdência Social, atualmente conhecido como Instituto Nacional do Seguro Social (AFONSO; FERNANDES, 2005).

As políticas públicas brasileiras sofreram influências da sociedade civil, das associações científicas e grupos políticos. Assim, ressaltam-se duas iniciativas nos anos 60 que repercutiram no desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para a população idosa (CAMARANO; PASINATO, 2004; MOYSÉS; ALVIM, 2019). Em 1961 foi criada a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia com a finalidade de estimular o apoio aos idosos e o desenvolvimento e divulgação do conhecimento científico na área do envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004; MOYSÉS; ALVIM, 2019). A segunda iniciativa teve início em 1963, por decisão do Serviço Social do Comércio, que diante do cenário de carência de políticas e programas sociais voltados para a pessoa idosa oferece uma possibilidade de atendimento buscando, desde seu início, promover a saúde integral dos idosos, oferecendo melhor QV com o desenvolvimento pessoal, autonomia e autoestima (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Foi no início da década de 70 que começou a surgir um número significativo de idosos em nossa sociedade o que provocou o despertar para a questão social dessa população (RODRIGUES, 2001; FERNANDES; SOARES, 2012). Em 1974, a partir das ações do governo federal, foram garantidas por meio do Instituto Nacional de Previdência Social, assistências preventivas aos idosos, em centros sociais do próprio instituto e da sociedade

civil, e as internações custodiais dos aposentados e pensionistas com 60 anos ou mais de idade. A admissão em instituições era feita considerando o desgaste físico e mental dos idosos, a insuficiência de recursos próprios e familiares e as situações de abandono (CAMARANO; PASINATO, 2004). Neste mesmo ano, foi criada a Lei 6.179/74 que estabelecia Renda Mensal Vitalícia em decorrência de invalidez (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O primeiro Programa de Assistência ao Idoso (PAI) foi criado em 1975, o qual organizava e realizava grupos de convivência para idosos previdenciários, que continuaram se desenvolvendo, durante dois anos, por todo o Brasil, dentro das unidades do Instituto Nacional de Previdência Social (RODRIGUES, 2001). No ano seguinte, em 1976, foi redigido o primeiro documento federal em benefício dos idosos, com diretrizes para a futura Política Social do Idoso, dentre elas: implantação de sistema de mobilização comunitária visando à manutenção do idoso na família; revisão de critérios para concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos; criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar; formação de recursos humanos para o atendimento de idosos, dentre outras (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Com a reforma da Previdência, em 1977, criando-se Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o PAI passou a ser gerido, pela Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) que se tornou responsável pelo atendimento ao idoso em todo o território nacional (RODRIGUES, 2001). Em 1987, houve uma reestruturação na LBA e o PAI, foi transformado em Projeto de Apoio à Pessoa Idosa (PAPI) integrado ao então programa de “ações complementares de apoio ao cidadão e à família”. O PAPI tinha suas ações voltadas para as pessoas idosas, visando dar-lhes oportunidades de maior participação em seu meio social e, também, desenvolver a discussão ampla de sua situação como cidadãos, reivindicações e direitos, além de valorizar todo o potencial de vivência dentro das comunidades (RODRIGUES, 2001).

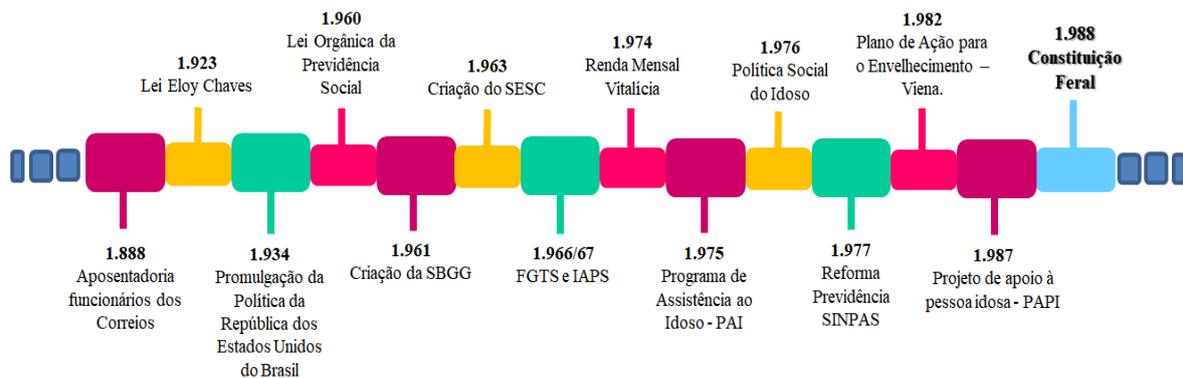
Ressalta-se que neste período, a ONU convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que produziu o Plano de Ação Internacional de Viena sobre Envelhecimento (UNITED NATIONS, 1982). Este documento representa a base das políticas públicas do segmento em nível internacional e apresenta as diretrizes e princípios gerais que se tornaram referência para a criação de leis e políticas em diversos países, evidenciando o envelhecimento populacional como tema dominante no século XXI (VERAS; OLIVEIRA, 2018). O Plano contém recomendações referentes a sete áreas: saúde e nutrição; proteção ao consumidor idoso; moradia e meio ambiente; bem-estar social; previdência social; trabalho e

educação e família (UNITED NATIONS, 1982), contribuindo com a mudança na visão dos diversos tipos de política pública, além das previdenciárias em benefício a essa população (MOYSÉS; ALVIM, 2019).

Assim, até o final da década de 80 a maior parte da legislação em *prol* dos idosos era de caráter previdenciário, ou de natureza caritativas desenvolvidas por entidades sociais filantrópicas ou ligadas à igreja e às ordens religiosas (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Na linha do tempo, Figura 2, tem-se um resumo com as principais alterações políticas no Brasil e ações não estatais voltadas aos idosos, até o ano de 1988.

Figura 2 – Linha do tempo com as principais alterações políticas no Brasil e ações não estatais voltadas aos idosos no período que antecede à Constituição Federal (1988)



Fonte: a autora, 2020.

2.1.4 O idoso e as políticas públicas no Brasil

Os desafios e consequências que surgiram com o envelhecimento demográfico impulsionaram reflexões quanto às questões atuais da sociedade, priorizando os direitos dessa população e as responsabilidades do Estado e da sociedade para com esse grupo (MARTINS, 2017). O grande avanço em políticas públicas voltadas aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição de 1988, que modificou a política assistencialista em curso na década de 80, e adquiriu “uma conotação de direito de cidadania” (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A Constituição Federal de 1988 representou um grande avanço nas políticas de cunho social no país, sendo este período conhecido como a redemocratização brasileira. Garantiram-se os direitos dos idosos e sua participação na sociedade, representados pelos artigos 3º, 14º, 201º, 203º, 229º, 230º (BRASIL, 1988).

O art. 3 Dispõe que é objetivo fundamental do Estado “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (Constituição Federal, art. 3, 1988). No art. 14 é estabelecido o direito universal ao voto, e

que o mesmo apresenta valor igual para todos (CF, art. 14, 1988), preserva-se assim, a autonomia e participação política e social do idoso, no momento em que ao votar, exerce sua função de cidadão. Salienta-se no art. 201 que a previdência social atenderá, entre outros eventos, à cobertura de doenças, invalidez, morte e idade avançada. Estabelece, ainda, o tempo de contribuição para homens, mulheres e trabalhadores rurais (CF, art. 201, 1988). Na sequência, art. 203 afirma-se que “a assistência social será prestada a quem dela precisar, independentemente de contribuição à seguridade social”, e relaciona, entre seus objetivos, “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice” (inciso I). Assegura, também, “um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (CF, art. 203 1988). O art. 229 determina que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar seus filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (CF, art. 203 1988). O art. 230 dispõe que:

“a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. - § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. - § 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (CF, art. 230, 1988)”.

Após a promulgação da Constituição de 1988, outras leis surgiram em *prol* da pessoa idosa, entre elas: a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993); a PNI (BRASIL, 1994); a PNSI (BRASIL, 1999); o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006).

Em 1993 foi aprovada a LOAS, Lei 8.742/93, que garantiu à Assistência Social o *status* de política pública de seguridade social, direito ao cidadão e dever do Estado, possibilitando o reconhecimento de contextos multivariados e, por vezes universais, de risco à saúde do cidadão idoso (BRASIL, 1993). Ademais, cita o benefício de prestação continuada, previsto no art. 20 que é a “garantia de um salário mínimo mensal ao idoso com sessenta e cinco anos ou mais de idade que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família” (BRASIL, art. 20, 1993).

A Lei nº 8.842, sancionada em 4 de Janeiro de 1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de Julho de 1996, a qual dispõe sobre a PNI, cria o Conselho Nacional do Idoso e propõe, entre seus princípios e diretrizes, que o envelhecer diz respeito à sociedade em geral, devendo, assim, ser objeto de conhecimento e informação para todos, além de assegurar o apoio às pesquisas sobre questões relativas ao envelhecimento (BRASIL, 1994).

Posteriormente, por meio da Portaria nº 1.395, em 1999, foi criada a PNSI, que fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, em concordância com o que é determinado pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90 e a Lei 8.842/94, que asseguram os direitos deste segmento populacional (BRASIL, 1999). A partir da PNSI, o conceito de envelhecimento saudável passa a ser debatido, tornando-se o propósito basilar desta política. A PNSI também busca a manutenção e melhoria da funcionalidade dos idosos, prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem e reabilitação para aqueles que têm sua capacidade funcional reduzida (BRASIL, 1999).

Dentre as diretrizes da PNSI, que devem nortear todas as ações de saúde e indicar as responsabilidades institucionais para o alcance destes propósitos, estão: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e às pesquisas na área da gerontologia (BRASIL, 1999).

A fim de regular os direitos assegurados aos idosos, foi criado no ano de 2003, por meio da Lei nº 10.741, o Estatuto do Idoso, que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa e dá destaque aos direitos dos idosos em uma perspectiva ampla das questões sociais. No Capítulo IV, destaca alguns aspectos relativos à atenção à saúde dos idosos, pois se trata especificamente sobre o papel do Sistema Único de Saúde (SUS), em que é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

A Constituição Federal de 1988 já previa atenção integral a todos os indivíduos, e determinava princípios e direitos assegurados aos idosos. Mas, com a criação do Estatuto, regras, mais específicas, foram implantadas principalmente com relação à violência e aos maus-tratos a idosos, ampliando seus direitos como cidadãos (BRASIL, 2003). Com relação ao envelhecimento saudável, o Estatuto dispõe sobre as responsabilidades do Estado de garantir proteção à vida e à saúde do idoso, além de permitir um envelhecimento saudável e digno, e apoiar a criação da Universidade Aberta para as pessoas idosas (BRASIL, 2003).

No ano de 2006, por meio da Portaria nº 2.528, foi aprovada a PNSPI cuja finalidade é manter, recuperar e promover a autonomia, a independência e a QV dos indivíduos idosos. A PNSPI compõe uma Agenda de Compromissos pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em

Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006). Com destaque para uma de suas diretrizes, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, que possibilita a manutenção da capacidade funcional e autonomia (BRASIL, 2006).

Em 2013, ficou estabelecido pelo Decreto nº 8.114, de 30 de Setembro de 2013 o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e instituída a Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação (BRASIL, 2013). As ações desenvolvidas são orientadas pela PNI (BRASIL, 1994) em consonância com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e pelas seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento ativo, por meio de criação de ambientes propícios e favoráveis à sua efetivação; afirmação de direitos e do protagonismo da pessoa idosa na promoção de sua autonomia e independência; articulação intra e intersetorial, para assegurar atenção integral às pessoas idosas e às suas famílias; integração de serviços em áreas socioassistenciais e de saúde, com fortalecimento da proteção social, da APS e dos serviços de notificação e prevenção da violência; fortalecimento de redes de proteção e defesa de direitos da pessoa idosa; atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; capacitação, formação e educação continuada dos profissionais que prestam atendimento à pessoa idosa; ampliação de oportunidades para aprendizagem da pessoa idosa e seu acesso à cultura; desenvolvimento de estudos relacionados ao envelhecimento da população e divulgação da PNI (BRASIL, 2013). O objetivo é unir esforços da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em colaboração com a sociedade civil, para valorização, promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa (BRASIL, 2013).

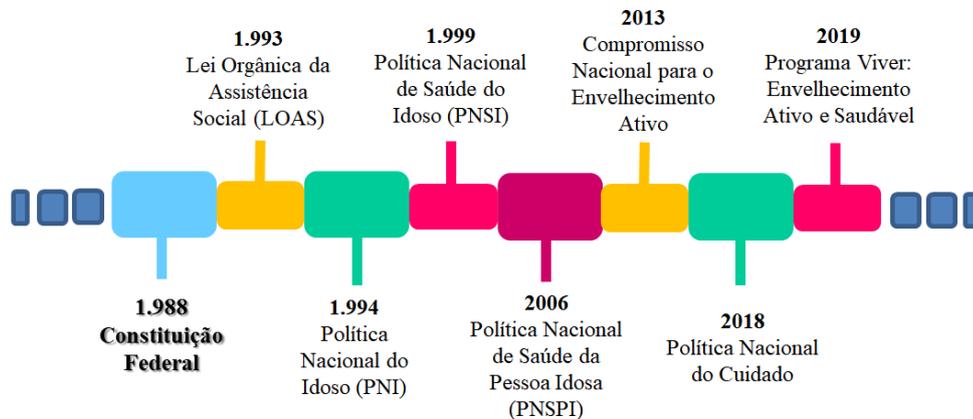
No ano de 2018, a Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa da Câmara dos Deputados aprovou projeto de lei 2.029/15, que institui a Política Nacional do Cuidado, com o objetivo de criar uma rede nacional de cuidados continuados e de longa permanência para pessoas em situação de vulnerabilidade ou dependência, como os idosos (BRASIL, 2018a). Pontua-se também que a política pretende desenvolver programas e projetos de cuidado comunitário, promover políticas públicas de garantia e incentivo ao envelhecimento ativo e espaços para a articulação de ações e planos voltados aos cuidados, além de proporcionar ações de incentivo à autonomia e independência (BRASIL, 2018a).

Recentemente, em busca da promoção de um envelhecer mais ativo e saudável, o Governo Federal, por meio do Decreto nº 10.133, de 26 de novembro de 2019, instituiu o Programa Viver: Envelhecimento Ativo e Saudável, que visa proporcionar a inclusão digital e social, para possibilitar a participação do idoso em atividades de saúde, tecnologia digital,

educação, e a mobilidade física, com a melhoria da sua QV, além de, contribuir para a promoção do direito ao envelhecimento ativo e saudável, por meio das diretrizes dispostas na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, da PNS (BRASIL, 1994) (BRASIL, 2019).

Na linha do tempo, Figura 3, tem-se um resumo com as principais políticas públicas em *prol* dos idosos no Brasil no período que intercorre à Constituição Federal (1988).

Figura 3 – Linha do tempo com as principais políticas públicas em *prol* dos idosos no Brasil no período que intercorre à Constituição Federal (1988)



Fonte: a autora, 2020.

O envelhecimento populacional tem provocado, além de iniciativas por parte de várias organizações, o aumento de investigações científicas e elaboração conceitual para dar suporte à compreensão do fenômeno e à monitorização de seu perfil social e epidemiológico (BARROS; GOLDBAUM, 2018). Os novos conceitos, que versam sobre essa temática, tem buscado ampliar o escopo para além da prevenção de doenças e da assistência à saúde, abrangendo estratégias que proporcionam oportunidades de participação da população idosa em atividades econômicas, sociais, culturais, intelectuais, cívicas e políticas (WHO, 2002).

Neste contexto, notam-se os avanços nas trajetórias das políticas públicas para os idosos, porém o caminho a percorrer ainda é longo, pois na prática ainda há muito que se conquistar. A sociedade precisa acolher o idoso como um cidadão, que tem direito e deveres, assim como, experiências e conhecimentos adquiridos ao longo da vida.

2.2 ENVELHECIMENTO ATIVO

2.2.1 Conceito e especificidades

A velhice tem sido considerada, por estudiosos (SIMÕES, 2006; PAÚL; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2012; GONÇALVES, 2015), como um estágio de desenvolvimento humano, contrariando muitos estereótipos negativos sobre o envelhecimento (GONÇALVES, 2015). Diversos paradigmas relativos à construção do conceito de envelhecimento na sociedade contemporânea marcaram a segunda metade do século XX. Neste cenário, surgiram vários conceitos para definir envelhecimento, tais como “bem-sucedido”; “produtivo”; “saudável” e por fim “ativo”, sendo a definição mais utilizada atualmente, pois não estabelece apenas objetivos de saúde ou sociais, mas também de participação e segurança (ILC-BRASIL, 2015).

Comumente, esses termos são utilizados como sinônimos, entretanto, cada um apresenta um significado específico. Porém, todas estas perspectivas abrangem uma visão mais positiva em relação ao envelhecimento (GONÇALVES, 2015).

O conceito de envelhecimento bem-sucedido está relacionado a um conjunto de fatores que permitem ao indivíduo continuar viver bem, tanto do ponto de vista físico como mental (SIMÕES, 2006), sendo constituído por três vertentes: baixo risco de doenças ou incapacidades; funcionamento físico e mental elevado e empenhamento ativo na vida (SIMÕES, 2006).

Este paradigma foi baseado na ideia de que as pessoas tem um papel decisivo no controle de sua própria vida, podendo prevenir a doença e promover a saúde física e mental (SIMÕES, 2006). Nesse conceito, o envelhecimento é compatível com uma vida saudável e a prevenção assume o papel principal, pois se acredita que, de acordo com o estilo de vida, esse processo possa diferir de indivíduo para indivíduo (GONÇALVES, 2015).

Na década de 80, o conceito de envelhecimento bem-sucedido ressurgiu sob o nome de envelhecimento produtivo, em desacordo com as imagens negativas, usualmente relacionadas aos idosos, dentre elas: frágeis, dependentes e não produtivos (GONÇALVES, 2015). O envelhecimento produtivo foi definido como “qualquer atividade, realizada por um indivíduo mais velho, que produza bens ou serviços, remunerados ou não, incluindo atividades como os trabalhos doméstico e voluntário” (BASS et al., 1993 p.6), além de considerar o envolvimento em tarefas de realizações satisfatórias e com impacto na vida pessoal e da comunidade (KAYE; BUTLER; WEBSTER, 2003). No entanto, este conceito está limitado na definição de atividades produtivas, uma vez que está centrado estritamente na produção de bens e serviços, com ênfase na área econômica (MOULAERT; PARIS, 2013; GONÇALVES, 2015).

Posteriormente, preconizou-se a abordagem de envelhecimento saudável, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças. Definido pela OMS como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem estar em idade avançada” (OMS, 2015 p.13). Assim, depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam (OMS, 2015).

Outro conceito é o envelhecimento ativo, lançado em 1999, durante o Ano Internacional das Pessoas Idosas e reforçado na colaboração à II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (WHO, 2002; OPAS, 2005). Desta forma, integrado em um modelo multidimensional, o envelhecimento ativo foi definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2002 p.12). O termo “ativo” foi escolhido em detrimento daqueles com sentido menos inclusivo, como “bem-sucedido”, “produtivo” e “saudável” (ILC-BRASIL, 2015).

Visando corresponder ao conceito de envelhecimento ativo, Paúl et al (2012) indicou como questões básicas para os idosos do futuro:

“um estilo de vida saudável; uma vida em segurança e a participação social que vão desde trocas interpessoais significativas até ao exercício dos direitos e deveres de cidadania, estendendo a participação às associações comunitárias, a favor do bem comum” (PAÚL et al., 2012 p.16).

O conceito de envelhecimento ativo aplica-se tanto aos indivíduos quanto aos grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida. Além de incluir a participação ativa dos idosos nas questões econômicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais, com objetivo primordial de aumentar a expectativa de vida saudável e a QV (ILC-BRASIL, 2015).

Neste contexto, o conceito de envelhecimento ativo será adotado nesse estudo, por refletir a importância que múltiplos fatores assumem na formulação de intervenções promotoras de adaptação face ao envelhecimento, já que podem influenciar e determinar um maior bem-estar do idoso.

2.2.2 Política do Envelhecimento Ativo

A Política do Envelhecimento Ativo foi lançada com propósito de servir de guia para todas as nações desenvolverem suas ações, voltadas à população idosa, ao longo do século XXI (ILC-BRASIL, 2015). O objetivo do envelhecimento ativo é “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo

inclusive as que são frágeis, incapacitadas fisicamente e que requerem cuidados” (WHO, 2002 p. 14).

O Marco Político, tanto para indivíduos quanto para grupos populacionais, buscou possibilitar que as pessoas realizassem seu potencial de bem-estar físico, social e mental e que participassem na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, e ao mesmo tempo, lhes fornecendo proteção, segurança e cuidado adequado quando necessário (ILC-BRASIL, 2015).

A formulação inicial da política identificava a saúde, a participação e a segurança como componentes fundamentais do envelhecimento ativo. Na Conferência Internacional de Envelhecimento Ativo (KALACHE, 2013), foi definida a inclusão da aprendizagem ao longo da vida como quarto componente dessa política (KALACHE, 2013). Neste sentido, o envelhecimento ativo requer ações ao nível de quatro pilares que compõem a política, dentre eles: saúde, aprendizagem ao longo da vida; participação e segurança (ILC-BRASIL, 2015).

2.2.2.1 Saúde

A longevidade da população associada aos melhores níveis de saúde constitui-se como um dos principais objetivos da política do envelhecimento ativo, pois é universalmente reconhecida como o requisito mais essencial para a QV (ILC-BRASIL, 2015). A OMS considera saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (OMS, 1946 p.1). Porém, o processo de viver com ou sem saúde não se reduz a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem como um estado de equilíbrio, mas está intimamente relacionada às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de viver (DALMOLIN et al., 2011).

A promoção da saúde adota uma visão positiva face à saúde, pressupondo que esta possa contribuir com uma melhor QV, devido ao atraso no surgimento de doenças e incapacidade funcionais. A partir da década de 80, a promoção da saúde, ganhou destaque no âmbito da saúde pública, através da divulgação da Carta de Ottawa, na qual é definida como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la” (OMS, 1986 p.1). Conceito este associado a um conjunto de valores, dentre eles a QV, saúde, solidariedade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, e de estratégias resultantes de uma ação conjunta do Estado, comunidade e do próprio indivíduo (WHO, 1986). A promoção da saúde é o processo

de capacitação dos indivíduos, para se responsabilizarem pelo controle da sua própria saúde e pela sua melhoria, sendo entendida como um recurso para a vida (WHO, 1986; WHO, 2002).

Quanto mais cedo se cultivar a boa saúde, mais prolongadas e substanciais serão as recompensas, que se fazem perceber pela ausência e/ou controle de doença e maior capacidade funcional (ILC-BRASIL, 2015). Os idosos que mantêm a melhor saúde funcional na velhice são pessoas que tiveram ótimos hábitos de saúde na meia idade (SHIELDS; MARTEL, 2005). Além disso, há evidências dos benefícios advindos da adoção de estilos de vida mais saudáveis, mesmo em idades bastante avançadas (SANTOS et al., 2017a). Pelo exposto, subentende-se que o comportamento é um determinante primário na promoção da saúde e, parte importante quando se refere ao envelhecimento ativo.

Assim, os programas de saúde devem priorizar a manutenção da capacidade funcional dos idosos com ações preventivas de saúde e educação, com cuidados qualificados, integrais e multidimensionais, levando-se em conta a capacidade funcional, autonomia, participação e atuação social, autocuidado e autossatisfação (LIMA; ARAÚJO; SCATTOLIN, 2016; YOKOTA; MOURA; ANDRADE, 2016).

2.2.2.2 Aprendizado ao longo da vida

No contexto social, pessoas bem informadas e capacitadas contribuem para a competitividade econômica, proteção social sustentável e participação dos cidadãos. A necessidade de aprendizado é variada e constante ao longo do curso de vida, por exemplo, a educação em saúde, que é essencial para o autocuidado, assim como a financeira é necessária para o gerenciamento da renda e das despesas (ILC-BRASIL, 2015). A aprendizagem ao longo da vida auxilia os indivíduos a permanecerem saudáveis e engajados na sociedade, sendo necessária não somente para a empregabilidade, mas também por favorecer o bem-estar, pois confere poder de decisão e maior certeza de segurança pessoal (ILC-BRASIL, 2015).

O ser humano, nunca para de aprender independentemente da idade, condição física, mental, social e econômica, ou seja, os idosos são capazes de aprender a viver de forma ativa, desfrutar de autonomia e liberdade e acompanhar a evolução da sociedade (FIGUEIREDO, 2016). Quanto mais saudável e instruído se é em qualquer idade, maiores as chances de se participar plenamente na sociedade. Saúde e conhecimento são, portanto, fatores chave para o empoderamento e participação plena na sociedade (ILC-BRASIL, 2015).

2.2.2.3 Participação

A participação, marcada pelo exercício de cidadania e pelas relações sociais estabelecidas com o contexto em que se inclui o idoso, é considerada como o engajamento em qualquer causa social, cívica, recreativa, cultural, intelectual ou espiritual que promova um sentimento de realização e dê significado à vida (ILC-BRASIL, 2015). Ao favorecer o engajamento e experiências, a participação, sustenta a saúde positiva, proporcionando sentimento de propósito na vida e constituindo oportunidades para relações sociais positivas (SELIGMAN; MARTIN, 2012).

A estrutura e as relações familiares, assim como as redes sociais tendem a sofrer alterações, resultantes do processo de envelhecimento marcado por transições específicas como a aposentadoria, viuvez e situações de dependência (CABRAL et al., 2013). A diminuição das relações sociais associada a uma vida social menos intensa conduz ainda ao isolamento, que reflete no estado de saúde física e mental dos indivíduos e conseqüentemente na sua contribuição na sociedade (CABRAL et al., 2013).

Assim, é essencial estimular a participação ativa dessa população dentro da sua comunidade, pois, o engajamento social e intelectual está ligado à boa saúde e ao bom funcionamento cognitivo na velhice (CHERRY et al., 2013). O trabalho é um importante componente da participação, por ser fonte de segurança econômica, autoestima, integração social, estabilidade social e saúde (ILC-BRASIL, 2015).

Após se aposentarem, os indivíduos podem continuar a contribuir com a sociedade e com seus familiares, até mesmo atuando como voluntários dentro da comunidade. Em vários países, idosos qualificados e experientes atuam como voluntários em escolas, comunidades, instituições religiosas, organizações políticas e de saúde. O trabalho voluntário proporciona benefícios ao ampliar a rede de contatos sociais e o bem-estar psicológico, oferecendo, ao mesmo tempo, uma relevante contribuição para as comunidades (ILC-BRASIL, 2015). Para que essa inserção social seja possível, é necessário que os idosos tenham condições físicas e cognitivas para desempenhar seu papel e que a sociedade permita, valorize e estimule o seu engajamento (ILC-BRASIL, 2015).

A participação ativa dos indivíduos em todos os níveis dos processos de tomada de decisões na sociedade mantém robusta a democracia, aumenta a capacidade de resposta das políticas e dá poder aos cidadãos. Assim, encorajar a participação cívica dos idosos se torna cada vez mais importante para garantir que estes indivíduos tenham sua voz ouvida em um diálogo saudável entre gerações acerca de questões sociais (ILC-BRASIL, 2015).

Indivíduos com maior participação social apresentam melhores índices de saúde e bem-estar (PONCE; ROSAS; LORCA, 2014), pois aqueles que se envolvem em atividades sociais, ao longo de suas vidas, quando idosos, passam a desfrutar de mais tempo de lazer, mantendo-se ativos, produtivos e socialmente participativos. Assim, a participação ao longo da vida é um aspecto importante do envelhecimento ativo (PONCE; ROSAS; LORCA, 2014).

2.2.2.4 Segurança

A segurança, no sentido da adequação do meio ambiente social e físico em que o idoso se insere, confere o sentimento de estar protegido, em um sentido amplo da negligência, da pobreza extrema, do abandono e da falta de cuidado (ILC-BRASIL, 2015). Sua falta causa efeito sobre a saúde física, o bem-estar emocional e a sociedade. No nível social, as ameaças à segurança incluem os desastres naturais, epidemias, violência, discriminação interpessoal e o declínio financeiro repentino e/ou prolongado. Entre as ameaças no nível individual estão doenças, mortes na família, desemprego ou invalidez (UNITED NATIONS, 2015).

Crianças, jovens, mulheres, pessoas com deficiência e idosos estão entre aqueles cuja segurança está sujeita a maior risco. A maioria dos idosos do mundo não tem segurança de renda, assim não há outra opção senão trabalhar, muitas vezes em empregos com baixa remuneração ou em atividades de subsistência (ILC-BRASIL, 2015).

Nesse sentido, assegurar a proteção, segurança e dignidade dos idosos torna-se um elemento-chave, para as políticas e programas públicos, responsabilizando-os pela promoção da segurança social, financeira e física dessa população; pelos seus direitos e necessidades individuais e coletivas e pelo auxílio das famílias nos cuidados aos idosos (ILC-BRASIL, 2015). A política do envelhecimento ativo defende os direitos dos idosos, como a justiça e a segurança social e econômica, ou seja, o apoio em condições de pobreza, dependência, viuvez, necessidades de saúde e violência. Além das questões relacionadas ao ambiente físico, respeito e à inclusão social (ILC-BRASIL, 2015).

Ter todas as necessidades básicas materiais e de saúde supridas, e se sentir seguro de ameaças externas são pré-requisitos para o bem-estar em qualquer idade, mas ganha maior relevância em determinadas situações, por exemplo, durante períodos de doença, desemprego e na velhice (ILC-BRASIL, 2015). Pois, além de abranger questões relacionadas à cidadania ativa e à participação social, a segurança também influencia a procura por cuidados de saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis. Nesse sentido, torna-se um elemento fundamental, que contribui para uma velhice segura, participativa e com QV (ILC-BRASIL, 2015).

2.2.3 Determinantes do Envelhecimento Ativo

Vários são os fatores que interferem no processo de envelhecimento humano, os quais estão interligados e se aplicam à saúde de indivíduos de todas as idades (ILC-BRASIL, 2015). A OMS definiu os principais determinantes do envelhecimento ativo, dentre eles: os comportamentais, pessoais, ambiente físico, sociais, econômicos, de saúde e de serviço social, além da cultura e do gênero considerados como determinantes abrangentes e transversais, que moldam as pessoas e o meio em que elas estão inseridas ao longo da vida (WHO, 2002), Figura 4.

Figura 4 – Determinantes do Envelhecimento Ativo



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2002.

A interação desses fatores forma uma rede dinâmica de condições de proteção que pode tanto favorecer o desenvolvimento de reservas para respostas resilientes, quanto gerar riscos que impeçam esse desenvolvimento. Ao mesmo tempo, cada determinante também influencia individualmente o envelhecimento ativo (ILC-BRASIL, 2015).

O comportamento individual tem papel direto e significativo no envelhecimento ativo por favorecer a independência funcional e o bem-estar, e conseqüentemente, contribuir com o aumento da longevidade (ILC-BRASIL, 2015). Os determinantes comportamentais, que estão

relacionados à participação ativa no cuidado com a própria saúde, envolvem a prática de atividade física adequada, alimentação saudável, abstinência do fumo e do álcool, sono com qualidade, uso adequado dos medicamentos e outras práticas de autocuidado na prevenção de agravos, como o acompanhamento da saúde por meio das consultas de rotina e exames preventivos e a vacinação, fatores que irão contribuir para um envelhecimento ativo (ILC-BRASIL, 2015).

O processo de envelhecimento humano também é afetado por determinantes pessoais que abrangem a genética e a biologia de cada indivíduo, incluindo fatores psicológicos, número de morbidades e a capacidade cognitiva (ILC-BRASIL, 2015). O envelhecimento representa um conjunto de processos geneticamente determinados, com a hereditariedade influenciando no declínio funcional e no aparecimento das doenças (BROOKS-WILSON, 2013). Fatores ambientais e sociais, contudo, influenciam a forma como ocorre a maior parte das predisposições genéticas, reveladas ou não durante o processo de envelhecimento (ILC-BRASIL, 2015). A causa de muitas doenças é mais ambiental e externa do que genética e interna (OPAS, 2005), assim como, também há um consenso de que a trajetória de saúde e doença de um indivíduo por toda a vida resulta de uma combinação entre genética, estilo de vida e ambiente (CRICHI et al., 2016).

O ambiente físico encontra-se relacionado às condições que a sociedade proporciona aos idosos e que podem influenciar a sua independência (ILC-BRASIL, 2015). Esse determinante engloba o acesso à água limpa, ao ar puro, à alimentação adequada, ao transporte, à moradia segura e ao ambiente livre de riscos de acidentes (ILC-BRASIL, 2015). Para os idosos, devido às alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento, como por exemplo, a perda da agilidade, da força, da capacidade de reação e das funções visuais e auditivas, as interações sociais e urbanas podem vir a ser complexas e conflituosas (MOYSÉS; ALVIM, 2019). O espaço, público ou privado, exerce estímulos sobre os indivíduos, que podem ser positivos ou negativos à sua vivência e ao seu processo de envelhecimento, dependendo da qualidade e das características desse ambiente (SILVA; ELALI, 2015), que influencia os indivíduos, suas ações, lembranças, sentimentos, inclusive estados de saúde e de manutenção e prolongamento da vida (MOYSÉS; ALVIM, 2019). Os ambientes devem estimular e favorecer o envelhecimento ativo, gerando condições de saúde, participação e segurança, além de serem inclusivos e acessíveis às diferentes necessidades e condições pessoais (ILC-BRASIL, 2015).

Por sua vez, os determinantes sociais incluem oportunidades de educação, o apoio social, a proteção contra a violência e maus-tratos e a realização de trabalho voluntário que

estimulam a saúde, participação e segurança dos indivíduos enquanto envelhecem (ILC-BRASIL, 2015). Já os determinantes econômicos têm um papel relevante sobre o envelhecimento ativo, pois podem afetar a saúde, segurança e oportunidades contínuas de participação ativa e aprendizagem. Destacam-se os fatores que os compõem: a condição socioeconômica, a proteção social e o emprego/condições de trabalho (ILC-BRASIL, 2015).

Os serviços sociais e de saúde desempenham um papel essencial na promoção do envelhecimento ativo, na medida em que estes devem estar integrados numa perspectiva holística que contemple a saúde ao longo das fases da vida (WHO, 2002). Serviços sociais e de saúde acessíveis, igualitários e bem coordenados são fundamentais para promover a saúde, prevenir, tratar e manejar as doenças à medida que ocorrem, ao longo da vida, entretanto, essas ações somente são realizáveis e sustentáveis quando a mesma prioridade é dada ao apoio a todos os outros determinantes do envelhecimento ativo (ILC-BRASIL, 2015).

Os seis determinantes, descritos anteriormente, têm em comum a convergência na cultura e no gênero (ILC-BRASIL, 2015). As culturas expressam crenças, positivas e negativas, sobre o envelhecimento e idosos, assim, a categorização cultural das pessoas, com base na idade, interfere no envelhecimento ativo de várias formas. No nível individual, a percepção negativa do envelhecimento tem efeito prejudicial sobre a autoestima e desencoraja ações para o controle de DCNT (PEREIRA; FIRMO; GIACOMIN, 2014). A discriminação como a exclusão, recusa de serviços, negligência e a violência, por causa da idade e de outras características sociais, é cada vez mais reconhecida como um fator de risco para a saúde (KLONOFF, 2014), pois limita o acesso a outros determinantes, como recursos econômicos e serviços. Esta pode ser encontrada em todo tipo de situação, como no local de trabalho, na relutância de contratar e treinar trabalhadores idosos; nas políticas de aposentadoria compulsória, com base na idade; e no cuidado à saúde, no qual, se evidencia na falsa crença de que as doenças são menos tratáveis na velhice, resultando na limitação do acesso aos serviços diagnósticos e intervenções (ILC-BRASIL, 2015).

A cultura também influencia vários aspectos da vida como as práticas para manter a saúde e tratar doenças; os papéis que homens e mulheres assumem perante a sociedade; a ideia sobre a posição e o valor das pessoas de diferentes idades, classes sociais e outras entidades culturais e raciais e os mecanismos de enfrentamento e respostas adotados ao longo da vida (ILC-BRASIL, 2015). A cultura do cuidado familiar está sendo cada vez mais desafiada, devido ao número crescente de idosos dependentes com uma quantidade cada vez mais reduzida de familiares disponíveis para cuidar deles (ILC-BRASIL, 2015).

Neste contexto, entende-se que os valores culturais são primordiais na construção de histórias de vida e na adaptação positiva ao envelhecimento. Pois, a cultura abrange todas as pessoas e populações, além de moldar a forma de envelhecer e influenciar todos os outros determinantes do envelhecimento ativo (ILC-BRASIL, 2015).

Atualmente, o gênero é considerado uma variável relevante na compreensão do processo de envelhecimento (VELOSO, 2015). Este consiste por um lado no determinismo biológico (sexo), ou seja, sobre as diferenças biológicas entre homens e mulheres e por outro na construção social (gênero), isto é, como uma identidade criada a partir de papéis sociais e econômicos que cada um assume ao longo da vida e das responsabilidades e oportunidades que a sociedade e as famílias atribuem às mulheres e aos homens (VELOSO, 2015). Portanto, o sexo é reconhecido como uma propriedade dos indivíduos, enquanto o gênero é visto como um elemento estruturante das relações sociais.

As relações de gênero foram-se firmando ao longo da história, configurando-se como construções culturais de identidades masculinas e femininas, envolvendo relações de poder e impondo comportamentos presentes na subjetividade humana (MADERS, ANGELIN, 2012). As diferenças de gênero estão relacionadas aos padrões socioculturais do comportamento humano e são fatores relevantes que irão determinar a ocorrência de eventos e atitudes que podem se tornar limites ou possibilidades para a conquista do envelhecimento mais ativo e com QV (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Apesar dos avanços em vários países nas últimas décadas, ainda há uma diferença significativa entre homens e mulheres, que gera um forte impacto sobre a saúde e o bem-estar dos idosos e consequências para a sociedade em geral (ILC-BRASIL, 2015). Mesmo com o progresso nas regiões mais desenvolvidas, as mulheres ainda apresentam menor participação econômica, grau de escolaridade e poder de decisão política (WHO, 2014).

As diferenças biológicas relacionadas ao envelhecimento, agravadas pelo impacto cumulativo das desigualdades sociais ao longo da vida, levam a maiores taxas de morbidade e incapacidade funcionais entre as mulheres (ILC-BRASIL, 2015). Estudo realizado entre idosos verificou que o envelhecimento ativo é diferente entre os gêneros, sendo que 64,7% dos idosos do grupo desfavorável foram mulheres, o que indicou que estas possuem maiores taxas de dependência funcional, *déficit* cognitivo, depressão, pior funcionamento familiar e uma autopercepção negativa da saúde quando comparadas aos homens (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Sabe-se que idosas, com maridos mais velhos, de cuja renda depende, apresentam maior probabilidade de ficarem sós e com baixa renda na velhice (ILC-BRASIL, 2015). O

estudo supracitado identificou que a maioria que vivia só era mulher (71,5%) e a baixa renda esteve presente em 66,1% dos idosos, sendo esse percentual maior entre o sexo feminino (71,5%) (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Embora desfrute mais das vantagens sociais e econômicas, que favorecem o envelhecimento ativo, a socialização dos homens que, na maioria das culturas, estimula o estereótipo de ser forte e autossuficiente traz riscos ao bem-estar físico, social e mental (COURTENAY, 2000). Os homens se expõem a risco mais frequentemente, o que pode explicar a expectativa de vida mais baixa em comparação com as mulheres (COURTENAY, 2000). De acordo com a ONU, as mulheres vivem 4,5 anos mais do que os homens em todo o mundo (UNITED NATIONS, 2015). Os homens apresentam maior probabilidade de consumir bebida alcoólica em excesso, fumar, utilizar drogas ilícitas e de se envolverem em acidentes de trânsito, além de serem vítimas mais frequentes de violência fora do domicílio (ILC-BRASIL, 2015) e procurarem menos os serviços de saúde (POLISELLO et al., 2014; ARRUDA; MATHIAS; MARCON, 2017).

O envelhecer enquanto homem ou mulher é determinado por modos distintos de vivência, resultantes de diversas expectativas, identidades, relações e processos (VELOSO, 2015). Assim, torna-se necessário aprofundar e expandir a compreensão sobre gênero. Pois, quando a igualdade de gênero for realmente aceita, as aptidões, experiências e recursos de mulheres e homens de todas as idades serão reconhecidos como patrimônio intrínseco de uma sociedade plenamente coesa, produtiva e sustentável (ILC-BRASIL, 2015).

2.2.4 Modelo de envelhecimento ativo: estudos desenvolvidos

Para a criação de estratégias que abrangem a complexidade do envelhecimento ativo nas sociedades atuais, o desenvolvimento de pesquisas com abordagem multidimensional, a fim de conhecer a relação entre o envelhecimento e a saúde em seus aspectos biológicos, ambientais, psicológicos e sociais torna-se necessário (ILHA et al., 2016). No entanto, há lacunas voltadas para a compreensão dos fatores associados à possibilidade de assumir o envelhecimento como um processo positivo e a velhice como uma etapa da vida que possa ser acrescida de saúde, bem-estar e QV (HEKMATPOU; SHAMSI; JAMANI, 2013; LOWSKY et al., 2014).

Destaca-se que ainda não há nas literaturas científicas, nacional e internacional, instrumentos validados e nem um consenso sobre a melhor forma de avaliar o envelhecimento ativo (BOWLING, 2009; PAÚL; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2012; FARIAS; SANTOS, 2012; VICENTE; SANTOS, 2013; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; MAIA, 2017;

BÉLANGER et al., 2017; MARSILLAS et al., 2017; SOUSA et al., 2018a; CAVALCANTI et al., 2018), Tabela 2.

No Brasil foram identificados, na literatura científica, estudos que adotaram como referencial teórico o modelo de envelhecimento ativo proposto pela OMS (FARIAS; SANTOS, 2012; VICENTE; SANTOS, 2013; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; SOUSA et al., 2018a; CAVALCANTI et al., 2018). Faria et al. (2012) criaram um instrumento, com base neste modelo, para verificar os determinantes do envelhecimento ativo entre os idosos de um município do interior de Santa Catarina (SC). O instrumento foi validado quanto ao seu conteúdo e os autores sugeriram o desenvolvimento de escalas psicométricas capazes de avaliar esses determinantes e sua repercussão na QV (FARIAS; SANTOS, 2012).

Inquérito entre idosos da comunidade de Rodeio (SC) que avaliou os determinantes do envelhecimento ativo destacou como limitação do estudo o instrumento utilizado, o qual foi validado quanto ao seu conteúdo, fazendo-se necessário conhecer as demais propriedades psicométricas a partir de outras etapas de validação, como confiabilidade e consistência interna (VICENTE; SANTOS, 2013).

Um indicador de envelhecimento ativo foi proposto na investigação desenvolvida entre idosos da comunidade do município de Sete Lagoas (MG), porém sugeriu-se que novas pesquisas fossem desenvolvidas, abordando variáveis, como exemplo, a mobilidade e questões relacionadas aos aspectos culturais, que possibilitassem verificar melhor o nível de envelhecimento ativo entre idosos comunitários (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

No estudo entre idosos da comunidade de Campinas (SP), o qual analisou as prevalências e diferenças de gênero e idade em indicadores de envelhecimento ativo, utilizando quatro dimensões, sendo: social; atividade física; intelectual e trabalho, destacou como limitações a ausência de informações que auxiliariam na melhor compreensão do envelhecimento ativo, sendo: a frequência de realização das atividades socioculturais e da participação em grupos, os motivos e a frequência de uso da Internet e a satisfação gerada pelo trabalho (SOUSA et al., 2018a).

Na investigação entre idosos residentes em uma área coberta por serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), o envelhecimento ativo foi mensurado considerando a capacidade funcional e a QV (CAVALCANTI et al., 2018). Salienta-se que não foram encontrados estudos que testaram a aplicação do modelo de envelhecimento ativo, proposto pela OMS (2002) na população brasileira.

No âmbito internacional, foram identificados, na literatura científica, estudos que verificaram a aplicabilidade do modelo de envelhecimento ativo (OMS, 2002), entre idosos de determinadas regiões (PAÚL; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2012; MAIA, 2017; BELANGER et al., 2017; PAÚL; TEIXEIRA; RIBEIRO, 2017).

Pesquisa desenvolvida entre 1.322 portugueses, com 55 anos ou mais de idade, que testou o modelo de envelhecimento ativo, proposto pela OMS (OMS, 2002), concluiu que este é um conceito complexo, em que a saúde e a adaptação psicológica assumem um papel principal (PAUL; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2012). Sendo proposto um modelo alternativo com seis determinantes, dentre eles: saúde, componente psicológico, desempenho cognitivo, relações sociais, componente biocomportamental e personalidade. Os autores afirmaram que o modelo varia entre contextos e culturas e deve ser utilizado na orientação das políticas da comunidade (PAUL; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2012), Figura 5.

O modelo de envelhecimento ativo para a população idosa do distrito de Castelo Branco, Portugal, foi constituído por seis fatores, sendo eles: componente psicológico, saúde subjetiva, relações familiares, funcionalidade, satisfação com os serviços e relações com amigos, explicando 65,9% da variância total. O autor concluiu que novas pesquisas devem ser realizadas para uma melhor mensuração do fator psicológico e uma avaliação mais objetiva dos aspectos relacionados aos serviços sociais e de saúde (MAIA, 2017).

A aplicabilidade dos modelos de envelhecimento ativo propostos pela OMS (2002) e por Fernández-Ballesteros (2009) foi testada em uma amostra de 799 idosos da comunidade de Saint-Hyacinthe, Quebec e Kingston, Ontário (BELANGER et al., 2017). Verificou-se que nenhum dos modelos apresentou ajuste adequado para amostra do estudo, pois o conceito de envelhecimento saudável pôde ser modelado de forma adequada, mas a participação social e a segurança não se ajustaram ao modelo latente (BELANGER et al., 2017).

Inquérito que analisou o envelhecimento ativo, com base no modelo proposto por Paúl; Ribeiro e Teixeira (2012) verificou maior influência do componente psicológico entre idosos com 75 anos ou mais de idade e ressaltou a necessidade do desenvolvimento de pesquisas sobre as características psicológicas específicas subjacentes ao significado subjetivo do envelhecimento ativo em idades mais avançadas (PAÚL; TEIXEIRA; RIBEIRO, 2017).

Destaca-se que o Modelo de envelhecimento ativo proposto pela OMS (2002), que será utilizado no presente estudo, é o mais utilizado dentro da comunidade científica (FIGUEIREDO, 2016), porém, ainda não se tem um consenso sobre a sua adequação nos contextos nacional e internacional.

Tabela 2 - Análise dos estudos que utilizaram, como referencial, o modelo de envelhecimento ativo, proposto pela Organização Mundial de Saúde, nos anos de 2005 a 2019

Referência	Local	Idade	Amostra	Objetivo do estudo	Mensuração do envelhecimento ativo	Tipo de Análise	Principais resultados/conclusões
PAÚL, C.; TEIXEIRA, L.; RIBEIRO, O. Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. Current Gerontology and Geriatrics Research , v.2012, Article ID 382972, p.10, 2012.	Portugal	≥ 55	1322	Validar e testar empiricamente o modelo de envelhecimento ativo proposto pela OMS (2002).	O instrumento para coleta dos dados elaborado com base em uma revisão da literatura e selecionaram-se aqueles mais utilizados na área da gerontologia para avaliação dos determinantes.	Análise fatorial exploratória e confirmatória.	Proposto modelo de envelhecimento ativo composto por seis fatores: saúde, componente psicológico, desempenho cognitivo, relações sociais, componente biocomportamental e personalidade, que explicou 54,6% da variância total.
ARIAS, R.G.; SANTOS, S.M.A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. Texto Contexto Enferm , Florianópolis, v.12, n. 1, p. 167-76, 2012.	Brasil	≥ 80	87	Averiguar o envelhecimento ativo, segundo seus determinantes, entre idosos mais idosos de um município do interior de Santa Catarina.	<i>Check-list</i> elaborado a partir dos determinantes de envelhecimento ativo proposto pela OMS (2002).	Análise descritiva	Sugerem-se estudos que busquem desenvolver e validar escalas que possibilitem a avaliação dos determinantes do envelhecimento ativo e sua repercussão na qualidade de vida.
VICENTE, F.R.; SANTOS, S.M.A. Avaliação	Brasil	60 a 70	264	Avaliar os determinantes do envelhecimento ativo	Instrumento, com validação de conteúdo, elaborado com base nos	Análise descritiva.	Concluiu-se que, embora nem todos os idosos tenham uma avaliação positiva em cada

<p>multidimensional dos determinantes do Envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. Texto contexto - enferm., v. 22, n. 2, p. 370-378, 2013.</p>	<p>em idosos com 60 a 70 anos residentes em Rodeio (SC).</p>	<p>determinantes do envelhecimento ativo (FARIA, 2012).</p>	<p>determinante do envelhecimento ativo, de maneira geral, apresentaram-se independentes e satisfeitos com sua QV.</p>		
<p>CAMPOS, A.C V.; FERREIRA, E.F.; VARGAS, A.M.D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 7, p. 2221-2237, 2015.</p>	<p>Brasil ≥60 2052</p>	<p>Construir um indicador de envelhecimento ativo e testar sua associação com qualidade de vida e possíveis determinantes segundo gênero.</p>	<p>Instrumentos validados no Brasil; indicadores utilizados como <i>proxy</i> de envelhecimento ativo: capacidade funcional, capacidade cognitiva, percepção de saúde, sintomas depressivos e funcionalidade familiar.</p>	<p>Análise de segmentação e discriminante canônica para compilar os testes de rastreio usados em pesquisas com idosos em medida única para envelhecimento ativo.</p>	<p>Sugeriu novas pesquisas com outras variáveis, como por exemplo, a mobilidade e questões relacionadas aos aspectos culturais e pessoais, para verificar melhor o nível de envelhecimento ativo entre idosos da comunidade.</p>
<p>MAIA, C.M.L. Identificação dos principais fatores determinantes do</p>	<p>Portugal ≥65 306</p>	<p>Analisar funcionalidade dos idosos, a sua relação com os determinantes</p>	<p>Instrumentos selecionados por meio de uma revisão da literatura considerando o conceito de</p>	<p>Análise descritiva; <i>qui-quadrado</i>; teste de <i>Mann-</i></p>	<p>O modelo foi constituído por seis fatores: componente psicológico, saúde subjetiva, relações familiares, funcionalidade,</p>

envelhecimento ativo na população idosa do Distrito de Castelo Branco, Portugal. INFAD Revista de Psicología , v.2, n. 2, p. 159-174, 2017.				do envelhecimento ativo; Construir um modelo de envelhecimento ativo para uma amostra de idosos residentes na comunidade.	envelhecimento ativo da OMS, 2002.	<i>Whitney</i> e teste de <i>Kruskal-Wallis</i> correlação linear de <i>Pearson</i> e análise fatorial exploratória.	satisfação com os serviços e relações com amigos, explicando 65,9% da variância total.
BÉLANGER E.; AHMED, T.; FILIATRAULT, J et al. An Empirical Comparison of Different Models of Active. Gerontologist , v. 57, n. 2, p. 197-205, 2017.	Canadá	65 a 74	799	Verificar a adequação dos modelos existentes de envelhecimento ativo aos dados epidemiológicos do Canadá.	Instrumentos selecionados considerando os três pilares do envelhecimento ativo proposto pela OMS, 2002.	Análise fatorial confirmatória.	Os modelos não se adequaram a amostra de idosos canadenses. Como limitação do estudo a avaliação da participação social, pois alguns fatores tais como o trabalho voluntariado, participação em atividades religiosas não foram avaliados.
PAÚL, C.; TEIXEIRA, L.; RIBEIRO, O. Active Aging in Very Old Age and the Relevance of Psychological Aspects. Frontiers in Medicine , v. 4, n. 181, p. 1-7, 2017.	Portugal	≥ 55	1322	Verificar quais variáveis do modelo mais contribuem para o envelhecimento ativo, entre os grupos (<75 anos e ≥ 75 anos).	O instrumento para coleta dos dados elaborado com base em uma revisão da literatura e selecionaram-se aqueles mais utilizados na área da gerontologia para avaliação dos determinantes.	Análise fatorial exploratória e Modelagem de equações estruturais.	A comparação entre grupos etários revelou grande relevância do componente psicológico entre aqueles com maior idade. Destacou-se a necessidade de pesquisas sobre características psicológicas do envelhecimento ativo em idades mais avançadas.

SOUSA, N.F.S. et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública , v. 34, n. 11, e00173317, 2018.	Brasil	≥60	986	Analisar as prevalências e as diferenças de gênero e idade em indicadores de envelhecimento ativo entre idosos participantes do Inquérito de Saúde do Município de Campinas.	Dimensões: social – visitas ao círculo familiar, atividades socioculturais, participação em grupos, frequência à local de culto; atividade física; intelectual – uso da Internet; cursos de alfabetização e educação; e trabalho – trabalho remunerado e aposentado que trabalha.	Estimaram-se as prevalências de participação nas dimensões; e regressão de Poisson.	Os resultados revelaram participação dos idosos em alguns dos indicadores do envelhecimento ativo e os desafios no que concerne às atividades pouco realizadas e às diferenças de participação entre os sexos.
CAVALCANTI, A.D et al. O envelhecimento ativo e sua interface com os determinantes sociais da saúde. Geriatr. Gerontol. Aging , v.12, n.1, p. 15-23, 2018.	Brasil	≥60	155	Analisar a relação entre o envelhecimento ativo e os determinantes sociais da saúde em idosos residentes em uma área coberta por serviço de Atenção Primária à Saúde	A variável, envelhecimento ativo, foi construída por meio da Análise de Classes Latentes com base na mensuração da capacidade funcional e da QV.	Regressão multinomial, método <i>forward</i> .	A idade avançada, não ter convívio familiar e ter menos de quatro anos de estudo estiveram associados a uma maior chance dos idosos, atendidos pela Estratégia de Saúde da Família, apresentarem baixos níveis de envelhecimento ativo.

Fonte: PAÚL; TEIXEIRA; RIBEIRO, 2012; FARIAS; SANTOS, 2012; VICENTE; SANTOS, 2013; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; MAIA, 2017; BÉLANGER et al., 2017; PAÚL; TEIXEIRA; RIBEIRO, 2017; SOUSA et al., 2018a; CAVALCANTI et al., 2018.

2.3 ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA

As alterações morfofuncionais e psicossociais, geralmente negativas, que ocorrem com o processo de envelhecimento, dificultam a adaptação do indivíduo ao meio ambiente, gerando preocupações à saúde pública, devido ao aumento da prevalência de DCNT e incapacidades funcionais nessa população (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2015), o que tem exigido maior investimento em pesquisas sobre os fatores relacionados à saúde e à QV dos idosos (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2015; PAIVA et al., 2016).

Ainda que não haja um consenso a respeito do conceito de QV foram propostos três aspectos fundamentais, dentre eles a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade. A subjetividade se dá uma vez que a percepção de sua posição na vida é individual e depende da forma com que o sujeito se vê, se entende e se percebe. A multidimensionalidade refere-se ao fato que no mínimo as dimensões física, psicológica e social são essenciais para a mensuração da QV; e a bipolaridade, que a partir das dimensões positivas e negativas é o que enfatiza a percepção do indivíduo em sua QV (THE WHOQOL GROUP, 1995). A literatura acrescenta a temporalidade, complexidade e mutabilidade, pois a QV varia com o tempo, pessoa, lugar, contexto social, estado de espírito e humor (PASCHOAL, 2004).

O desenvolvimento desses elementos conduziu à definição de QV como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995 p. 1405).

A investigação da QV dos idosos é de grande importância para compreender os limites do envelhecimento, além de sua associação com o bem-estar e com a própria doença, podendo possibilitar assim uma intervenção favorável em relação ao declínio das funções do idoso (OLIVEIRA; ROCHA JUNIOR, 2014). No interior da Bahia, pesquisa desenvolvida entre idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) observou que os piores escores foram nos domínios psicológico (51,30 pontos) e ambiente (59,98 pontos); e a autonomia (44,96 pontos) e atividades passadas, presentes e futuras (48,80 pontos), as facetas mais comprometidas (SOUZA et al., 2016).

Estudo realizado entre idosas da comunidade do município de Jequié (BA) verificou associação entre a baixa QV e a maior idade ($p=0,03$), limitações nas atividades instrumentais de vida diária ($p=0,03$), sintomatologia depressiva ($p=0,02$), autopercepção de saúde negativa ($p=0,001$) e a prática de atividade física inferior a 150 min/semanais ($p=0,03$) (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2015). No inquérito entre idosos comunitários na Índia, o menor escore de global de QV se associou à idade avançada ($p=0,014$), ausência de escolaridade

($p=0,004$), de cônjuge ($p<0,001$) e da família nuclear ($p=0,039$), distúrbio osteomuscular ($p<0,001$), baixa visão ($p=0,049$) e deficiência auditiva ($p=0,001$) (KUMAR; MAJUMDAR; PAVITHRA, 2014).

Atualmente, a associação entre QV e envelhecimento ativo é considerada por muitos autores como um conceito fundamental, no âmbito da atenção e no campo de intervenção junto aos idosos, sendo um indicador essencial na avaliação da sua condição de vida (SILVA, 2015).

Idosos participantes de um estudo desenvolvido no Ceará (CE) consideraram como determinantes para um envelhecimento com QV a boa condição financeira, alimentação saudável e o menor número de morbidades (BRAGA et al., 2015). Inquérito realizado na Grã-Bretanha, com o intuito de investigar as definições e prioridades para uma boa QV verificou que para os idosos da comunidade as boas relações com a família e amigos, o desempenho de papéis sociais, a boa saúde e funcionalidade, a satisfação com o local de moradia e com a vizinhança, a visão positiva da vida e independência, são fatores que contribuem para um envelhecimento ativo com QV (BOWLING et al., 2003).

A percepção do idoso acerca do envelhecer ativo revela-se como um elemento essencial, relacionada ao fato de como está inserido no contexto social para o entendimento desse processo como algo natural, pautado em uma vida ativa e dinâmica (MARINHO et al., 2016). A capacidade do indivíduo se manter ativo no decorrer do processo de envelhecimento também é considerada um determinante de QV, seja na manutenção da autonomia e independência, que contribuem para a realização das atividades de vida diária ou na realização de atividades sociais, como a participação em grupos e o desenvolvimento de trabalho voluntário (WANG; TSAY, 2012).

Alguns autores consideram que o aspecto funcional é o principal determinante da QV, já que o estado de saúde influencia o desempenho adequado de funções consideradas importantes pelos indivíduos (SILVA et al., 2016; CAMELO; GAITTI; BARRETO, 2016). A QV dos idosos pode ser muito boa ou, pelo menos, preservada desde que os indivíduos permaneçam ativos, com autonomia e independência, boa saúde física e relações sociais (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; ILC-BRASIL, 2015).

Um dos objetivos do envelhecimento ativo é a manutenção e/ou melhoria da QV dos indivíduos à medida que envelhecem, dentro das suas possibilidades e limitações (ILC-BRASIL, 2015). Estudo desenvolvido entre idosos da comunidade de Sete Lagoas (MG) concluiu que QV e a participação em grupos foram os principais determinantes de envelhecimento ativo (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015). Inquérito realizado entre

idosos do município de Montes Claros (MG) concluiu que a QV de quem pratica atividade física é positiva, juntamente com a percepção do envelhecimento mais saudável, porém a idade avançada pode interferir na QV dos idosos quanto à questão da mobilidade e perda da força muscular (SILVA et al., 2016).

Assim, o envelhecimento ativo e a QV são considerados conceitos complementares, pois se acredita que a QV influencia a forma como os indivíduos vivenciam o processo de envelhecimento. Já o envelhecimento ativo proporciona atitudes e ações, no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades que o envelhecer inevitavelmente acarreta, promovendo assim, um envelhecimento com QV (SILVA, 2015).

2.4 ENFERMAGEM E O ENVELHECIMENTO ATIVO

Diante do contexto demográfico e epidemiológico atual, é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento e habilidades para trabalhar as peculiaridades do processo de envelhecimento humano (BIDEL et al., 2016).

O cuidado em enfermagem deve envolver a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a sua recuperação, tendo como objetivo central o envelhecimento ativo (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2014; CRICHI et al., 2016). O envelhecimento ativo depende do equilíbrio entre o declínio natural das capacidades individuais, mentais e físicas e o alcance dos objetivos que se almejam por meio de estratégias propostas pelos profissionais de saúde em parceria com a pessoa idosa, a família e a comunidade (ILHA et al., 2016). Desse modo, dada à complexidade e magnitude da saúde da população idosa torna-se essencial que os profissionais dessa área atentem-se aos fatores determinantes do envelhecimento e suas consequências (CRICHI et al., 2016).

Para isso, acredita-se que seja necessário, por parte desses profissionais, oferecer oportunidades para que as pessoas idosas possam escolher por estilos de vida saudáveis, dentro de suas próprias expectativas (ILHA et al., 2016); estimular a participação em atividades que mantenham a capacidade cognitiva e contribuam para inclusão social e melhor QV; e conhecer a realidade das famílias, por meio da identificação dos problemas de saúde e situações de risco (SANTANA et al., 2014). Por conseguinte, esforços coletivos que contribuam na minimização das situações de vulnerabilidade da população idosa tornam-se indispensáveis, pois favorecem o alcance do envelhecimento ativo, que por ir além da objetividade da saúde física, necessita ser considerado em suas múltiplas dimensões, levando em conta os aspectos objetivos e subjetivos, como por exemplo, a percepção das pessoas

sobre as suas possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas (ILC-BRASIL, 2015; ILHA et al., 2016).

Nesta perspectiva, destacam-se algumas atribuições do enfermeiro, junto aos idosos que podem ser privativas ou em parceria com a equipe de enfermagem ou multiprofissional (CRICHI et al., 2016; ILHA et al., 2016; CABRAL et al., 2015; SATANA et al., 2014).

A consulta de enfermagem, que tem seu aporte legal amparado na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498/86, que a legitima como sendo uma atividade privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986), favorece a identificação precoce de problemas de saúde comuns à determinada população, além de possibilitar a prestação de um cuidado com qualidade pautado em referenciais teóricos e metodológicos (SILVA; VICENTE; AZEVEDO, 2014). No que se refere às ações destinadas à promoção do envelhecimento ativo, essa prática deve propiciar a interação idoso e enfermeiro; permitir a coleta de dados quanto ao processo saúde/doença e envelhecimento; e servir como subsídio para a realização do cuidado de enfermagem pautado em conhecimentos específicos sobre a saúde da população idosa (SILVA; VICENTE; AZEVEDO, 2014).

A educação em saúde, outra estratégia que pode ser utilizada, deve orientar a construção do conhecimento e o desenvolvimento de práticas relativas ao cuidado à saúde abrangendo toda a população e não apenas as pessoas sob risco de adoecer (OLIVEIRA et al., 2013; MOTTA et al., 2014; CABRAL et al., 2015; CARVALHO et al., 2018). A atuação do enfermeiro configura-se na articulação de saberes, técnicos e populares, que proporcionam reflexões e hábitos de vida saudáveis em benefício do envelhecimento ativo (CARVALHO et al., 2018). Assim, peça fundamental para o desenvolvimento dessa estratégia, o enfermeiro, enquanto educador e membro da equipe multiprofissional de saúde necessita reconhecer integralmente os idosos sob seus cuidados, permitindo a elaboração de ações que melhorem o processo de saúde. Este deve reorientar suas práticas com propósito de acolher, gerar vínculo e assistir de forma satisfatória, respeitando a história, singularidade e especificidade de cada ser humano (CABRAL et al., 2015).

Nesta perspectiva, os profissionais da saúde vêm sendo desafiados para uma mudança de paradigma na ênfase do tratamento de doenças para a promoção do envelhecimento ativo. Assim, a educação continuada torna-se necessária para realizar essa mudança de comportamento, pois desempenha um papel fundamental na melhoria das competências dos profissionais, a fim de fornecer cuidados às pessoas idosas de forma integrada, eficaz e coordenada (OESEBURG et al., 2013).

Estudo desenvolvido para retratar oficinas executadas por alunos de enfermagem verificou que a estratégia da educação continuada é um processo dinâmico (CABRAL et al., 2015). Os profissionais de saúde foram capazes de estimular o diálogo, a indagação e a reflexão. Além disso, puderam rever e, também reorientar suas práticas. As oficinas permitiram o reconhecimento de que a saúde na velhice não está relacionada somente ao bem estar físico, mas ao contexto de inserção do idoso, em relação ao lazer e a socialização, ou seja, um processo que percorre etapas que envolvem a família, a sociedade e o próprio idoso (CABRAL et al., 2015).

No Brasil, mesmo com investimentos e políticas relacionadas à saúde pública, que tem como prioridade a promoção da saúde, a prática de cuidados encontra-se, ainda, bastante centrado no modelo biomédico, na dimensão curativista e assistencialista (ILHA et al., 2016). Uma realidade que pouco tem favorecido a percepção dos profissionais e da população acerca dessas questões, posto que seja frequente com o avançar da idade o surgimento de DCNT que, no entanto, não necessariamente impedem que o idoso viva de maneira saudável dentro de suas próprias expectativas (ILHA et al., 2016).

Pesquisa realizada com enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município da região norte do Estado do Rio Grande do Sul verificou que o envelhecimento ativo é entendido pelos participantes como ausência de doenças, independência para atividades da vida diária e o hábito da atividade física (CABRAL et al., 2015). Essa visão, em certo sentido reducionista, contribui para que as ações oferecidas à pessoa idosa, e, executadas pela equipe de saúde, se resumem à consulta médica, dispensação de medicação e campanhas de imunizações (PEDRO, 2013). Ademais, a forma como foi evidenciado o envelhecimento, sugere a necessidade de se ampliarem as discussões sobre sua conceituação e a configuração proposta pela OMS, considerando-se os fatores determinantes, como exemplo, os ambientes físico e social, e os aspectos econômicos (WHO, 2015).

Os efeitos ambientais e cumulativos no processo de envelhecimento interferem na funcionalidade e, conseqüentemente, no envelhecimento ativo (STEIN et al., 2008; ILHA et al., 2016). Assim, o ambiente físico e social em que as pessoas estão inseridas exerce influência no comportamento humano e na saúde (HUNTER et al., 2013). Desse modo, evidencia-se a necessidade de estimular os idosos a conviverem em espaços em que a atividade física, o engajamento social e o incentivo a uma alimentação saudável estejam presentes contribuindo para a longevidade e QV.

Na formação de grupos, o enfermeiro junto com a equipe multiprofissional, pode desenvolver tanto para familiares quanto para os idosos, ações reflexivas e motivadoras, que

façam com que percebam o envelhecimento como processo fisiológico e não patológico e ampliem seus conhecimentos sobre as questões políticas, no que diz respeito à saúde do idoso (RINALDI et al., 2013). Assim, o espaço do grupo de convivência oferece novas aprendizagens, promove habilidades e propulsionam os idosos e a comunidade para mudanças de comportamento, fortalecendo o papel social (CABRAL et al., 2015).

O acompanhamento do idoso no seu domicílio, também é uma atribuição dos profissionais de enfermagem (NAKATA; COSTA; BRUZAMOL, 2017; CARVALHO et al., 2018). A visita domiciliar é uma ação que exige técnica e periodicidade da equipe de saúde (SILVA; VICENTE; AZEVEDO, 2014), que tem como finalidade prestar assistência ao idoso no domicílio, identificar fatores de risco, tanto individuais quanto familiares e verificar a rede de apoio social existente (SILVA; VICENTE; AZEVEDO, 2014; NAKATA; COSTA; BRUZAMOL, 2017). A assistência domiciliar possui potencial para a evolução da prática de saúde e, em especial, da enfermagem, já que, além de proporcionar cuidados diretos ao idoso, realiza um intenso trabalho de promoção em saúde, ação priorizada pela legislação do SUS (DIAS et al., 2014a).

Ressalta-se que os profissionais de enfermagem, ao propor ações de cuidado direcionadas ao idoso, precisam reconhecer a família como parceira na efetivação da assistência (DIAS et al., 2014a). Por isso, é necessário um plano de cuidados que contemple tanto o idoso em sua individualidade, quanto a sua família, para que ela compreenda o processo de envelhecimento e as necessidades que surgem a partir dele (DIAS et al., 2014a). A ausência do suporte social está associada não apenas ao aumento da mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também à diminuição do bem-estar em geral devido ao possível isolamento social e à depressão, com declínio da saúde física e mental (ILC-BRASIL, 2015). Desta forma, torna-se relevante que os profissionais de enfermagem ao atuarem com as pessoas idosas e famílias organizem atividades prazerosas, dentro das condições de saúde e preferências identificadas no núcleo familiar.

O cuidado à saúde do idoso deve ser aderente às demandas, compreendendo o processo de envelhecimento e suas características com vistas à obtenção de rede de apoio eficaz (SARAIVA et al., 2017). Frente às particularidades dessa população, faz-se necessária a articulação com as diversas áreas da atenção à saúde em prol de um conhecimento multidisciplinar para o desenvolvimento do cuidado, de forma ampliada e condizente com as necessidades individuais e/ou coletivas (BIDEL et al., 2016; ILHA et al., 2016).

Neste contexto, é essencial que estes profissionais tenham conhecimento mais específico sobre o processo do envelhecimento, com o objetivo de atender os idosos em suas

necessidades, principalmente no cuidado (BIDEL et al., 2016). Pois, a falta de qualificação pode trazer impactos nas diversas formas de se prestar assistência aos idosos, o que implica na necessidade de rever as ações de enfermagem para o atendimento dessa população. Portanto, essa concepção está em congruência com a OMS, que recomenda o alinhamento dos sistemas de saúde às necessidades da população idosa (WHO, 2015).

Frente à atenção à saúde da pessoa idosa e às especificidades do processo de envelhecimento, faz-se necessária a realização da consulta de enfermagem ao idoso nos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento das atividades mencionadas, anteriormente, visando à promoção do envelhecimento ativo. Acredita-se que seja essencial para a enfermagem, diante do rápido envelhecimento da população, pautar seu processo de cuidado nas necessidades específicas dos indivíduos e nas mudanças ocorridas no processo de envelhecimento. O enfermeiro tem um papel significativo para contribuir com o envelhecimento ativo, minimizando as dificuldades e maximizando as potencialidades daqueles que estão sob seus cuidados (PILGER et al., 2013). Assim, espera-se que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, sintam-se estimulados quanto à promoção da saúde, contribuindo para um envelhecimento ativo.

Justificativa

3 JUSTIFICATIVA

Apesar das Políticas Nacionais direcionadas ao idoso e do Marco político do envelhecimento ativo assumido pela OMS, ainda não há consenso, na comunidade científica, sobre a melhor forma de mensurá-lo. Além disso, salienta-se que não foram identificados, na literatura científica, estudos que testaram a aplicabilidade do modelo de envelhecimento ativo, proposto pela OMS na população brasileira, de forma geral e segundo sexo. Tal observação nos faz presumir a necessidade de aprofundamento, atualização e capacitação a cerca do conceito e da Política do Envelhecimento Ativo, assim como, do desenvolvimento de estudos relacionados a essa temática.

Nesta perspectiva, esta pesquisa contribuirá para avançar no conhecimento referente à metodologia para a avaliação do envelhecimento ativo, e, permitirá a melhor compreensão dos fatores que o determinam em idosos da comunidade e segundo o sexo. Acredita-se que os resultados poderão subsidiar a proposição de ações tanto da equipe multiprofissional, como as específicas da enfermagem para a avaliação e a abordagem do idoso na APS. Assim, além de contribuir com respostas às demandas sociais, à intervenção em saúde, os achados poderão ampliar as discussões sobre a temática e contribuir com a formação dos profissionais de saúde.

Portanto, considerando o aumento da população idosa; que na Microrregião de Saúde de Uberaba não tem uma rede devidamente estruturada de atenção à saúde para esta população e a lacuna na literatura científica sobre o envelhecimento ativo, este estudo poderá contribuir com políticas pública, relacionadas à organização da atenção à saúde do idoso, nessa Microrregião de Saúde. Pondera-se ainda que, tal pesquisa será relevante para o desenvolvimento científico e social do Estado, pois o conhecimento dos dados sobre uma determinada região possibilita o debate de questões relacionadas às políticas públicas, cidadania e direitos sociais.

Objetivos

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o envelhecimento ativo entre os idosos residentes na Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Descrever os determinantes do envelhecimento ativo dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG) e segundo sexo;
- II. Propor um modelo estrutural de envelhecimento ativo, entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG), com base no referencial teórico da OMS;
- III. Verificar se o modelo de envelhecimento ativo é equivalente entre idosos do sexo masculino e feminino da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG);
- IV. Mensurar a qualidade de vida dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG);
- V. Identificar o efeito do envelhecimento ativo sobre a QV dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Procedimientos Metodológicos

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo com abordagem quantitativa, tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional. Esta investigação integra um projeto maior intitulado “*Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)*” conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na área urbana da Microrregião de Saúde de Uberaba, que compõe a Macrorregional do Triângulo Sul, no Estado de Minas Gerais. O Triângulo Mineiro é dividido em duas Macrorregiões de Saúde: Triângulo Norte e Triângulo Sul, Figura 10. A Macrorregional de Saúde Triângulo Norte congrega três Microrregiões (Ituiutaba, Uberlândia e Patrocínio) com 27 municípios, Figura 11. As Microrregiões Frutal, Araxá e Uberaba compõem a Macrorregional de Saúde Triângulo Sul, que também contempla 27 municípios, Figura 12. Constituída por oito municípios, a Microrregião de Saúde de Uberaba possui 57% da população idosa da Macrorregional do Triângulo Sul, Figura 13. Cabe destacar que Uberaba é referência na atenção à saúde para essa microrregião.

Figura 5 - Mapa das Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais



Fonte: Minas Gerais, 2011.

Figura 6 - Macrorregião Triângulo Norte



Fonte: Minas Gerais, 2011.

Figura 7 - Macrorregião Triângulo Sul



Fonte: Minas Gerais, 2011.

Figura 8 - Microrregião de Uberaba



Fonte: Minas Gerais, 2011.

5.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta pelos idosos residentes na zona urbana das oito cidades da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG): Água Comprida; Campo Florido; Conceição das Alagoas; Conquista; Delta; Sacramento; Uberaba; Veríssimo, Figura 13.

5.3.1 Critérios de inclusão

Ter idade igual ou superior a 60 anos e morar na zona urbana da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

5.3.2 Critérios de exclusão

Excluíram-se os idosos institucionalizados; com problemas de comunicação como surdez, não corrigida por aparelhos e transtornos graves da fala; com declínio cognitivo avaliado pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM) (BERTOLUCCI et al., 1994) sem informante para responder ao Questionário de Atividades Funcionais (PFEFFER) (BRASIL, 2007 p. 146) e com escore final maior ou igual a seis pontos no Questionário de PFEFFER. A aplicação do Questionário de PFEFFER possibilita a verificação da presença e severidade do declínio cognitivo, pois a combinação desse instrumento com o MEEM indica uma maior especificidade para a medida do declínio cognitivo mais grave (BRASIL, 2007).

5.3.3 Definição da amostra

Foi utilizada amostragem por conglomerado em múltiplo estágio.

5.3.3.1 Procedimentos para amostragem por conglomerado em múltiplos estágios

Para o cálculo do tamanho amostral utilizou-se uma prevalência de incapacidade funcional nas atividades instrumentais da vida diária de 28,8% (DUARTE et al., 2012) com precisão de 3,0% e intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 43.166, número total de idosos urbanos na Microrregião de Saúde de Uberaba (MG), chegando-se a uma amostra de 858 idosos. Considerando uma perda de amostragem de 20%, o número máximo de tentativas foi de 980 idosos.

Para a seleção dos idosos, foi considerado, no primeiro estágio, o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários de cada município, por meio de amostragem sistemática, organizando uma listagem única dos setores e identificando o bairro a que pertencem. O Intervalo Amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula: $IA = Ncs/ncs$.

Onde:

Ncs é o número total de setores censitários;

ncs o número setores censitários sorteados.

O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente e os demais, conforme IA; a listagem dos setores foi organizada por ordem numérica crescente, para fins do sorteio.

No segundo estágio, o número de idosos a ser entrevistado segundo cálculo amostral foi dividido pela quantidade de setores censitários de cada município, de tal forma que se obteve um valor aproximadamente semelhante dentro de cada setor censitário.

Por último, dentro de cada setor censitário, o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente e os demais de domicílio em domicílio, em sentido padronizado, até saturar a amostra daquele setor. A quantidade de idosos em cada um dos oito municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais está especificada na Tabela 3.

A Tabela 3 apresenta a quantidade de idosos entrevistados em cada município da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais.

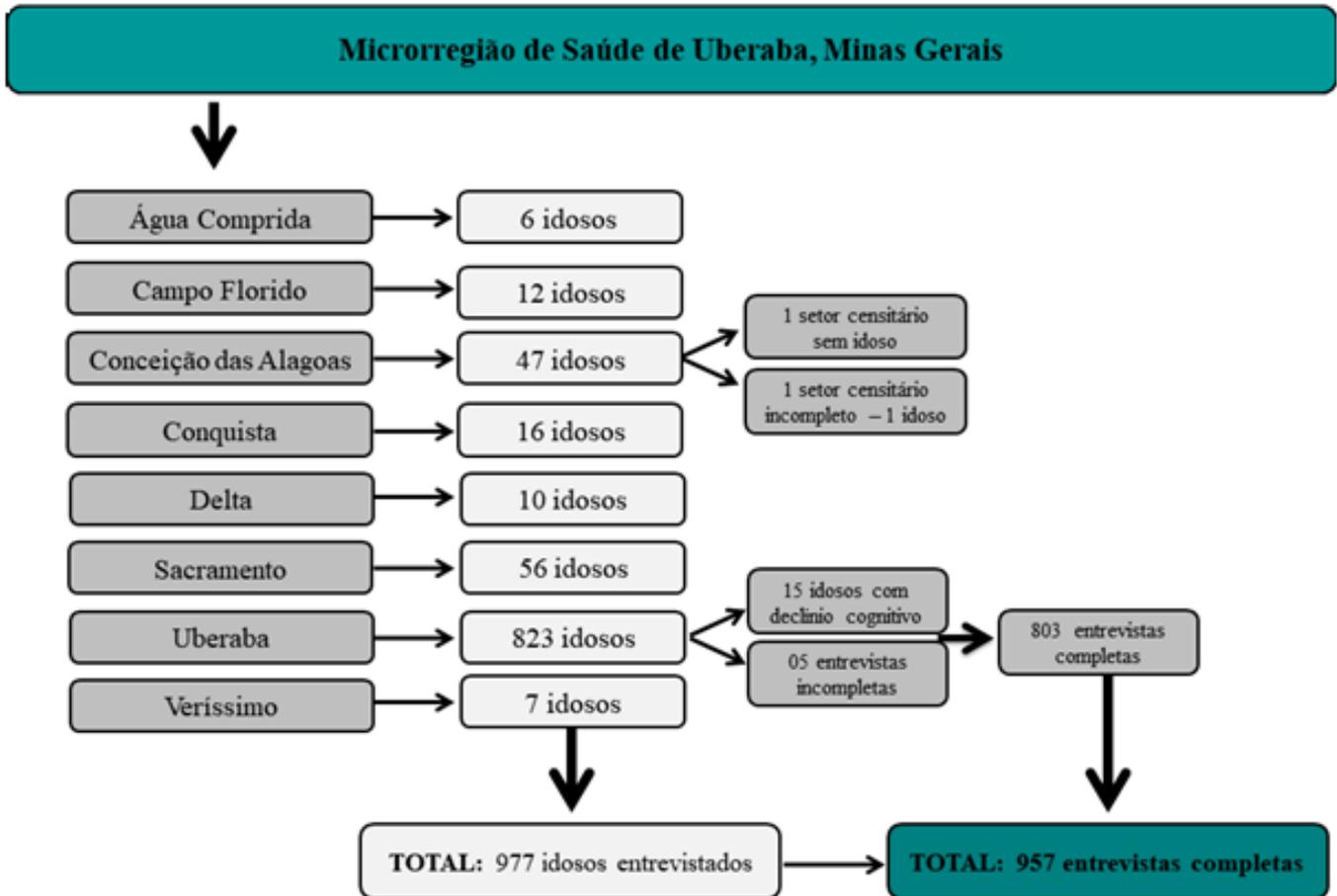
Tabela 3 - Número de setores censitários a serem sorteados; de idosos da amostra e a serem entrevistados por setor nos municípios da Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais

LOCALIDADE	Quantidade de setores censitários urbanos	Quantidade de setores censitários a serem selecionados	População de idosos urbanos	Quantidade de idosos da amostra	Quantidade de idosos a serem selecionados por setor censitário
31072 - Microrregião de Saúde de Uberaba, Minas Gerais					
Água Comprida	4	2	228	6	3
Campo Florido	8	4	506	12	3
Conceição das Alagoas	50	25	1.799	50	2
Conquista	8	4	757	16	4
Delta	9	5	433	10	2
Sacramento	28	14	2.417	56	4
Uberaba	404	202	36.703	808	4
Veríssimo	2	1	323	7	7
TOTAL	511	256	43.166	965	

Fonte: IBGE, 2010.

Ao todo foram entrevistados 977 idosos dos quais, cinco não realizaram a entrevista completa e 15 apresentaram declínio cognitivo, ou seja, score final maior ou igual a seis pontos no Questionário de PFEFFER. Assim, a amostra do presente estudo foi composta por 957 idosos. No município de Conceição das Alagoas participaram do presente estudo 47 idosos, pois em um setor censitário não havia idoso e um estava incompleto, Figura 14.

Figura 9 – Composição da amostra.



Fonte: a autora, 2020.

5.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

As ruas de cada setor censitário foram enumeradas e digitadas no *software* “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS[®]), versão 22.0. Após, foi sorteada aleatoriamente a rua na qual se deveria iniciar a busca do idoso (ponto inicial). A coleta de dados iniciou na primeira residência do ponto inicial de cada setor censitário, conforme mapas obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de Uberaba, seguindo-se em sentido horário até o final do setor. Foram visitados todos os domicílios sequencialmente, conforme Figura 15, até obter o número de idosos por setor censitário (Tabela 3), que atenderam aos critérios de inclusão.

Tabela 4 – Instrumentos utilizados para mensurar os determinantes do modelo de envelhecimento ativo, OMS (2002)

Determinantes	Fatores determinantes (OMS, 2002)	Fatores determinantes mensurados	Instrumentos
Comportamentais	Alimentação saudável	Perfil antropométrico	Índice de Massa Corporal; Circunferência Abdominal; Circunferência Panturrilha e Circunferência Braquial.
	Hábitos de vida saudáveis	Atividade física	Questionário Internacional de Atividade Física adaptado (BENEDETTI et al., 2004).
		Consumo de bebida alcoólica	“O (a) Senhor (a) costuma consumir bebidas alcoólicas?” “Se sim, com qual frequência?”.
		Tabagismo	“O (a) Senhor (a) fuma? Se sim, há quanto tempo?” “Se fumava, parou há quanto tempo?”.
		Qualidade do sono	“O (a) Senhor (a) tem algum problema para dormir?” “Se sim, qual (is)?”; “Faz uso de algum medicamento para dormir?” “Se sim, qual?”.
	Autocuidado e Educação para a Saúde	Consulta de rotina	“O (a) Senhor (a) realizou consulta de rotina, nesse último ano?” “Se sim, com qual (is) profissional (is)?”.
		Exames preventivos	“O (a) Senhor (a) realizou exame preventivo, nesse último ano?” “Se sim, qual (is)?”.
		Atitude frente à tomada de remédios	Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédios (STRELEC et al., 2003).
		Situação vacinal	Avaliação do cartão vacinal do idoso (BRASIL, 2007).
		Saúde bucal	“Quando foi ao dentista pela última vez?”.
Pessoais	Fator psicológico	Resiliência	Escala de Resiliência de <i>Connor-Davidson</i> para o Brasil-25 (SOLANO et al., 2016).
		Indicativo de sintomas depressivos	Escala de depressão geriátrica abreviada (GDS-15) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).
	Fator genético	Antecedentes familiares p/ DCNT	Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (RAMOS et al., 1993).
	Condição de saúde	Funcionamento dos sentidos	Como o (a) senhor (a) avaliaria o funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato?
		Morbidades	Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (RAMOS et al., 1993).
Capacidade cognitiva	Capacidade cognitiva	Miniexame do Estado Mental (BERTOLUCCI et al., 1994)	
Ambiente Físico	Espaços públicos Transporte Meio ambiente	Segurança física e proteção; ambiente físico; meio de transporte e ambiente no lar.	O (a) Senhor (a) sente-se seguro (a) em sua vida diária? O seu ambiente físico (clima, barulho, poluição) é saudável? Está satisfeito (a) com o seu meio de transporte? Está satisfeito (a) com as condições do local onde mora?

Sociais	Apoio social	Rede social	Escala de rede e de apoio social (GRIEP et al., 2005).
		Apoio social	Escala de rede e de apoio social (GRIEP et al., 2005).
		Satisfação com as relações pessoais	O quanto o (a) Senhor (a) está satisfeito com suas relações pessoais?
	Isolamento social e voluntariado	Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD)	13 perguntas de natureza social (RIBEIRO; NERI, 2012)
		Atividades na comunidade	O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade?
		Atividades de lazer	Em que medida o (a) Senhor (a) tem oportunidades de atividades de lazer?
Educação	Anos de estudo	O (a) senhor (a) tem quantos anos completos de estudo?	
Econômicos	Condição socioeconômica	Renda individual mensal	Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM. Qual a sua renda individual mensal?
		Avaliação da condição econômica	Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM. Como o (a) Senhor (a) avalia a sua condição econômica?
		Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas	O (a) Senhor (a) tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	Seguridade social	Aposentadoria e pensão	Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM.
	Emprego	Trabalho remunerado	Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM.
Serviços sociais e de saúde	Saúde e Doenças Serviços de Saúde Cuidados paliativos Cuidados primários Cuidado intensivo Cuidado em longo prazo	Acesso aos serviços de saúde	O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?
		Vínculo com o serviço de saúde	O (a) Senhor (a) costuma procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?
		Acesso aos medicamentos de uso contínuo	O (a) Senhor (a) tem acesso aos medicamentos de uso contínuo?
		Autoavaliação da evolução do estado de saúde	Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (RAMOS et al., 1993). Comparando sua saúde de hoje com a de um ano atrás, o (a) Senhor (a) diria que sua saúde está: pior, igual ou melhor?
		Avaliação do atual estado de saúde	Como o (a) Senhor (a) avalia a sua saúde?

Fonte: a autora, 2020.

5.5.1 Determinantes comportamentais

Os determinantes comportamentais incluem hábitos de vida como a alimentação saudável, prática de atividade física, abstinência do fumo e do álcool, qualidade do sono, uso adequado dos medicamentos e outras práticas de autocuidado, como o acompanhamento da saúde por meio das consultas de rotina, realização dos exames preventivos, vacinação e saúde bucal (OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015). No presente estudo, estes determinantes foram analisados da seguinte forma:

5.5.1.1 Perfil antropométrico

- Índice de massa corporal (IMC)

O IMC é um indicador do perfil antropométrico do idoso obtido por meio de duas medidas primárias: peso (kg) e estatura (m): (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 1992):

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{[\text{Estatura (m)}]^2}$$

Para mensuração do peso, foi utilizada uma balança eletrônica digital portátil, tipo plataforma, com capacidade para 150 kg e precisão de 100g, com o idoso descalço e usando roupas leves. A estatura (m) foi aferida por meio de uma fita métrica flexível e inelástica, com extensão de dois metros, dividida em centímetros e subdividida em milímetros fixados na parede em um local plano e regular, sem rodapé, com o idoso descalço, colocado em posição ortostática com os pés unidos, de costas para o marcador, com o olhar no horizonte.

O IMC foi classificado de acordo com os seguintes pontos de corte: baixo peso (IMC ≤ 22 kg/m²), eutrofia (IMC > 22 e < 27 kg/m²) e sobrepeso (IMC ≥ 27 kg/m²) (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 1992) (APÊNDICE A).

- Circunferência abdominal (CA)

A CA foi mensurada por meio da fita métrica, descrita anteriormente, durante a expiração normal, com o idoso de pé, em posição ereta, vestindo o mínimo possível de roupa. Foi aferida no maior perímetro abdominal, entre a última costela e a crista ilíaca, sem pressionar os tecidos moles. Para análise da medida da CA seguiram-se os critérios de risco de complicações metabólicas, sendo: homens - sem risco (< 94 cm), risco moderado (94 a 102 cm), alto risco (> 102 cm); mulheres - sem risco (< 80 cm), risco moderado (80 a 88 cm), alto risco (> 88 cm) (WHO, 2000) (APÊNDICE A).

- Circunferência da panturrilha (CP)

A medida da CP foi realizada na parte mais protuberante da perna esquerda, com a fita métrica descrita anteriormente. Considerou-se adequada quando a medida da CP foi ≥ 34 cm para homens e ≥ 33 para mulheres (PAGOTTO et al., 2018) (APÊNDICE A).

- Circunferência braquial (CB)

A CB foi averiguada no braço esquerdo. Para a localização do ponto médio entre as extremidades do processo acromial da escápula e o olecrano da ulna, o braço ficou flexionado formando um ângulo reto. Em seguida, com o braço relaxado e estendido ao longo do corpo, contornou-se com a fita métrica, descrita anteriormente, o ponto médio, sem pressionar os tecidos moles. Foram utilizados os parâmetros de *Burr and Phillips* (1984), para indivíduos a partir de 65 anos de idade, sendo consideradas circunferências adequadas, aquelas entre os percentis cinco e 95. Para os indivíduos com 60 a 65 anos, foram utilizados os parâmetros de *Frisancho* (1990), sendo consideradas adequadas circunferências entre percentis cinco e 85, especificados na Tabela 5 (APÊNDICE A).

A Tabela 5 apresenta os parâmetros para a CB, segundo sexo e faixa etária.

Tabela 5 - Parâmetros para circunferência braquial, segundo sexo e faixa etária

Sexo	Faixa etária	Circunferência Braço (cm)
Feminino	60 65	26,1 ≤ 35,7
	65 70	21,2 ≤ 31,7
	70 75	20,1 ≤ 30,9
	75 80	19,3 ≤ 30,5
	80 85	17,9 ≤ 29,1
	85 ou mais	16,4 ≤ 27,8
Masculino	60 65	26,6 ≤ 35,1
	65 70	20,6 ≤ 31,4
	70 75	20,9 ≤ 30,1
	75 80	19,7 ≤ 29,3
	80 85	19,3 ≤ 28,1
	85 ou mais	18,9 ≤ 27,1

Fonte: Burr; Phillips, 1984; Frisancho, 1990.

5.5.1.2 Hábitos de vida saudáveis

- Questionário Internacional de Atividade Física adaptado (IPAQ)

O nível de atividade física foi avaliado por meio do IPAQ adaptado para idosos (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004), que integra questões relacionadas às atividades

físicas realizadas em uma semana habitual, com intensidade vigorosa, moderada e leve; e com duração mínima de dez minutos contínuos, distribuídos em cinco domínios: trabalho, transporte, atividade doméstica, atividade de lazer/recreação e tempo sentado. A classificação empregada para este componente seguiu as recomendações do *American College of Sports Medicine e American Heart Association* que considera ativos aqueles que despedem de 150 minutos ou mais de atividade física semanal; e inativos de zero a 149 minutos de atividade física semanal (PATE et al., 1995) (ANEXO A).

- Consumo de bebida alcoólica

Quanto ao consumo de álcool, os dados foram obtidos por questões elaboradas pela pesquisadora, dentre elas: “*O (a) Senhor (a) costuma consumir bebidas alcoólicas (cachaça, cerveja, etc)?*” “*Se sim, com qual frequência?*” (APÊNDICE B).

- Tabagismo

O tabagismo foi verificado por meio das questões elaboradas pela pesquisadora: “*O (a) Senhor (a) fuma? Se sim, há quanto tempo?*” “*Se fumava, parou há quanto tempo?*” (APÊNDICE B).

- Qualidade do sono

Os dados relacionados à qualidade do sono foram obtidos por questões elaboradas pela pesquisadora, sendo: “*O (a) Senhor (a) tem algum problema para dormir?*” “*Se sim, qual (is)?*”; “*Faz uso de algum medicamento para dormir?*” “*Se sim, qual?*” (APÊNDICE B).

5.5.1.3 Autocuidado e educação para a saúde

O autocuidado foi verificado pelos itens relacionados às consultas de rotina, realização de exames preventivos, adesão ao tratamento medicamentoso, situação vacinal e saúde bucal (APÊNDICE C).

- Consulta de rotina e exames preventivos

Referente às consultas de rotina e aos exames preventivos, os dados foram obtidos por questões elaboradas pela pesquisadora, dentre elas: “*O (a) Senhor (a) realizou consulta de rotina, nesse último ano?*” “*Se sim, com qual (is) profissional (is)?*”; “*O (a) Senhor (a) realizou exame preventivo, nesse último ano?*” “*Se sim, qual (is)?*” (APÊNDICE C).

- Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédios (IAAFTR)

A atitude frente à tomada de remédios foi verificada por meio do IAAFTR (STRELEC; PIERIN; MION JUNIOR, 2003) composto por dez perguntas estruturadas, com respostas afirmativas e/ou negativas. Sendo as pontuações menores ou iguais a sete referentes à atitude negativa e as maiores do que sete, à atitude positiva (STRELEC; PIERIN; MION JUNIOR, 2003) (ANEXO B).

- Situação vacinal

Quanto à situação vacinal, os dados foram obtidos por meio da verificação do cartão de vacina do idoso, segundo as recomendações do Ministério da Saúde (2017), nas quais o idoso deve ser imunizado com as vacinas de hepatite B; dT; febre amarela, mediante avaliação do médico para aqueles que possuem risco de contrair a doença; e influenza anual (BRASIL, 2017b).

Foram considerados adequados os cartões com as vacinas, especificadas no Quadro 1. Destaca-se que foram selecionadas as vacinas rotineiras no calendário vacinal do idoso e disponibilizadas pelo SUS (BRASIL, 2017a) (APÊNDICE C).

O Quadro 1 apresenta as vacinas de rotina disponíveis pelo SUS do calendário vacinal dos idosos.

Quadro 1 - Vacinas de rotina e disponíveis pelo Sistema Único de Saúde do calendário vacinal dos idosos

	Vacina	Dose
60 ANOS OU MAIS	Hepatite B	Três doses (0-1-6 meses)
	Febre Amarela	Uma dose
	Influenza Sazonal	Dose anual
	Dupla tipo adulto (dT) Difteria e Tétano	Uma dose a cada dez anos (reforço) O cartão deve conter três doses dessa vacina.

Fonte: BRASIL, 2017a.

- Saúde bucal

A saúde bucal foi mensurada por meio da pergunta pertencente à seção *Acesso ao serviço de Saúde* do questionário da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: “Quando foi ao dentista pela última vez?” (IBGE, 2010) (APÊNDICE C).

5.5.2 Determinantes pessoais

Os determinantes pessoais incluem fatores psicológicos, como a resiliência e o indicativo de sintomas depressivos; fator genético (antecedentes pessoais); a condição de saúde, como o funcionamento dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato, tato) e o número de morbidades; e a capacidade cognitiva (OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015), que no presente estudo foram verificados da seguinte maneira:

5.5.2.1 Fator psicológico

- Escala de Resiliência de *Connor-Davidson* para o Brasil-25 (CD-RISC-25BRASIL)

A resiliência, capacidade de adaptação frente a situações estressoras, ou de se esforçar, apesar da resistência das circunstâncias experimentadas (LUTHAR; BROWN, 2007), foi mensurada por meio da CD-RISC-25BRASIL, é uma escala validada no Brasil (SOLANO et al., 2016), e deve ser respondida com referência ao mês anterior, se uma situação não surgiu neste tempo, a resposta é determinada pela forma como o indivíduo acha que teria reagido. A pontuação da escala baseia-se na soma do total dos 25 itens com respostas que variam de totalmente falso (zero) a quase sempre verdadeiro (quatro), somando um total de 100 pontos. Quanto mais alta a pontuação maior a resiliência (CONNOR; DAVIDSON, 2003; SOLANO et al., 2016) (ANEXO C).

- Escala de depressão geriátrica abreviada (GDS-15)

Utilizada para rastreamento de depressão proposta por *Yesavage* em 1986 e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999), sendo constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não). Para este estudo, foi considerado indicativo de sintomas depressivos o escore maior que cinco pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) (ANEXO D).

5.5.2.2 Fator genético

- Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ)

Os antecedentes familiares para DCNT foram obtidos por meio dos dados referentes aos 26 itens contemplados no BOMFAQ (RAMOS et al., 1993) (ANEXO E).

5.5.2.3 Condições de saúde

O funcionamento dos sentidos foi mensurado por meio da questão: *Como o (a) senhor (a) avaliaria o funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato?* (APÊNDICE D); e o

número de morbidade, por meio dos dados referentes aos 26 itens contemplados no BOMFAQ (RAMOS et al., 1993) (ANEXO E).

5.5.2.4 Capacidade cognitiva

- Miniexame do Estado Mental (MEEM)

A capacidade cognitiva dos idosos foi avaliada por meio MEEM, traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994), que fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos) e espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore varia de zero ponto, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até 30 pontos, que por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. Seguiram-se os pontos de corte: ≤ 13 para analfabetos, ≤ 18 para escolaridade média (de um a 11 anos) e ≤ 26 para alta escolaridade (superior a 11 anos) (BERTOLUCCI et al., 1994) (ANEXO F).

- Questionário de Atividades Funcionais (PFEFFER)

Se o idoso apresentou declínio cognitivo na avaliação pelo MEEM, foi solicitada a participação do acompanhante/informante, que sabia oferecer informações sobre o idoso, ao qual foi aplicado Questionário de PFEFFER (BRASIL, 2007) (ANEXO G). Ressalta-se que, se o idoso não tinha acompanhante/informante no momento da entrevista, esta foi encerrada.

O Questionário de PFEFFER possui 11 questões que avaliam a capacidade do idoso em realizar determinadas atividades. Com escore máximo de 33 pontos e verifica a presença e severidade do declínio cognitivo a partir da avaliação da funcionalidade e necessidade de assistência de outras pessoas. A aplicação do Questionário de PFEFFER associada ao MEEM indica a presença mais grave de declínio cognitivo quando o escore for igual ou superior a seis pontos (BRASIL, 2007). No presente estudo, se o resultado no Questionário de PFEFFER foi inferior a seis pontos, a entrevista procedeu-se com o idoso, sendo as informações complementadas, se necessário, pelo informante. Para o escore final igual ou maior que seis a entrevista foi encerrada. Destaca-se que as variáveis subjetivas que avaliam a percepção do idoso (por exemplo, a QV; o indicativo de depressão e a resiliência) não foram realizadas com os informantes.

5.5.3 Ambiente físico

O determinante ambiente físico inclui os espaços públicos ao ar livre; planejamento urbano; transporte acessível; segurança e alterações no meio ambiente (OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015). Este foi analisado da seguinte forma:

- Ambiente físico - segurança, ambiente físico, meio de transporte e condição de moradia.

Para avaliar o determinante ambiente físico utilizaram-se questões relacionadas à: segurança física e proteção; ambiente físico; meio de transporte e condição de moradia (APÊNDICE E). Sendo: *O (a) Senhor (a) sente-se seguro (a) em sua vida diária? O seu ambiente físico (clima, barulho, poluição) é saudável? Está satisfeito (a) com o seu meio de transporte? Está satisfeito (a) com as condições do local onde mora?*

5.5.4 Determinantes sociais

Os determinantes sociais incluem oportunidades de educação, apoio social e a proteção contra a violência e maus-tratos (OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015). No presente estudo, esses determinantes foram verificados quanto à rede social e ao apoio social, satisfação com as relações pessoais, participação nas atividades AAVD, oportunidades de atividades na comunidade e de lazer e nível de escolaridade.

5.5.4.1 Apoio social

- Escala de rede e de apoio social

Para identificar a rede e o apoio social foi utilizada a Escala de rede e de apoio social, elaborada, originalmente, pelo *Medical Outcomes Study* (SHERBOURNE; STEWART, 1991), e traduzida e validada no Brasil por Griep et al. (2005) (ANEXO H), na qual a rede social é mensurada por meio de duas questões, dentre elas: “*Com quantos parentes, você se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo?*” e “*Com quantos amigos, você se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo?*”; e o apoio social medido por meio da frequência com que o idoso dispõe de apoio material, ou seja, a provisão de recursos práticos e materiais, como por exemplo, a ajuda no trabalho ou auxílio financeiro; interação social positiva/apoio afetivo que refletem na possibilidade de se ter alguém para realizar atividades de lazer e oferecer demonstrações físicas de amor e afeto; e o apoio emocional/ de informação, que consistem na habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação aos problemas emocionais e o fato de poder contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem (GRIEP et al., 2005).

A avaliação das dimensões do apoio social foi realizada de modo a gerar um escore padronizado para cada dimensão. O escore foi calculado usando-se a razão entre a soma dos valores obtidos no conjunto das perguntas de cada dimensão e sua pontuação máxima possível, multiplicados por 100. Sendo assim, o escore final e, para cada uma das dimensões, varia de 20 a 100 pontos, sendo que quanto maior o escore, melhor o nível de apoio social (GRIEP et al., 2005).

- Satisfação com as relações pessoais

A satisfação com as relações pessoais foi verificada com a pergunta: *O quanto o (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com suas relações pessoais?* (APÊNDICE F).

5.5.4.2 Isolamento social e voluntariado

- Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD)

As AAVD foram avaliadas por meio de 13 perguntas de natureza social. As respostas possíveis são: nunca fiz, parei de fazer, ainda faço (RIBEIRO; NERI, 2012). Para o presente estudo, considerou-se o número total de atividades que cada idoso relatou fazer, além de classificá-los em dois grupos: maior e menor participação nas AVVD. Foram considerados com maior participação aqueles que realizavam quatro ou mais atividades e, com menor participação, os idosos que relataram ainda fazer três ou menos atividades (OLIVEIRA et al., 2015) (ANEXO I).

- Atividades na comunidade e de lazer

A participação nas atividades da comunidade e de lazer foi averiguada por meio das questões: *Em que medida o (a) Senhor (a) tem oportunidades de atividades de lazer? O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade?* (APÊNDICE F).

5.5.4.3 Educação

- Anos de estudo

A escolaridade foi verificada por meio da seguinte pergunta: *O (a) senhor (a) tem quantos anos completos de estudo?* (ANEXO J).

5.5.5 Determinantes econômicos

Destacam-se os fatores que o compõem os determinantes econômicos, dentre eles: renda, proteção social e trabalho (OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015). Que foram verificados no presente estudo da seguinte forma:

5.5.5.1 Condição socioeconômica

A renda individual mensal, assim como, a avaliação da condição econômica foram mensuradas pelo Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM (ANEXO J). Já o dinheiro para satisfazer as necessidades básicas por meio da questão: *O (a) Senhor (a) tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde)?* (APÊNDICE G).

5.5.5.2 Seguridade social

A aposentadoria e pensão foram verificadas por meio das questões pertencentes ao Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM (ANEXO J).

5.5.5.3 Emprego

O trabalho remunerado também foi avaliado utilizando questão do Instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM (ANEXO J).

5.5.6 Serviços sociais e de saúde

Esses determinantes incluem serviços sociais e de saúde acessíveis e igualitários (OMS, 2005; ILC-BRASIL, 2015). Assim, foram mensurados da seguinte maneira:

- Acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos de uso contínuo

Foram avaliados por meio de questões elaboradas pela pesquisadora, sendo: *O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?* (APÊNDICE H); *O (a) Senhor (a) tem acesso aos medicamentos de uso contínuo?* (ANEXO K).

- Vínculo com o serviço de saúde

O vínculo com o serviço de saúde foi avaliado utilizando uma questão pertencente ao questionário da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2010) (ANEXO K), sendo: *O (a) Senhor (a) costuma procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?*

- Autoavaliação da evolução do estado de saúde

Para a autoavaliação da evolução do estado de saúde utilizou-se uma questão do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ) (ANEXO E), sendo: *Comparando sua saúde de hoje com a de um ano atrás, o (a) Senhor (a) diria que sua saúde está: pior, igual ou melhor?*

- Avaliação do atual estado de saúde

A avaliação do atual estado de saúde foi realizada por meio da questão pertencente ao BOMFAQ: *Como o (a) Senhor (a) avalia (a) sua saúde?* (RAMOS et al., 1993) (ANEXO E).

5.5.7 Qualidade de vida

As questões do questionário de QV foram respondidas com base nas duas últimas semanas de vida.

- *Autoavaliação da qualidade de vida*

Foi mensurada por meio da questão: *Como você avaliaria a sua qualidade de vida?* (FLECK et al., 2000) (ANEXO L).

- *World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)*

O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico, validado no Brasil e composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000) (ANEXO L).

- *World Health Organization Quality of Life-OLD (WHOQOL-OLD)*

O WHOQOL-OLD é um instrumento específico utilizado com idoso, adaptado no Brasil, sendo constituído por seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade (FLECK; CHACHAMOVICK; TRENTINI, 2006) (ANEXO M).

5. 6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para mensuração dos determinantes do modelo de envelhecimento ativo foram utilizadas variáveis definidas com base na Política de Envelhecimento Ativo (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015), Tabela 6.

Tabelas 6 – Variáveis observadas utilizadas para mensuração dos determinantes do modelo de envelhecimento ativo, OMS (2002)

Determinantes	Fatores determinantes	Variáveis observadas	Caracterização das variáveis	Código na Modelagem de Equações Estruturais (MEE)
Comportamentais	Alimentação saudável	IMC (kg/m ²)	Baixo peso; Eutrófico e Sobrepeso.	Eutrófico (1); Baixo peso/Sobrepeso (0).
		CA (cm)	Sem risco; Moderado risco e Alto risco.	Adequada (1); Inadequada (0).
		CP (cm)	Adequada e Inadequada.	Adequada (1); Inadequada (0).
		CB (cm)	Adequada e Inadequada.	Adequada (1); Inadequada (0).
		Perfil antropométrico	Média de itens adequados.	Número de itens adequados (0 a 4).
	Hábitos de vida saudáveis	Atividade física	Ativo e Inativo.	Ativo (1); Inativo (0).
		Consumo de bebida alcoólica	Não e Sim.	Não (1); Sim (0).
		Tabagismo	Nunca fumou; Fumava e Fuma.	Não (1); Sim (0).
		Qualidade do sono	Boa e Ruim.	Boa (1); Ruim (0).
		Hábitos de vida saudáveis	Média de hábitos de vida saudáveis.	Número de hábitos de vida saudáveis (0 a 4).
	Autocuidado e educação para saúde	Consulta de rotina	Sim e Não.	Sim (1); Não (0).
		Exames preventivos	Sim e Não.	Sim (1); Não (0).
		Atitude frente à tomada de remédios	Positiva e Negativa.	Positiva (1); Negativa (0).
		Situação vacinal	Adequada e Inadequada.	Adequada (1); Inadequada (0).
		Saúde bucal	< 1 ano; 1 a 2 anos; ≥ 3 e Nunca foi.	Sim (1); Não (0).
Práticas de autocuidado		Média de práticas de autocuidado.	Número de práticas de autocuidado (0 a 5).	
Pessoais	Fator psicológico	Resiliência	Escore de resiliência.	Escore de resiliência.
		Indicativo de sintomas depressivos	Sim e Não.	Número de sintomas depressivos.
	Fator genético	Antecedentes familiares p/ DCNT	Não e Sim.	Não (1); Sim (0).
	Condição de saúde	Funcionamento dos sentidos	Muito ruim; Ruim; Nem ruim/nem bom; Bom e Muito bom.	Muito ruim (1); Ruim (2); Nem ruim/nem bom (3); Bom (4) e Muito bom (5).
		Morbididades	Nenhuma; 1-5; 5 ou mais.	Número de morbididades.
Capacidade cognitiva	Capacidade cognitiva	Com e Sem declínio cognitivo	Não (1); Sim (0).	

Ambiente Físico	Espaço público Transporte Meio ambiente	Segurança	Nada; Muito pouco; Mais ou menos; Bastante; Extremamente.	Nada (1); Muito pouco (2); Mais ou menos (3); Bastante (4); Extremamente (5).
		Ambiente físico	Nada; Muito pouco; Mais ou menos; Bastante; Extremamente.	Nada (1); Muito pouco (2); Mais ou menos (3); Bastante (4); Extremamente (5).
		Meio de transporte	Muito insatisfeito; Insatisfeito; Nem insatisfeito/nem satisfeito; Satisfeito; Muito satisfeito.	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem insatisfeito/nem satisfeito (3); Satisfeito (4); Muito satisfeito (5).
		Condição de moradia	Muito insatisfeito; Insatisfeito; Nem insatisfeito/ nem satisfeito; Satisfeito; Muito satisfeito.	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem insatisfeito/ satisfeito (3); Satisfeito (4); Muito satisfeito (5).
Sociais	Apoio social	Rede social	Média de parentes e de amigos.	Número de parentes e amigos.
		Apoio social	Média do escore de apoio social.	Escore de apoio social.
		Satisfação com as relações pessoais	Muito insatisfeito; Insatisfeito; Nem insatisfeito/nem satisfeito; Satisfeito; Muito satisfeito.	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem insatisfeito/nem satisfeito (3); Satisfeito (4); Muito satisfeito (5).
	Isolamento social e voluntariado	AAVD	Maior participação; Menor participação; Número de atividades que realiza.	Número de atividades que realiza.
		Atividades na comunidade	Muito insatisfeito; Insatisfeito; Nem insatisfeito/nem satisfeito; Satisfeito; Muito satisfeito.	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem insatisfeito/nem satisfeito (3); Satisfeito (4); Muito satisfeito (5).
		Atividades de lazer	Nada; Muito pouco; Mais ou menos; Bastante; Extremamente.	Nada (1); Muito pouco (2); Mais ou menos (3); Bastante (4); Extremamente (5).
Educação	Anos de estudo	Nenhum; 1-5 e 5 ou mais	Anos completos de estudo.	
Econômicos	Condição socioeconômica	Renda individual mensal	<1 (1); 1-3 e ≥3.	<1 (1); 1-3 e ≥3.
		Avaliação da condição econômica	Ruim; Regular e Boa.	Boa (1); Ruim (0).
		Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas	Nada; Muito pouco; Mais ou menos; Bastante; Extremamente.	Nada (1); Muito pouco (2); Mais ou menos (3); Bastante (4); Extremamente (5).
	Seguridade social	Aposentadoria e pensão	Sim e Não.	Sim (1); Não (0).
	Emprego	Trabalho remunerado	Sim e Não.	Sim (1); Não (0).

Serviços sociais e de saúde	Saúde e Doenças	Acesso aos serviços de saúde	Muito insatisfeito; Insatisfeito; Nem insatisfeito/nem satisfeito; Satisfeito; Muito satisfeito.	Muito insatisfeito (1); Insatisfeito (2); Nem insatisfeito/nem satisfeito (3); Satisfeito (4); Muito satisfeito (5).
	Serviços de Saúde	Vínculo com o serviço de saúde	Sim e Não.	Sim (1); Não (0).
	Cuidados paliativos	Acesso aos medicamentos de uso contínuo	Nenhum; Parte e Todos.	Sim (1); Não (0).
	Cuidados primários	Autoavaliação da evolução do estado de saúde	Pior; Igual e Melhor.	Pior (1); Igual (2) e Melhor (3).
	Cuidado intensivo	Avaliação do atual estado de saúde	Péssima; Má; Regula; Boa; Ótima.	Péssima (1); Má (2); Regula (3); Boa (4); Ótima (5).
	Cuidado em longo prazo			

Fonte: a autora, 2020.

Nota: IMC – Índice de Massa corporal; CA – Circunferência abdominal; CP – Circunferência panturrilha; CB – Circunferência braquial; DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis; AAVD – Atividades avançadas da vida diária.

5.6.1 Determinantes comportamentais

5.6.1.1 Perfil antropométrico

- IMC (kg/m²) – Baixo peso; Eutrófico; Sobrepeso;
- CA (cm) – Sem risco; Risco moderado; Alto risco;
- CP (cm) – Adequada e Inadequada;
- CB (cm) – Adequada e Inadequada.

Para análise de modelagem de equações estruturais (MEE) criou-se uma variável, denominada *perfil antropométrico*, a qual considerou o número de itens adequados que variou de 0 a 4.

5.6.1.2 Hábitos de vida saudáveis

- IPAQ: Ativo - ≥ 150 minutos de atividade física semanal; Inativo - ≤ 149 minutos de atividade física semanal.
- Consumo de bebida alcoólica: Sim e Não; frequência \rightarrow Diariamente; 1 a 6 vezes na semana; Eventualmente ou raramente (menos de quatro vezes ao mês);
- Tabagismo: Fuma, Fumava e Nunca fumou; Tempo de uso e de parada;
- Qualidade do sono: Ruim e Boa; uso de medicamento – Sim e Não.

Na análise de MEE criou-se uma variável, denominada *hábitos de vida saudáveis*, a qual considerou o número de hábitos de vida saudáveis que variou de 0 a 4.

5.6.1.3 Autocuidado e educação para a saúde

- Consulta de rotina: Sim e Não;
- Exames preventivos: Sim e Não;
- IAAFTR: Atitude positiva $\rightarrow > 7$ pontos; Atitude negativa $\rightarrow \leq 7$ pontos;
- Situação vacinal: Adequada \rightarrow cartão possui todas as vacinas recomendadas; Inadequada \rightarrow cartão incompleto; não recebeu nenhuma das vacinas recomendadas; não possui;
- Saúde bucal: consulta ao dentista - \leq um ano; $>$ um ano e nunca foi ao dentista; e Adequada e Inadequada.

Para a análise de MEE, a variável denominada *práticas de autocuidado*, foi criada considerando o número de práticas de autocuidado realizadas (0 a 5).

5.6.2 Determinantes pessoais

5.6.2.1 Fator psicológico

- CD-RISC-25BRASIL: Escore de resiliência;
- GDS-15: Sem (≤ 5 pontos); Com indicativo de sintomas depressivos (>5 pontos); e Número de sintomas depressivos;

5.6.2.2 Fator genético

- Antecedentes familiares para DCNT: Sim e Não.

5.6.2.3 Condições de saúde

- Funcionamento dos sentidos: Muito ruim; Ruim; Nem ruim/nem bom; Bom e Muito bom;
- Morbidades: Nenhuma; 1-5; 5 ou mais; e Número de morbididades;

5.6.2.4 Capacidade cognitiva

- MEEM: Com e Sem declínio cognitivo;
- PFEFFER: total de pontos $\rightarrow < 6; \geq 6$ pontos.

5.6.3 Ambiente físico

- Segurança: Nada; Muito pouco; Mais ou menos; Bastante; Extremamente;
- Ambiente físico: Nada; Muito pouco; Mais ou menos; Bastante; Extremamente;
- Meio de transporte: Muito insatisfeito; Insatisfeito; Nem insatisfeito/nem satisfeito; Satisfeito; Muito satisfeito;
- Condição de moradia: Muito insatisfeito; Insatisfeito; Nem insatisfeito/nem satisfeito; Satisfeito; Muito satisfeito.

5.6.4 Determinantes sociais

5.6.4.1 Apoio social

- Escala de rede e de apoio social: rede social \rightarrow Número de parentes e amigos; apoio social \rightarrow Escore de apoio social;
- Satisfação com as relações pessoais: Muito insatisfeito; Insatisfeito; Nem insatisfeito/nem satisfeito; Satisfeito; Muito satisfeito.

5.6.4.2 *Isolamento social e voluntariado*

- AAVD: Número atividade que realiza; Maior participação nas AAVD (≥ 4 atividades que ainda faz); Menor participação nas AAVD (< 4 atividades que ainda faz);
- Atividades na comunidade: Muito insatisfeito; Insatisfeito; Nem insatisfeito/nem satisfeito; Satisfeito; Muito satisfeito;
- Atividades de lazer: Nada; Muito pouco; Mais ou menos; Bastante; Extremamente.

5.6.4.3 *Educação*

- Anos de estudo: Nenhum; 1-5; 5 ou mais; e Anos completos de estudo.

5.6.5 **Determinantes econômicos**

5.5.5.1 *Condição socioeconômica*

- Renda individual mensal, em salários mínimos: <1 (1); 1-3 e ≥ 3 ;
- Avaliação da condição econômica: Ruim; Regular e Boa;
- Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde): Nada; Muito pouco; Mais ou menos; Bastante; Extremamente.

5.5.5.2 *Seguridade social*

- Aposentadoria e pensão: Sim e Não.

5.5.5.3 *Emprego*

- Trabalho remunerado: Sim e Não.

5.6.6 **Serviços sociais e de saúde**

- Acesso aos serviços de saúde: Muito insatisfeito; Insatisfeito; Nem insatisfeito/nem satisfeito; Satisfeito; Muito satisfeito;
- Acesso aos medicamentos de uso contínuo: Nenhum; Parte e Todos; Sim e Não;
- Vínculo com o serviço de saúde: Sim e Não;
- Autoavaliação da evolução do estado de saúde: Pior; Igual e Melhor;
- Avaliação do atual estado de saúde: Muito insatisfeito; Insatisfeito; Nem insatisfeito/nem satisfeito; Satisfeito; Muito satisfeito.

5.6.7 Qualidade de vida

5.6.7.1 Autoavaliação da qualidade de vida

- Muito ruim; ruim; nem ruim nem boa; boa; muito boa.

5.6.7.2 Whoqol-BREF

- Domínios: físico; psicológico; relações sociais; meio ambiente.

5.6.7.3 Whoqol-OLD

- Facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade.

5.6.8 Variáveis sociodemográficas e econômica

- Sexo (feminino e masculino); faixa etária, em anos (60|-70; 70|-80 e 80 ou mais); estado conjugal (solteiro (a); com companheiro (a); viúvo (a); separado (a) /desquitado (a) /divorciado (a)); escolaridade, em anos de estudo (nenhum; 1 |-5; 5 ou mais); renda mensal individual, em salários mínimos (<1; 1|-3 e ≥3) e arranjo de moradia (só; acompanhado).

5.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

As entrevistas foram realizadas por meio de instrumentos impressos e entregues aos supervisores, que fizeram as revisões. Após esta etapa realizou-se a verificação dos dados, e para tanto, construiu-se um banco de dados eletrônico, no programa *Excel*[®], que foi importado para o *software* “*Statistical Package for the Social Science*” (SPSS[®]) versão 22.0, para análise.

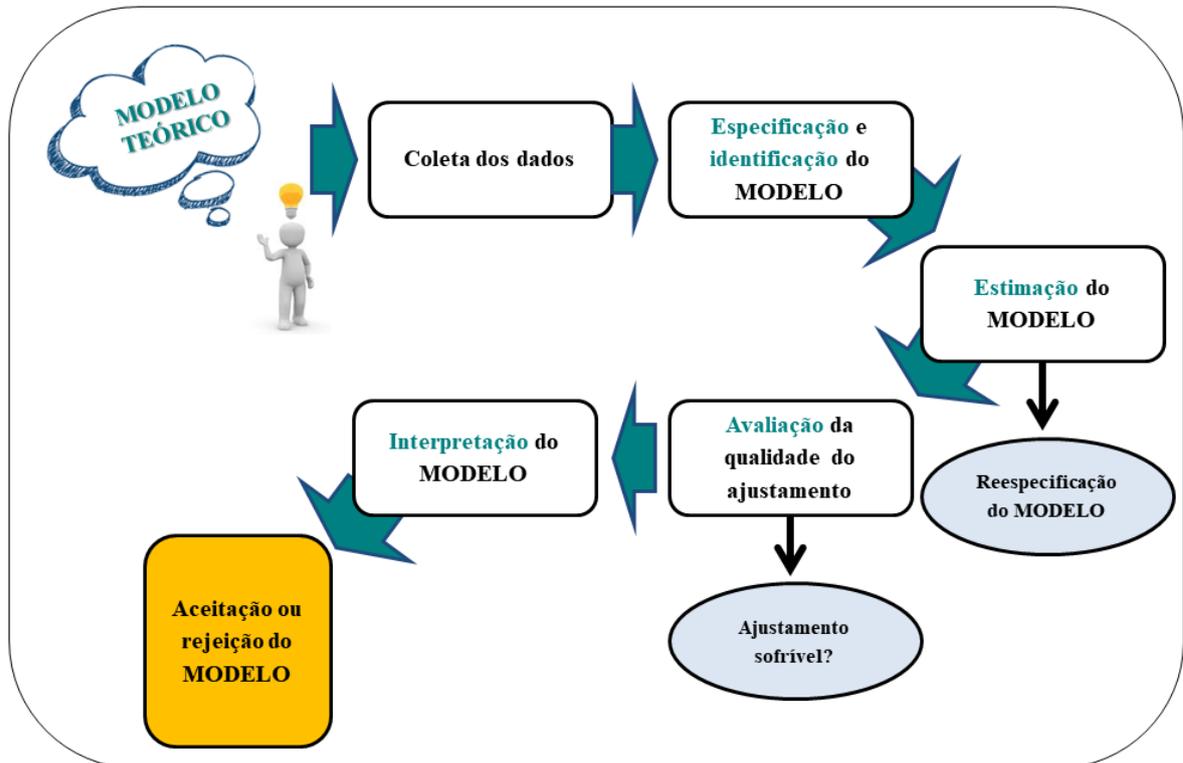
5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para atender aos objetivos I e IV realizou-se análise univariada com medidas de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas e medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão) para as quantitativas. Entre os sexos realizou-se a análise bivariada empregando-se o teste *t de Student* (variáveis quantitativas) e *Qui-quadrado de Pearson* (variáveis qualitativas) e *Mann-Whitney* (variáveis ordinais), considerando nível de significância de $p < 0,05$.

5.8.1 Etapas da análise de equações estruturais

A MEE ocorre por meio de um conjunto de etapas sucessivas, de complexidade crescente, até à aceitação ou rejeição final do modelo (MAROCO, 2014), Figura 16.

Figura 11 – Etapas da análise de equações estruturais



Fonte: HAIR, 2009; MAROCO, 2014.

5.8.1.1 Elaboração do modelo teórico

O primeiro passo para se realizar a análise de MEE envolve os aspectos teóricos do estudo. A elaboração teórica de modelos hipotéticos é importante neste contexto, pois as relações entre as variáveis devem ser embasadas em pressupostos teóricos e evidências empíricas anteriores. Essa etapa é essencial para que o pesquisador possa alcançar resultados teoricamente coerentes e modelos ajustados aos dados, pois se as variáveis relevantes para explicar o modelo não forem incluídas, ou se forem incluídas aquelas irrelevantes, este será prejudicado logo no início (MAROCO, 2014).

Assim, o levantamento e a descrição de aspectos teóricos permitem ao pesquisador o desenho do modelo a ser investigado por meio da MEE, e são essenciais para a especificação e identificação de um modelo estrutural a ser testado por meio dessa análise.

5.8.1.2 Coleta dos dados

Após a escolha do referencial teórico e a elaboração do modelo a ser testado, o próximo passo é a coleta dos dados, que envolve a escolha dos instrumentos de medida e das variáveis que serão mensuradas (MAROCO, 2014). Outra questão relevante é a dimensão da amostra para a análise. Após uma revisão da literatura científica sobre a determinação da dimensão da amostra na MEE, uma fórmula foi proposta a partir do número de variáveis observadas e latentes do modelo, sendo:

Dimensão da amostra: (n);

Variáveis observadas (p);

Variáveis latentes (f);

$$n \geq 50r^2 - 450r + 1100$$

onde $r = p/f$ (WESTLAND, 2010). Esta é a fórmula considerada mais apropriada para calcular a dimensão da amostra para a especificação e testagem do modelo (MAROCO, 2014).

5.8.1.3 Especificação e identificação do modelo

As fases de especificação e identificação do modelo constituem uma das etapas mais complexas da MEE (MAROCO, 2014). A especificação do modelo envolve dois aspectos, sendo o primeiro relativo à *especificação do modelo de medida*, que diz respeito à qualidade das medidas utilizadas para aferir as variáveis latentes. Para tanto, deve-se realizar a análise fatorial confirmatória (AFC) por meio da MEE e testar a qualidade das medidas a partir dos índices de adequação do modelo, entre outros indicadores (MAROCO, 2014). Essa fase é crucial para que problemas de estimação do modelo estrutural não sejam atribuídos às deficiências das medidas utilizadas pelo pesquisador. O segundo está relacionado ao *modelo estrutural* e define-se como as relações de determinação e covariâncias que as variáveis exógenas (quando não são influenciadas por nenhuma outra variável no modelo) e endógenas (quando a sua variação é explicada por variáveis presentes no modelo) terão entre si. A definição do modelo estrutural implica na atribuição dos parâmetros que a análise de dados deve estimar (MAROCO, 2014).

O processo de especificação emerge a necessidade da identificação do modelo que será testado. Para que o modelo em teste seja passível de estimação este deve ter uma relação adequada entre parâmetros livres (a serem estimados) e fixos, ou seja, o grau de liberdade (gl) deve ser superior à zero. Assim, os modelos podem ser classificados em três tipos, sendo: (1)

sub identificados; (2) identificado ou saturados; (3) superidentificados (MAROCO, 2014). Se o número total de parâmetros for igual ao número de elementos não redundantes, tem-se um modelo identificado, ou seja, os gl são iguais à zero. Se for menor ou maior ao número, tem-se, respectivamente, modelos sub identificados e superidentificados (MAROCO, 2014).

5.8.1.4 Estimação do modelo

A etapa de estimação consiste na obtenção de estimativas dos parâmetros do modelo que reproduzam os dados observados na amostra em análise. Na literatura são observados quatro métodos de estimação de parâmetros utilizados na análise de MEE, dentre eles: Quadrados Mínimos Não-Ponderados; Quadrados Mínimos Ponderados; Máxima Verossimilhança (ML) e Assintótico Isento de Pressupostos de Distribuição (MAROCO, 2014). O método tradicional, e mais utilizado na MEE, é o método da ML, que exige normalidade dos dados (MAROCO, 2014).

5.8.1.5 Avaliação da qualidade do ajustamento do modelo

A etapa de avaliação da qualidade do ajustamento tem o objetivo de verificar o quanto o modelo teórico é capaz de reproduzir a estrutura correlacional das variáveis observadas na amostra estudada (MAROCO, 2014). O índice clássico de ajuste de um modelo é o Qui-quadrado (χ^2), que indica a magnitude da discrepância entre a matriz de covariância observada e modelada. No entanto, este apresenta alto grau de sensibilidade ao tamanho das amostras, sendo que quando pequenas este teste apresenta maior probabilidade para o erro tipo II, ou seja, não rejeitar a hipótese de que o modelo se ajusta bem aos dados quando o ajustamento é ruim. Já nas amostras maiores, o teste tem probabilidade de erros tipo I, ou seja, rejeitar a hipótese de que o modelo se ajusta bem aos dados, quando de fato o ajustamento é bom (MAROCO, 2014). Para amostras de dimensão considerável ($n > 400$), o teste χ^2 é quase sempre significativo ($p < 0,05$) e o valor de p é tanto menor quanto maiores forem as correlações entre as variáveis observadas (MAROCO, 2014). Por isso, é sugerido analisar a magnitude do χ^2 por meio do índice χ^2/gl , no qual valores entre 1 e 2 são considerados excelentes; 2 e 3 bons; 3 e 5 aceitáveis quando a análise é realizada com amostras grandes ($n > 400$) e acima de 5 o modelo deverá ser rejeitado (RUEDA, 2015), Quadro 2.

Os problemas associados ao teste do χ^2 levaram também à criação de outras medidas de qualidade de ajuste classificadas em cinco categorias, sendo: (1) Índices absolutos, que avaliam a qualidade do modelo em si sem comparação com outros modelos; (2) Índices relativos, que analisam a qualidade do modelo, no que diz respeito tanto a um modelo

independente (não há relação entre quaisquer variáveis observadas), como a um modelo saturado (todas as variáveis observadas estão correlacionadas); (3) Índices de parcimônia, que se obtêm a partir da correção dos índices relativos com um fator de penalização associado à complexidade do modelo; (4) Índice de discrepância populacional, que comparam o ajustamento do modelo obtido entre as médias e variâncias da amostra e as que seriam obtidas da população e (5) Índices baseados na teoria da informação, que analisam o modelo em função da sua complexidade, Quadro 2 (MAROCO, 2014).

Entre os índices absolutos destaca-se o *Goodness of Fit Index* (GFI), que explica a proporção da covariância entre as variáveis observadas e considera-se bom se for $\geq 0,90$. Já nos índices relativos ressalta-se o *Comparative Fit Index* (CFI), que compara o ajustamento do modelo em estudo com o ajustamento do modelo basal e o *Tucker-Lewis Index* (TLI), no qual há uma combinação de uma medida de parcimônia com um índice comparativo entre o modelo em estudo e o basal, considera-se bom ajustamento se forem $\geq 0,90$ (MAROCO, 2014).

Dentre os principais índices de parcimônia estão o *Parsimony Goodness of Fit Index* (PGFI) e o *Parsimony Comparative Fit Index* (PCFI), os quais indicam bom ajustamento quando forem $> 0,60$. O *Root Mean Error of Approximation* (RMSEA) se refere à raiz da média dos quadrados dos erros de aproximação, sendo que valores $\leq 0,05$ são indicativos de um bom ajuste entre o modelo proposto e a matriz observada, entretanto, são aceitos valores $\leq 0,08$ para amostras grandes ($n > 400$) e o *P - Root Mean Error of Approximation* (PCLOSE) deve ser $\geq 0,05$.

Nos índices baseados na teoria da informação, adequados na comparação de modelos alternativos que se ajustem igualmente aos dados, o melhor modelo é aquele que apresenta os menores valores, sendo utilizado o *Expected Cross Validation Index* (MECVI) quando o método de estimação do modelo for o ML.

O Quadro 2 apresenta os índices de qualidade de ajustamento e valores de referência, utilizados com maior frequência na análise de MEE.

Quadro 2 – Índices de qualidade de ajustamento e valores de referência, utilizados com maior frequência na análise de modelagem de equações estruturais

Índices de qualidade de ajustamento	Valores de referência	Qualidade de ajustamento
χ^2/df	1 e 2	Excelente
	2 e 3	Bom
	3 e 5	Aceitável em amostras grandes
	> 5	Inaceitável
GFI CFI TLI	< 0,80	Ruim
	0,80 a 0,89	Sofrível
	0,90 a 0,94	Bom
	$\geq 0,95$	Muito bom
PGFI PCFI	<0,60	Ruim
	0,60 a 0,79	Bom
	$\geq 0,80$	Muito bom
RMSEA	> 0,10	Inaceitável
	0,06 a 0,09	Aceitável
	$\leq 0,05$	Muito bom
PCLOSE	$P \geq 0,05$	Aceitável
	$P < 0,05$	Inaceitável
MECVI		Quanto menor melhor

Fonte: MAROCO, 2014.

Nota: Nota: relação *Qui-quadrado* e graus de liberdade (χ^2/df); *Goodness of Fit Index* (GFI); *Comparative Fit Index* (CFI); *Tucker-Lewis Index* (TLI); *Parsimony Goodness of Fit Index* (PGFI); *Parsimony Comparative Fit Index* (PCFI); *Root Mean Error of Approximation* (RMSEA); P - *Root Mean Error of Approximation* (PCLOSE); e *Expected Cross Validation Index* (MECVI).

5.8.1.6 Reespecificação do modelo

Quando o modelo de medida não apresenta um bom ajustamento aos dados, a primeira conclusão é que o modelo ajustado não é apropriado para explicar a estrutura correlacional das variáveis observadas naquela amostra específica. Entretanto, isto não indica que o modelo esteja completamente errado, pois é possível reespecificá-lo para que o ajustamento melhore significativamente (MAROCO, 2014). Podem-se eliminar vias não significativas; liberar parâmetros anteriormente fixos e ou correlacionar erros de medida (MAROCO, 2014). A análise dos índices de modificação (IM) é feita sequencialmente, primeiramente elimina-se o parâmetro com maior IM até chegar ao menor IM (MAROCO, 2014). Um IM superior a quatro indica uma alteração de um parâmetro do modelo que permite melhorar o ajustamento, com uma probabilidade de erro tipo I de 0,05. Porém, a melhor opção é começar por modificar os parâmetros com IM superiores a 11, a este valor está associada à probabilidade de erro do tipo II de 0,001 (MAROCO, 2014). Destaca-se que as modificações de um modelo a partir dos IM só devem ser realizadas com base no referencial teórico.

Assim, para atender ao objetivo II, por meio do *software Analysis of Moment Structures* (AMOS) versão 23.0 para o SPSS®, realizou-se a AFC que no âmbito da MEE, é utilizada para avaliar a qualidade de ajuste de um *modelo de medida* à estrutura correlacional entre as variáveis observadas (HAIR et al., 2009; MAROCO, 2014). A normalidade dos itens observados foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (*sk*) e curtose (*ku*), considerando como caso de desvio de normalidade índices de *sk* >3 e de *ku* >10.

A qualidade do ajustamento global do modelo fatorial foi avaliada de acordo com os índices e seus respectivos valores descritos no Quadro 2, a saber: χ^2 ; χ^2/gl ; GFI; CFI; TLI; PGFI; PCFI; RMSEA e MECVI. Já a qualidade de ajuste local foi identificada com base nos valores das cargas fatoriais ($\lambda > 0,3$) (LAROS, 2012) e da fiabilidade individual ($R^2 \geq 0,25$) (MAROCO, 2014); e a reespecificação do modelo realizada a partir dos IM >11 ($p < 0,001$), considerando a teoria e os valores das correlações, que foram classificadas como fracas ($0 < r < 0,3$), moderadas ($0,3 \leq r < 0,5$) e fortes ($r \geq 0,5$) e consideradas significativas quando $p < 0,05$ (COHEN, 1988).

Na AFC de 2ª ordem, o fator de 2ª ordem, denominado Envelhecimento Ativo, foi definido pelos seis determinantes, a saber: comportamentais; pessoais; ambiente físico; sociais; econômicos e serviços sociais e de saúde.

Após a elaboração do *modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo* (objetivo II) verificou-se a invariância do mesmo, entre idosos do sexo masculino e feminino (objetivo III). Para tanto, utilizando o *software AMOS* versão 23.0 para o SPSS®, numa primeira etapa, para identificar a invariância configuracional, ou seja, se a estrutura fatorial do modelo é equivalente entre os sexos, realizou-se a Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo, que consiste em uma técnica que avalia em que medida a configuração e os parâmetros de determinado modelo são invariantes, ou equivalentes, para diferentes grupos (DAMÁSIO, 2013). Avaliou-se então a qualidade de ajuste do modelo, em simultâneo, considerando os índices e seus respectivos valores descritos no Quadro 2, a saber: χ^2/gl ; GFI; CFI; TLI; PGFI; PCFI e RMSEA (MAROCO, 2014). A plausibilidade desse modelo, indicada pela adequação dos índices de ajuste, sugere que a estrutura fatorial é plausível para todos os grupos de interesse (DAMÁSIO, 2013).

Na análise, para verificação da invariância métrica, ou seja, da igualdade de cargas fatoriais, realizou-se o teste de diferença do χ^2 ($\Delta \chi^2$), que se refere ao valor do χ^2 do modelo livre (com cargas fatoriais e variâncias/covariâncias dos fatores livres), subtraído do valor do χ^2 do modelo restrito (cargas fatoriais e as variâncias/covariâncias fixadas). A diferença estatisticamente significativa ($\Delta \chi^2 < 0,05$) entre os valores de χ^2 , sugere que o pressuposto de

invariância métrica não deve ser aceito e que o parâmetro avaliado opera diferentemente entre os grupos (DAMÁSIO, 2013).

O objetivo V foi analisado também por meio do *software* AMOS versão 23.0 para o SPSS[®]. No ajustamento do modelo utilizou-se a estratégia de identificação do modelo causal com variáveis latentes em duas etapas (*two-step*): (1) Especificar e identificar o *submodelo de medida* (Objetivo III); (2) Especificar e identificar o *submodelo estrutural*, ou seja, estabelecer as trajetórias para as variáveis latentes endógenas (MAROCO, 2014). Esta estratégia garante que o modelo de medida seja devidamente validado e pretende-se avaliar a plausibilidade do modelo estrutural depois de assegurada a qualidade do modelo de medida (MAROCO, 2014). Na avaliação da qualidade de ajustamento do modelo causal utilizaram-se os índices e respectivos valores de referência descritos no Quadro 2, sendo: χ^2 ; χ^2/gl ; GFI; CFI; TLI; PGFI; PCFI; RMSEA e MECVI. Também foi calculado o *Relative Normed Fit Index* (RNFI) para avaliar a qualidade do modelo estrutural global (MAROCO, 2014). Considerou-se que RNFI >0,80 é indicador de bom ajustamento e trajetórias significativas aquelas com $p < 0,05$. Para refinar o modelo recorreu-se aos IM >11 ($p < 0,001$) e depois de avaliada a plausibilidade teórica das modificações, correlacionaram-se os erros de medida que conduziam à melhoria considerável do ajuste do modelo.

6.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFTM protocolo número 2.053.520 (ANEXO N). Os sujeitos desta pesquisa foram contatados em seu domicílio, aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I) e oferecidas informações pertinentes. Após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, foi conduzida a entrevista, seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA (MG)

Nas cidades que compõem a Microrregião de Saúde de Uberaba (MG), a maioria dos idosos era do sexo feminino, exceto no município de Delta, que apresentou percentuais iguais de homens e mulheres, Tabela 7. A faixa etária de 70-80 anos de idade foi a mais frequente, entretanto, em Campo Florido e Veríssimo, maior percentual tinha 80 anos ou mais de idade, Tabela 7. Quanto ao estado conjugal e à escolaridade, houve predomínio de idosos com companheiro (a) e 1-5 anos de estudo, contudo, em Água Comprida e Conceição das Alagoas a maioria era viúva, e em Delta maior percentual não tinha escolaridade, Tabela 7. A renda individual mensal de 1-3 salários mínimos foi a mais frequente, Tabela 7. À exceção de Água Comprida a maioria dos idosos morava acompanhada, Tabela 7.

A Tabela 7 apresenta as variáveis de caracterização dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 7 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Variáveis	Água comprida		Campo Florido		Conceição das Alagoas		Conquista		Delta		Sacramento		Uberaba		Veríssimo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo																		
Masculino	2	33,3	5	41,7	15	31,9	6	37,5	5	50,0	14	25,0	268	33,4	2	28,6	317	33,1
Feminino	4	66,7	7	58,3	32	68,1	10	62,5	5	50,0	42	75,0	535	66,6	5	71,4	640	66,9
Faixa etária (em anos)																		
60 70	2	33,3	3	25,0	21	44,7	11	68,8	3	30,0	23	41,1	293	36,5	2	28,6	358	37,4
70 80	4	66,7	4	33,3	21	44,7	3	18,8	4	40,0	20	35,7	338	42,1	2	28,6	396	41,4
80 ou mais	0	0,0	5	41,7	5	10,6	2	12,5	3	30,0	13	23,2	172	21,4	3	42,9	203	21,2
Estado Conjugal																		
Solteiro	1	16,7	0	0,0	0	0,0	2	12,5	0	0,0	7	12,5	53	6,6	0	0,0	63	6,6
Mora com o companheiro	1	16,7	6	50,0	20	42,6	10	62,5	6	60,0	26	46,4	337	42,0	4	57,1	410	42,8
Viúvo	3	50,0	4	33,3	22	46,8	4	25,0	4	40,0	17	30,4	320	39,9	3	42,9	377	39,4
Separado/desquitado/divorciado	1	16,7	2	16,7	5	10,6	0	0,0	0	0,0	6	10,7	93	11,5	0	0,0	107	11,2
Escolaridade (em anos)																		
Nenhum	3	50,0	3	25,0	7	14,9	6	37,5	5	50,0	9	16,1	137	17,1	1	14,3	171	17,9
1 5	3	50,0	5	41,7	34	72,3	8	50,0	3	30,0	37	66,1	407	50,7	4	57,1	501	52,4
5 ou mais	0	0,0	4	33,3	6	12,8	2	12,5	2	20,0	10	17,9	259	32,3	2	28,6	285	29,7
Renda individual mensal (em salários mínimos)																		
<1	1	16,7	0	0,0	2	4,3	1	6,3	2	20,0	9	16,0	63	7,8	2	28,6	80	8,4
1 3	4	66,6	11	91,7	42	89,3	15	93,8	8	80,0	44	78,6	692	86,2	5	71,4	821	85,8
≥3	1	16,7	1	8,3	3	6,4	0	0,0	0	0,0	3	5,4	48	6,0	0	0,0	56	5,8
Arranjo de moradia																		
Só	3	50,0	0	0,0	13	27,7	4	25,0	1	10,0	11	19,6	147	18,3	2	28,6	181	18,9
Acompanhado	3	50,0	12	100,0	34	72,3	12	75,0	9	90,0	45	80,4	656	81,7	5	71,4	776	81,1

Fonte: a autora, 2020.

6.2 DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE IDOSOS DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA (MG) SEGUNDO SEXO

6.2.1 Determinantes comportamentais

6.2.1.1 Perfil antropométrico

Referente ao IMC verificou-se que 44,5% dos idosos apresentaram sobrepeso, Tabela 8. Na comparação entre os grupos houve diferença estatisticamente significativa, visto a maior proporção de mulheres com sobrepeso, enquanto os homens idosos eram eutróficos ($p=0,002$), Tabela 8.

Na mensuração da CA, predominaram idosos com alto risco para complicações metabólicas, com maior proporção entre as idosas comparadas aos homens ($p<0,001$), Tabela 8. Maior proporção de mulheres idosas apresentou CP adequadas em relação aos idosos ($p=0,003$), Tabela 8.

Tanto as mulheres idosas (65,3%) quanto os homens (61,5%) possuíam maior percentual de CB adequada, sem significância estatística na comparação entre os sexos ($p=0,249$), Tabela 8.

A média de itens adequados, que compuseram a variável perfil antropométrico, foi de 2,83 ($\pm 0,84$), sendo maior entre os homens idosos ($2,96\pm 0,86$) quando comparada às mulheres ($2,78\pm 0,83$) ($p=0,002$).

6.2.1.2 Hábitos de vida saudáveis

Em relação à prática de atividades física a maioria dos idosos foi classificada como ativo (65,6%). O maior percentual foi para o sexo feminino (66,9%) em relação ao masculino (63,1%), sem diferença estatística ($p=0,246$), Tabela 8.

Quanto ao tabagismo, maior percentual de idosos nunca fumou (53,3%). Entre os sexos, observou-se maior proporção de idosas que nunca fumaram comparadas ao sexo masculino ($p<0,001$), Tabela 8. Contudo, 52,1% dos homens idosos relataram ter parado de fumar, Tabela 8, com média de tempo de 22,93 ($\pm 14,10$) anos.

A maioria dos idosos (70,2%) relatou que não consumiam bebida alcoólica, com maior proporção entre as mulheres em relação aos homens ($p<0,001$), Tabela 8.

Referente à qualidade do sono, maior percentual de idosos a relatou como boa (56,2%). A qualidade de sono ruim foi referida em maior proporção pelas mulheres idosas quando comparada aos homens ($p<0,001$), Tabela 8. Destaca-se que a insônia foi o problema

para dormir mais frequentes entre os idosos (92,4%) e em ambos os sexos, feminino (100%) e masculino (89,9%).

A média dos hábitos de vida considerados saudáveis foi de 2,78 ($\pm 0,88$). Na comparação entre os grupos houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), visto a maior média entre as mulheres ($2,87 \pm 0,94$), em relação aos homens idosos ($2,58 \pm 0,83$).

6.2.1.3 Autocuidado e educação para a saúde

A consulta de rotina com o profissional de saúde foi relatada pela maioria dos idosos (88,7%). Na comparação entre os grupos verificou-se diferença estatisticamente significativa, com maior proporção entre as idosas em relação aos homens ($p = 0,026$), Tabela 8.

A maioria dos idosos realizou pelo menos um exame preventivo preconizado (63,3%), Tabela 8. O maior percentual foi para o sexo masculino (64,1%) em comparação ao feminino (61,8%), sem diferença estatística ($p = 0,500$), Tabela 8.

Na análise da atitude frente à tomada de remédios, realizada com os idosos que faziam uso de medicamentos contínuos (869), verificou-se o predomínio de atitude positiva, com maior proporção entre as idosas em relação aos homens ($p < 0,001$), Tabela 8.

Houve predomínio de idosos com situação vacinal inadequada (65,0%), sendo maior percentual entre os homens (68,1%) em relação às mulheres (63,4%), Tabela 8. Destaca-se que entre as vacinas faltantes, a hepatite B (45,2%) e a dT (24,9%) foram as mais frequentes.

Concernente à saúde bucal, maior percentual foi ao dentista pela última vez há mais de um ano, com maior proporção entre os idosos comparados às mulheres ($p = 0,048$), Tabela 8.

A média das práticas de autocuidado realizadas pelos idosos foi de 2,87 ($\pm 1,07$), sendo maior entre as idosas ($2,92 \pm 1,06$) em comparação aos homens ($2,75 \pm 1,09$) ($p = 0,020$).

A Tabela 8 apresenta a frequência dos determinantes comportamentais entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 8 - Distribuição de frequência dos determinantes comportamentais dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Variáveis	Sexo						<i>p</i> *
	Total		Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Perfil antropométrico							
Índice de Massa Corporal							0,002
Baixo peso	167	17,5	104	16,3	63	19,9	
Eutrófico	364	38,0	226	35,3	138	43,5	
Sobrepeso	426	44,5	310	48,4	116	36,6	

Circunferência Abdominal							<0,001
Sem risco	178	18,6	72	11,2	106	33,4	
Risco moderado	221	23,1	120	18,8	101	31,9	
Alto risco	558	58,3	448	70,0	110	34,7	
Circunferência Panturrilha							0,012
Adequada	600	62,7	419	65,5	181	57,1	
Inadequada	357	37,3	221	34,5	136	42,9	
Circunferência Braquial							0,249
Adequada	613	64,1	418	65,3	195	61,5	
Inadequada	344	35,9	222	34,7	122	38,5	
Hábitos de vida saudáveis							
Atividade física							0,246
Ativo	628	65,6	428	66,9	200	63,1	
Inativo	329	34,4	212	33,1	117	36,9	
Tabagismo							<0,001
Nunca fumou	510	53,3	415	64,8	95	29,9	
Parou de fumar	309	32,3	144	22,5	165	52,1	
Fuma	138	14,4	81	12,7	57	18,0	
Consumo de bebida alcoólica							<0,001
Não	672	70,2	505	78,9	167	52,7	
Sim	285	29,8	135	21,1	150	47,3	
Qualidade do sono							<0,001
Boa	538	56,2	312	48,8	226	71,3	
Ruim	419	43,8	328	51,2	91	28,7	
Autocuidado e educação para a saúde							
Consulta de rotina (anual)							0,026
Sim	849	88,7	578	90,3	271	85,5	
Não	108	11,3	62	9,7	46	14,5	
Exames preventivos (anual)							0,500
Sim	606	63,3	410	64,1	196	61,8	
Não	351	36,7	230	35,9	121	38,2	
Atitude frente à tomada de remédios							<0,001
Positiva	667	76,8	467	78,2	200	73,5	
Negativa	202	23,2	130	21,8	72	26,5	
Situação vacinal							0,151
Adequada	335	35,0	234	36,6	101	31,9	
Inadequada	622	65,0	406	63,4	216	68,1	
Saúde Bucal - consulta ao dentista							0,048
≤ um ano	198	20,6	139	21,7	59	18,6	
> um ano	742	77,6	494	77,1	248	78,2	
Nunca foi ao dentista	17	1,8	7	1,2	10	3,2	

Fonte: a autora, 2020.

Nota: *Qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$).

6.2.2 Determinantes pessoais

6.2.2.1 Fator psicológico

A média do escore total de resiliência foi de 76,97 ($\pm 16,31$) pontos. Na comparação entre os grupos houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), visto a maior média entre os homens ($79,84 \pm 14,56$) em relação às idosas ($75,55 \pm 16,94$).

Houve predomínio de idosos sem indicativo de sintomas depressivos, bem como entre os sexos. Entretanto, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), a presença dessa condição foi maior entre as idosas (27,5%), Tabela 9.

6.2.2.2 Fator genético

A maioria dos idosos possuía antecedentes familiares para DCNT, com maior proporção entre o sexo feminino em relação ao masculino ($p = 0,011$), Tabela 9.

6.2.2.3 Condições de saúde

O bom funcionamento dos sentidos foi relatado pela maioria dos idosos (52,8%). Entre os grupos verificou-se diferença estatisticamente significativa, com maior proporção entre os homens em comparação às mulheres idosas ($p = 0,011$), Tabela 9.

A presença de cinco ou mais morbidades foi mais frequente entre os idosos, com maior proporção no sexo feminino em relação ao masculino ($p < 0,001$), Tabela 9.

6.2.2.4 Capacidade cognitiva

Houve predomínio de idosos sem declínio cognitivo (98,6%), com maior percentual para o sexo masculino (99,0%) em comparação ao feminino (98,4%), sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,438$), Tabela 9.

A Tabela 9 apresenta a frequência dos determinantes pessoais entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 9 - Distribuição de frequência dos determinantes pessoais dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Variáveis	Sexo						p**
	Total		Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Fator psicológico							
Indicativo de sintomas depressivos							
Não	730	76,3	464	72,5	266	83,9	<0,001
Sim	227	23,7	176	27,5	51	16,1	
Fator genético							
Antecedentes familiares para DCNT*							
Não	147	15,4	85	13,3	62	19,6	0,011
Sim	810	84,6	555	86,7	255	80,4	
Condições de saúde							
Funcionamento dos sentidos							
Muito ruim	11	1,1	10	1,6	1	0,3	0,011
Ruim	104	10,9	77	12,0	27	8,5	
Nem ruim/nem bom	208	21,7	147	23,0	61	19,2	
Bom	505	52,8	333	52,0	172	54,3	
Muito bom	129	13,5	73	11,4	56	17,7	
Morbidades							
Nenhuma	13	1,4	5	0,8	8	2,5	<0,001
1 5	293	30,6	140	21,9	153	48,3	
5 ou mais	651	68,0	495	77,3	156	49,2	
Capacidade cognitiva							
Capacidade cognitiva							
Sem declínio cognitivo	944	98,6	630	98,4	314	99,0	0,438
Com declínio cognitivo	13	1,4	10	1,6	3	1,0	

Fonte: a autora, 2020.

Nota: *DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis; ***Qui-quadrado de Pearson* ($p < 0,05$) e *Mann-Whitney* ($p < 0,05$).

6.2.3 Ambiente físico

A maioria dos idosos sentia-se bastante segura na vida diária, com maior proporção entre as mulheres em relação aos homens idosos ($p=0,008$), Tabela 10.

O ambiente físico foi considerado bastante saudável pela maioria dos idosos (49,3%). Entre os grupos verificou-se diferença estatisticamente significativa, com maior proporção entre os homens em comparação às idosas ($p=0,030$), Tabela 10.

Houve predomínio de idosos satisfeitos com o meio de transporte (70,5%) e condições de moradia (69,9%), Tabela 10, com maior proporção entre o sexo feminino em comparação ao masculino ($p=0,002$; $p=0,001$), Tabela 10.

A Tabela 10 apresenta a frequência dos determinantes ambiente físico entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 10 - Distribuição de frequência dos determinantes ambiente físico dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Variáveis	Sexo						p*
	Total		Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Segurança							0,008
Nada seguro (a)	23	2,5	18	2,8	5	1,6	
Muito pouco seguro (a)	55	5,7	42	6,6	13	4,1	
Mais ou menos seguro (a)	186	19,4	130	20,3	56	17,7	
Bastante seguro (a)	562	58,7	379	59,2	183	57,7	
Extremamente seguro (a)	131	13,7	71	11,1	60	18,9	
Ambiente físico							0,030
Nada saudável	12	1,3	9	1,4	3	0,9	
Muito pouco saudável	47	3,4	35	5,5	12	3,8	
Mais ou menos saudável	153	37,3	116	18,1	37	11,7	
Bastante saudável	584	49,3	383	59,8	201	63,4	
Extremamente saudável	161	8,7	97	15,2	64	20,2	
Meio de transporte							0,002
Muito insatisfeito	4	0,4	2	0,3	2	0,6	
Insatisfeito	36	3,8	29	4,5	7	2,3	
Nem insatisfeito/nem satisfeito	131	13,7	96	15,0	35	11,0	
Satisfeito	675	70,5	455	71,1	220	69,4	
Muito satisfeito	111	11,6	58	9,1	53	16,7	
Condição de moradia							0,001
Muito insatisfeito	7	0,8	6	0,9	1	0,4	
Insatisfeito	33	3,4	26	4,1	7	2,2	
Nem insatisfeito/nem satisfeito	92	9,6	66	10,3	26	8,2	
Satisfeito	669	69,9	459	71,7	210	66,2	
Muito satisfeito	156	16,3	83	13,0	73	23,0	

Fonte: a autora, 2020.

Nota: *Mann-Whitney ($p < 0,05$).

6.2.4 Determinantes sociais

6.2.4.1 Apoio social

Quanto à rede social verificou-se que a média de parentes ($3,37 \pm 3,13$) foi maior do que de amigos ($1,79 \pm 2,56$). Na comparação entre os grupos houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$), com maior rede social entre os idosos do sexo masculino ($5,85 \pm 5,62$) em comparação ao feminino ($4,79 \pm 5,06$).

A maioria dos idosos relatou estar satisfeito com suas relações pessoais, sendo a maior proporção entre o sexo feminino em comparação ao masculino ($p < 0,001$), Tabela 12.

A média alcançada pelos idosos considerando-se as três dimensões de apoio social, foi de 88,18 ($\pm 16,79$). Entre os sexos, verificou-se média semelhante, sendo de 88,19 ($\pm 16,88$) nas mulheres e 88,15 ($\pm 16,63$) entre os homens, Tabela 11. Na análise de cada dimensão, verificou-se melhor nível de apoio material entre os idosos no geral, bem como, em ambos os sexos, feminino (91,90 $\pm 17,57$) e masculino (92,30 $\pm 17,03$), Tabela 11.

A Tabela 11 apresenta as dimensões da Escala de Apoio Social entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 11 - Distribuição das medidas de tendência central das dimensões da Escala de Apoio Social dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Dimensões de Apoio Social	Total		Sexo				p*
			Feminino		Masculino		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Material	92,03	17,39	91,90	17,57	92,30	17,03	
Emocional/de informação	86,92	19,75	86,50	20,15	87,77	18,93	
Interação social positiva/afetivo	87,40	18,80	86,98	19,06	88,24	18,26	
Total	88,18	16,79	88,19	16,88	88,15	16,63	0,968

Fonte: a autora, 2020.

Nota: **Teste t de Student* ($p < 0,05$).

6.2.4.2 Isolamento social e voluntariado

Houve predomínio de idosos com maior participação nas AAVD (73,9%), Tabela 12. Em relação ao número de AAVD realizadas, a média entre os idosos foi de 5,34 ($\pm 2,43$). Na análise entre os sexos, verificou-se diferença estatisticamente significativa ($p = 0,005$), sendo a maior média entre os homens (5,65 $\pm 2,50$) em comparação às idosas (5,18 $\pm 2,38$).

A maioria dos idosos estava satisfeita com as atividades na comunidade e relatou ter muita oportunidade de lazer, com maior proporção entre o sexo feminino em comparação ao masculino ($p = 0,019$; $p = 0,045$), Tabela 12.

A Tabela 12 apresenta a frequência dos determinantes sociais entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 12 - Distribuição de frequência dos determinantes sociais dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Variáveis	Sexo						p*
	Total		Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Apoio social							
Satisfação com as relações pessoais							<0,001
Muito insatisfeito	7	0,7	4	0,6	3	0,9	
Insatisfeito	36	3,8	30	4,7	6	1,9	
Nem insatisfeito/nem satisfeito	98	10,2	60	9,4	38	12,0	
Satisfeito	671	70,1	470	73,4	201	63,4	
Muito satisfeito	145	15,2	76	11,9	69	21,8	
Isolamento social e voluntariado							
Atividades Avançadas da vida diária							0,005
Maior participação	707	73,9	458	71,6	249	78,5	
Menor participação	250	26,1	182	28,4	68	21,5	
Atividades na comunidade							0,019
Muito insatisfeito	21	2,2	16	2,5	5	1,6	
Insatisfeito	89	9,3	66	10,3	23	7,3	
Nem insatisfeito/nem satisfeito	283	29,6	189	29,5	94	29,7	
Satisfeito	496	51,8	335	52,3	161	50,8	
Muito satisfeito	68	7,1	34	5,4	34	10,6	
Atividades de lazer							0,045
Nada	92	9,6	60	9,4	32	10,1	
Muito pouco	163	17,0	115	18,0	48	15,1	
Médio	283	29,6	192	30,0	91	28,7	
Muito	360	37,6	244	38,1	116	36,6	
Completamente	59	6,2	29	4,5	30	9,5	

Fonte: a autora, 2020.

Nota: **Qui-quadrado de Pearson* ($p<0,05$) e *Mann-Whitney* ($p<0,05$).

6.2.4.3 Educação

A média dos anos de estudo entre os idosos foi de 4,45 ($\pm 3,96$) anos. Entre os sexos, as idosas apresentaram média inferior ($4,34 \pm 3,95$) em comparação aos homens ($4,68 \pm 3,99$), porém sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,224$).

6.2.5 Determinantes econômicos

6.2.5.1 Condição socioeconômica

Houve predomínio de idosos com renda individual mensal de 1-3 salários mínimos, sendo a maior proporção entre os homens em comparação às mulheres ($p<0,001$), Tabela 13.

Na avaliação da condição econômica houve predomínio de idosos que a classificaram como regular (45,8%), com maior percentual entre as idosas (46,3%) em comparação aos homens (44,8%), sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,218$), Tabela 13.

A maioria dos idosos tinha mais ou menos dinheiro para satisfazer suas necessidades, com maior proporção entre os homens em comparação às idosas ($p=0,030$), Tabela 13.

6.2.5.2 *Seguridade social*

Houve predomínio de idosos aposentados e/ou pensionistas (72,8%), sendo a maior proporção entre o sexo masculino em comparação ao feminino ($p<0,001$), Tabela 13.

6.2.5.3 *Emprego*

A maioria dos idosos não exercia trabalho remunerado (84,0%), Tabela 13. Na comparação entre os grupos houve diferença estatisticamente significativa, visto a maior proporção de homens que trabalhavam em relação às idosas ($p=0,013$), Tabela 13.

A Tabela 13 apresenta a frequência dos determinantes econômicos entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 13 - Distribuição de frequência dos determinantes econômicos dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Variáveis	Total		Sexo				<i>p</i> **
	n	%	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Condição socioeconômica							
Renda individual mensal (em salários mínimos) *							<0,001
<1	80	8,4	76	11,9	4	1,3	
1-3	821	85,8	534	83,4	287	90,5	
≥3	56	5,8	30	4,7	26	8,2	
Avaliação da condição econômica							0,218
Ruim	162	16,9	115	18,0	47	14,8	
Regular	438	45,8	296	46,3	142	44,8	
Boa	357	37,3	229	35,7	128	40,4	
Dinheiro para satisfazer as necessidades							0,030
Nada	44	4,6	31	4,8	13	4,1	
Muito pouco	112	11,7	82	12,8	30	9,5	
Mais ou menos	525	54,9	349	54,5	176	55,5	
Bastante	219	22,8	150	23,4	69	21,8	
Extremamente	57	6,0	28	4,5	29	9,1	
Seguridade social							

Aposentadoria e pensões							<0,001
Sim	697	72,8	396	61,9	301	95,0	
Não	260	27,2	244	38,1	16	5,0	
Emprego							
Trabalho remunerado							0,013
Sim	153	16,0	89	13,9	64	20,2	
Não	804	84,0	551	86,1	253	79,8	

Fonte: a autora, 2020.

Nota: *Valor do salário mínimo (2019) R\$998,00; ***Qui-quadrado de Pearson* ($p<0,05$) e *Mann-Whitney* ($p<0,05$).

6.2.6 Serviços sociais e de saúde

Houve predomínio de idosos (61,5%) satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde, com maior proporção entre as idosas em comparação aos homens ($p=0,017$), Tabela 14.

A maioria possuía vínculo com o serviço de saúde (84,4%), sendo o maior percentual entre os homens (86,8%) em relação às idosas (83,3%), entretanto, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,164$), Tabela 14.

Entre os idosos que faziam uso de medicamentos contínuos (869) 48,7% receberam parte dos seus medicamentos, com maior proporção de aquisição entre as mulheres em comparação aos idosos ($p=0,016$), Tabela 14.

Maior percentual dos idosos avaliou a saúde como boa e relatou que esta permaneceu igual no decorrer de 12 meses, com maior proporção entre os homens idosos em comparação às mulheres ($p=0,001$; $p=0,015$), Tabela 14.

A Tabela 14 apresenta a frequência dos determinantes serviços sociais e de saúde de idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 14 - Distribuição de frequência dos determinantes serviços sociais e de saúde entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Variáveis	Sexo						p^*
	Total		Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Acesso aos serviços de saúde							0,017
Muito insatisfeito	16	1,8	14	2,2	2	0,6	
Insatisfeito	90	9,4	63	9,8	27	8,5	
Nem insatisfeito/nem satisfeito	162	16,9	102	15,9	60	18,9	
Satisfeito	589	61,5	406	63,4	183	57,7	
Muito satisfeito	100	10,4	55	8,6	45	14,2	
Vínculo com o serviço de saúde							0,164
Sim	808	84,4	533	83,3	275	86,8	
Não	149	15,6	107	16,7	42	13,2	

Acesso aos medicamentos de uso contínuo							0,016
Todos os medicamentos	153	17,6	91	15,2	62	29,4	
Parte dos medicamentos	423	48,7	293	49,1	130	47,8	
Nenhum dos medicamentos	293	33,7	213	35,7	80	22,8	
Autoavaliação da evolução do estado de saúde							0,015
Pior	326	34,1	238	37,2	88	27,7	
Igual	481	50,3	307	48,0	174	54,9	
Melhor	150	15,7	95	14,8	55	17,4	
Avaliação do atual estado de saúde							0,001
Péssima	20	2,1	16	2,5	4	1,3	
Má	130	13,6	101	15,8	29	9,1	
Regular	187	19,5	127	19,8	60	18,9	
Boa	517	54,0	342	53,4	175	55,2	
Ótima	103	10,8	54	8,4	49	15,5	

Fonte: a autora, 2020.

Nota: **Qui-quadrado de Pearson* ($p < 0,05$) e *Mann-Whitney* ($p < 0,05$).

6.3 MODELO DE ENVELHECIMENTO ATIVO, ENTRE IDOSOS DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA (MG)

A análise do modelo de medida inicial, proposto para descrever a forma como os seis determinantes do envelhecimento ativo (variáveis latentes) explicam a estrutura correlacional entre as variáveis observadas, Figura 17, não apresentou índices satisfatórios de qualidade de ajuste: $\chi^2/gf = 5,92$; $p < 0,001$; GFI = 0,85; CFI = 0,73; TLI = 0,69; PGFI = 0,71; PCFI = 0,65; RMSEA = 0,07; P-CLOSE $< 0,001$; e MECVI = 2,57 (MAROCO, 2014), Tabela 15. A Figura 12 apresenta as cargas fatoriais estandardizadas e a fiabilidade individual de cada um dos itens do modelo de medida inicial.

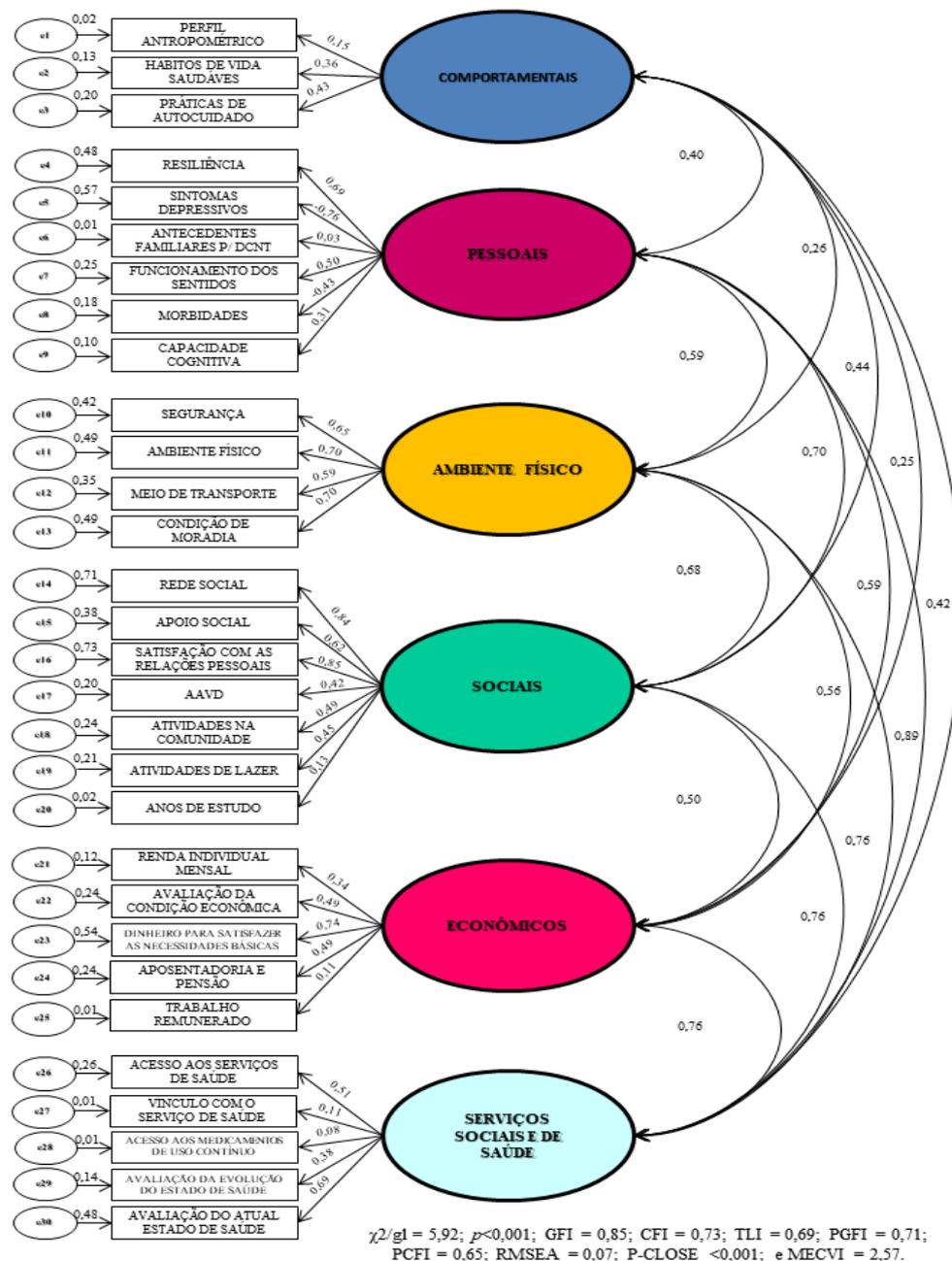
Desta forma, ao considerar a qualidade ruim de ajuste do modelo de medida inicial testado, realizou-se sua a reespecificação. Primeiramente foram eliminadas as vias não significativas ($p > 0,05$), sendo: antecedentes familiares para DCNT \leftarrow determinantes pessoais ($p = 0,486$) e vínculo com o serviço de saúde \leftarrow serviços sociais e de saúde ($p = 0,069$). Após, realizaram-se os cálculos dos IM superiores a 11, que sugeriram a inclusão de correlações entre os erros das variáveis observadas. No entanto, no modelo de medida II, Figura 13, alguns indicadores não apresentaram índices aceitáveis de qualidade de ajuste, a saber: CFI = 0,88 e TLI = 0,85 (MAROCO, 2014), Tabela 16. A Figura 13 apresenta as cargas fatoriais estandardizadas, a fiabilidade individual de cada um dos itens do modelo de medida II e as correlações entre os erros das variáveis observadas.

Para melhorar o ajuste do modelo de medida foram excluídas as variáveis observadas com carga fatorial estandardizada (λ) menor que 0,3, sendo: perfil antropométrico ($\lambda = 0,12$);

anos de estudo ($\lambda=0,17$); trabalho remunerado ($\lambda=0,20$) e acesso aos medicamentos de uso contínuo ($\lambda=0,10$). Assim, o modelo de medida III, Figura 14, apresentou boa qualidade de ajuste: $\chi^2/gf = 3,57$; $p < 0,001$; GFI = 0,94; CFI = 0,92; TLI = 0,90; PGFI = 0,67; PCFI = 0,71; RMSEA = 0,05; PCLOSE = 0,214; e MECVI = 0,98 (MAROCO, 2014), Tabela 15.

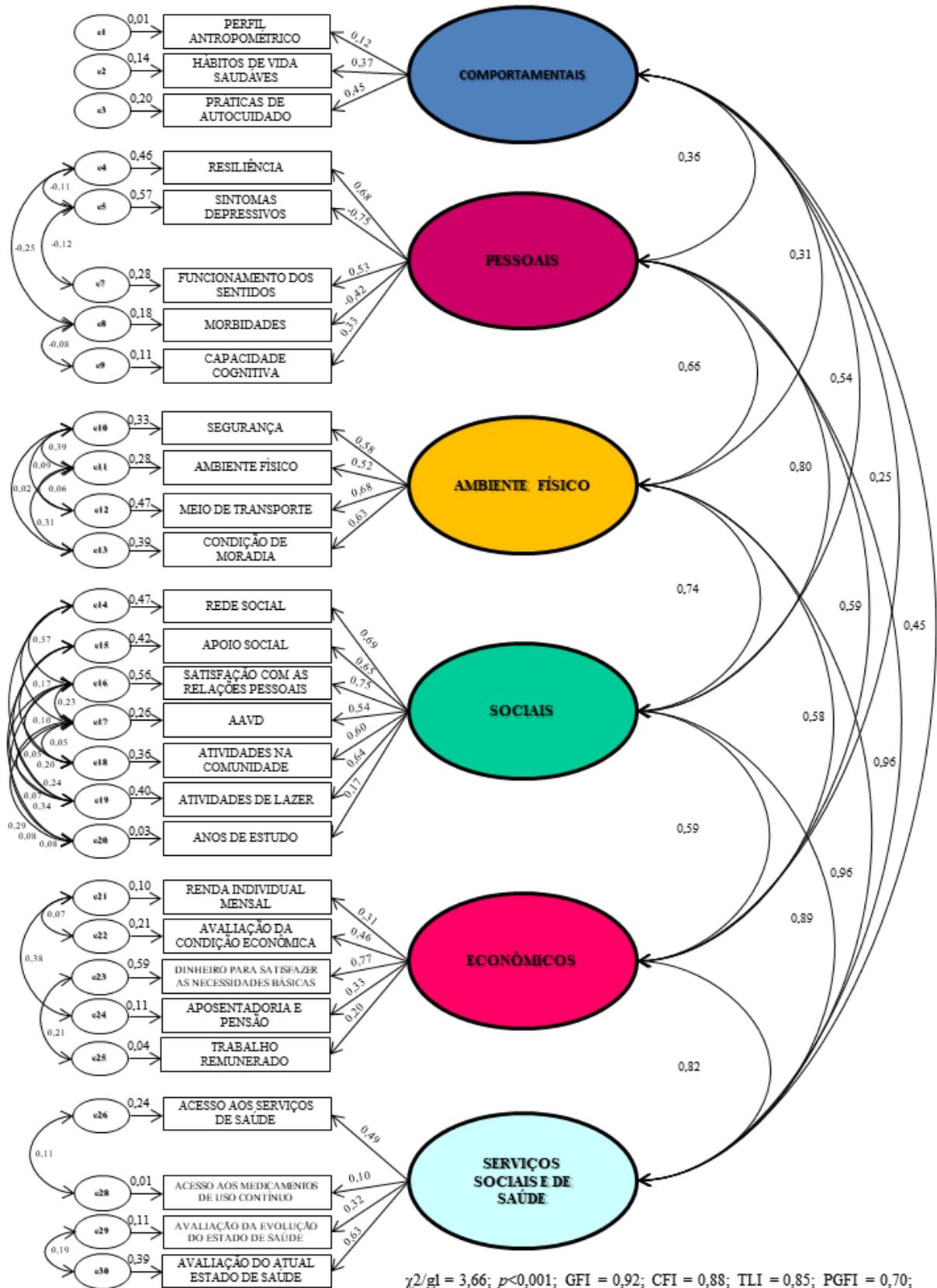
A Figura 14 apresenta as cargas fatoriais estandardizadas e a fiabilidade individual de cada um dos itens do modelo de medida III e as correlações entre as variáveis observadas.

Figura 12 - Modelo de medida inicial (AFC): Envelhecimento Ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)



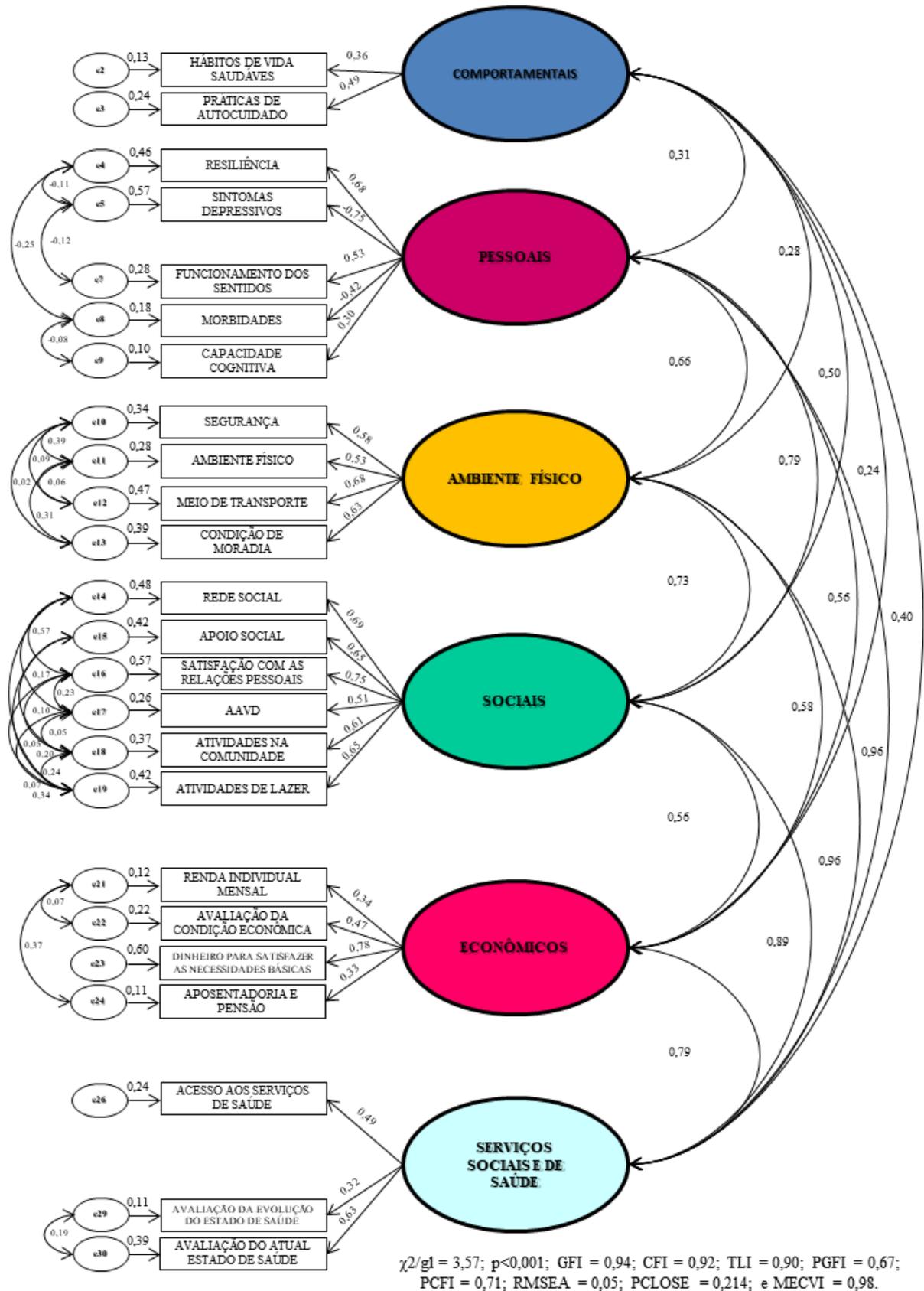
Fonte: a autora, 2020.

Figura 13 - Modelo de medida II (AFC): Envelhecimento Ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)



Fonte: a autora, 2020.

Figura 14 - Modelo de medida III (AFC): Envelhecimento Ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)



Fonte: a autora, 2020.

Em seguida, foram suprimidas as correlações entre os erros das variáveis observadas não significativas, sendo: resiliência ↔ sintomas depressivos ($p=0,160$); segurança ↔ meio de transporte ($p=0,090$); ambiente físico ↔ meio de transporte ($p=0,150$); segurança ↔ condição de moradia ($p=0,724$); apoio social ↔ atividades de lazer ($p=0,210$); AAVD ↔ atividades de lazer ($p=0,224$); atividades na comunidade ↔ atividades de lazer ($p=0,719$) e AAVD ↔ atividades na comunidade ($p=0,578$). Após essas modificações, o modelo de medida final, Figura 15, permaneceu com boa qualidade de ajuste: $\chi^2/\text{gl} = 3,50$; $p < 0,001$; GFI = 0,94; CFI = 0,92; TLI = 0,90; PGFI = 0,69; PCFI = 0,73; RMSEA = 0,05; PCLOSE = 0,320; e MECVI = 0,98 (MAROCO, 2014), Tabela 15.

A Figura 15 apresenta as cargas fatoriais estandardizadas e a fiabilidade individual de cada um dos itens do modelo de medida final e as correlações entre os erros das variáveis observadas.

O teste da diferença de *Qui-quadrados* ($\Delta\chi^2$) entre os modelos de medida, inicial e final, ($[\text{gl}=168] \Delta\chi^2=172,58$; $p < 0,05$) indicou que o modelo final apresentou melhor qualidade de ajuste, bem como, validade na amostra do estudo, pois o valor de MECVI foi consideravelmente menor em relação ao modelo inicial, Tabela 15.

A Tabela 15 apresenta os índices de qualidade de ajuste dos modelos de medida, testados entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

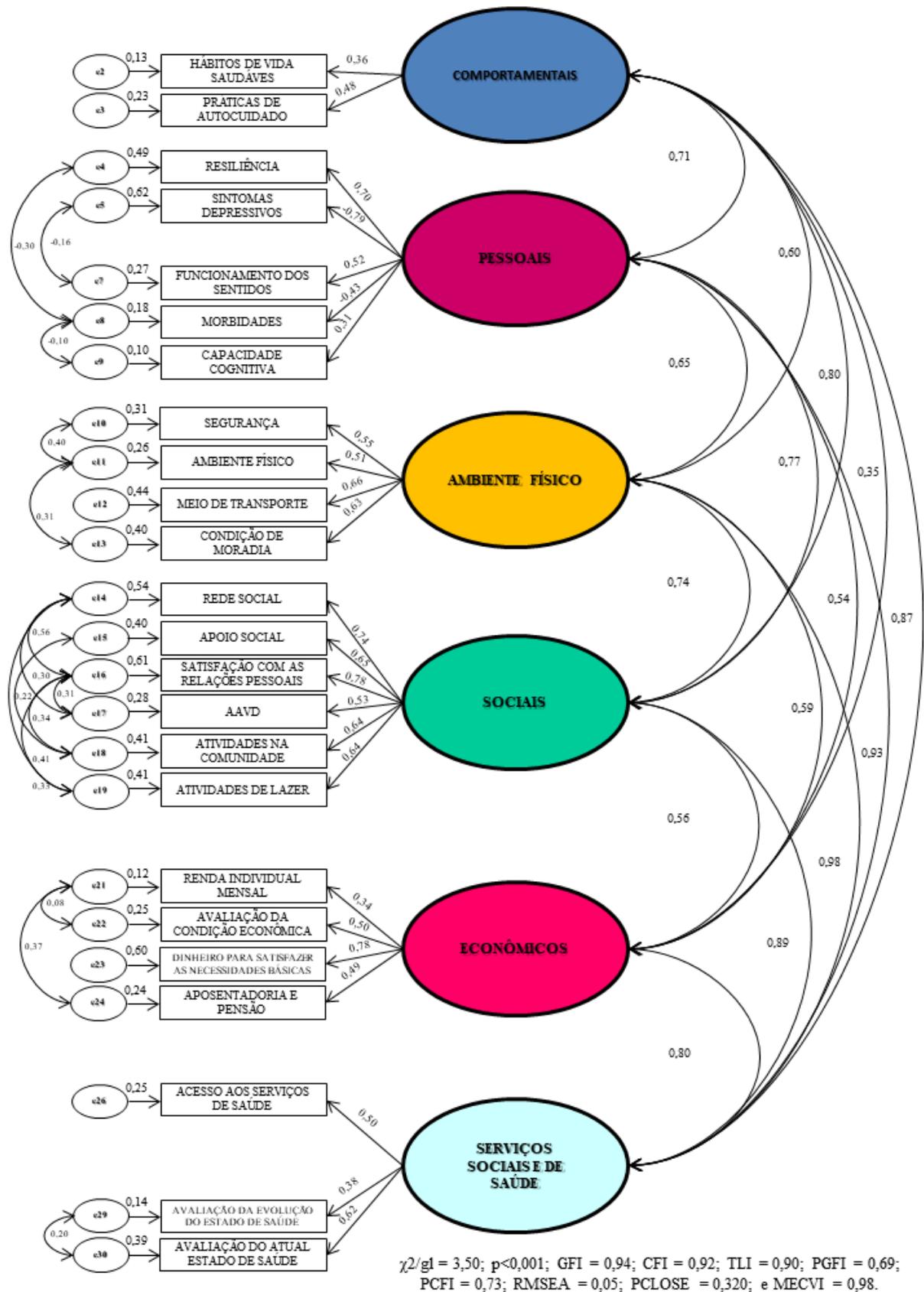
Tabela 15 – Índices de qualidade de ajuste dos modelos de medida, testados entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Modelos de medida	χ^2/gl	GFI	CFI	TLI	PGFI	PCFI	RMSEA	PCLOSE	MECVI
Inicial	5,92	0,85	0,73	0,69	0,71	0,65	0,07	<0,001	2,57
II	3,66	0,92	0,88	0,85	0,70	0,72	0,05	0,086	1,38
III	3,57	0,94	0,92	0,90	0,67	0,71	0,05	0,214	0,98
Final	3,50	0,94	0,92	0,90	0,69	0,73	0,05	0,320	0,98

Fonte: a autora, 2020.

Nota: Nota: relação *Qui-quadrado* e graus de liberdade (χ^2/gl); *Goodness of Fit Index* (GFI); *Comparative Fit Index* (CFI); *Tucker-Lewis Index* (TLI); *Parsimony Goodness of Fit Index* (PGFI); *Parsimony Comparative Fit Index* (PCFI); *Root Mean Error of Approximation* (RMSEA); P - *Root Mean Error of Approximation* (PCLOSE); e *Expected Cross-Validation Index* (MECVI).

Figura 15 - Modelo de medida final (AFC): Envelhecimento Ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)



Fonte: a autora, 2020.

Os valores de sk e ku das variáveis observadas, que permaneceram no modelo de medida final, estão em conformidade com os parâmetros de normalidade, Tabela 17. A maioria dos itens apresentou carga fatorial estandardizada ($\lambda > 0,3$) e fiabilidade individual ($R^2 \geq 0,25$), adequadas, Tabela 16.

Verificou-se que a variável observada, práticas de autocuidado ($\lambda = 0,48$) foi a mais representativa nos determinantes comportamentais, bem como, os sintomas depressivos ($\lambda = -0,79$) e a resiliência ($\lambda = 0,70$) nos determinantes pessoais; o meio de transporte ($\lambda = 0,66$) e a condição de moradia ($\lambda = 0,63$) no ambiente físico; as relações pessoais ($\lambda = 0,78$) e a rede social ($\lambda = 0,74$) nos determinantes sociais; o dinheiro para satisfazer as necessidades básicas ($\lambda = 0,78$) nos determinantes econômicos; e a avaliação do atual estado de saúde ($\lambda = 0,62$) nos serviços sociais e de saúde, Tabela 16.

A Tabela 16 apresenta os valores de sk , ku , carga fatorial estandardizada e fiabilidade individual das variáveis observadas, que permaneceram no modelo de medida final de envelhecimento ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 16 - Valores de assimetria, curtose, carga fatorial estandardizada e fiabilidade individual das variáveis observadas do modelo de medida final de envelhecimento ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Variáveis observadas	sk	ku	λ	R^2	p^*
Determinantes comportamentais					
Hábitos de vida saudáveis	-0,37	-,019	0,36	0,13	<0,001
Práticas de autocuidado	-0,29	-0,19	0,48	0,23	<0,001
Determinantes pessoais					
Resiliência	-0,79	0,50	0,70	0,49	<0,001
Sintomas depressivos	1,09	0,62	-0,79	0,62	<0,001
Funcionamento dos sentidos	-0,65	0,12	0,52	0,27	<0,001
Morbidades	0,48	-0,06	-0,43	0,18	<0,001
Capacidade cognitiva	-1,19	2,60	0,31	0,10	0,002
Ambiente físico					
Segurança	-1,03	1,51	0,55	0,31	<0,001
Ambiente físico	-0,98	1,72	0,51	0,26	<0,001
Meio de transporte	-1,04	2,62	0,66	0,44	<0,001
Condição de moradia	-1,19	3,39	0,63	0,40	<0,001
Determinantes sociais					
Rede social	-1,21	3,00	0,74	0,54	<0,001
Apoio social	-1,73	2,79	0,63	0,40	<0,001
Satisfação com as relações pessoais	-1,19	3,25	0,78	0,61	<0,001
Atividades avançadas da vida diária	-0,03	-0,66	0,53	0,28	<0,001
Atividades na comunidade	-0,73	0,53	0,64	0,41	<0,001
Atividades de lazer	-0,44	-0,59	0,64	0,41	<0,001

Determinantes econômicos					
Renda individual mensal	-0,27	4,00	0,34	0,12	<0,001
Avaliação da condição econômica	0,52	-1,72	0,50	0,25	<0,001
Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas	-0,14	0,57	0,78	0,60	<0,001
Aposentadoria e pensão	-1,03	-0,95	0,49	0,24	0,013
Serviços sociais e de saúde					
Acesso aos serviços de saúde	-1,00	1,00	0,50	0,25	<0,001
Autoavaliação da evolução do estado de saúde	0,25	-0,86	0,38	0,14	<0,001
Avaliação do atual estado de saúde	-0,73	0,06	0,62	0,39	<0,001

Fonte: a autora, 2020.

Nota: Assimetria (*sk*); Curtose (*ku*); Carga fatorial (λ); Fiabilidade individual (R^2); $p^* < 0,05$.

Entre os itens de cada um dos seis determinantes, a maioria das correlações foi de magnitude moderada a forte, Tabela 17. Nos determinantes pessoais, verificou-se que quanto maior o número de morbidades, menor o escore de resiliência ($r = -0,30$; $p < 0,001$), denotando que a presença de polimorbidades compromete a capacidade dos idosos de adaptação e enfrentamento frente às situações adversas, Tabela 17.

No ambiente físico observou-se uma correlação positiva entre o sentimento de segurança na vida diária e um ambiente físico saudável ($r = 0,40$; $p < 0,001$), ou seja, quanto mais seguro o idoso se sentia em relação à sua vida diária, mais ele considerava o ambiente físico como saudável, Tabela 17. O mesmo foi identificado entre as variáveis, ambiente físico e a condição de moradia ($r = 0,31$; $p < 0,001$), isto é, quanto mais saudável o ambiente físico, mais satisfeito o idoso estava com a sua condição de moradia, Tabela 17.

Nos determinantes sociais, a satisfação com as relações pessoais também apresentou correlação positiva com as atividades de lazer ($r = 0,41$; $p < 0,001$); atividades na comunidade ($r = 0,34$; $p < 0,001$); AAVD ($r = 0,31$; $p < 0,001$) e rede social ($r = 0,56$; $p < 0,001$), de forma que, quanto mais satisfeito o idoso estava com suas relações pessoais, maiores eram as oportunidades para atividades de lazer, a satisfação com as atividades da comunidade, a participação nas AAVD e a rede social, Tabela 17.

Nos determinantes econômicos, a maior renda esteve relacionada ao fato de o idoso ser aposentado e/ou pensionista ($r = 0,37$; $p < 0,001$), Tabela 17.

Observou-se correlações positiva e de forte magnitude entre os determinantes do envelhecimento ativo, exceto entre os determinantes comportamentais e econômicos ($r = 0,35$; $p = 0,001$), Tabela 17.

A Tabela 17 apresenta as correlações presentes no modelo de medida final de envelhecimento ativo entre os idosos residentes na Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 17 – Correlações entre as variáveis observadas e determinantes do Envelhecimento Ativo, no modelo de medida final, entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Correlações	r	p
Variáveis observadas – Determinantes pessoais		
Morbidades ↔ Capacidade cognitiva	-0,10	0,012
Sintomas depressivos ↔ Funcionamento dos sentidos	-0,16	<0,001
Morbidades ↔ Resiliência	-0,30	<0,001
Variáveis observadas – Ambiente físico		
Segurança ↔ Ambiente físico	0,40	<0,001
Ambiente físico ↔ Condição de moradia	0,31	<0,001
Variáveis observadas – Determinantes sociais		
Atividades de lazer ↔ Satisfação com as relações pessoais	0,41	<0,001
Atividades na comunidade ↔ Satisfação com as relações pessoais	0,34	<0,001
AAVD ↔ Satisfação com as relações pessoais	0,31	<0,001
Rede social ↔ Satisfação com as relações pessoais	0,56	<0,001
Rede social ↔ Atividades de lazer	0,33	<0,001
Rede social ↔ AAVD	0,30	<0,001
Apoio social ↔ Atividades na comunidade	0,22	<0,001
Variáveis observadas – Determinantes econômicos		
Renda individual mensal ↔ Aposentadoria e pensão	0,37	<0,001
Renda individual mensal ↔ Avaliação da condição econômica	0,08	0,022
Variáveis observadas – Serviços sociais e de saúde		
Autoavaliação da evolução do estado de saúde ↔ Avaliação do atual estado de saúde	0,20	<0,001
Determinantes do Envelhecimento Ativo		
Comportamentais ↔ Pessoais	0,71	<0,001
Comportamentais ↔ Ambiente Físico	0,60	<0,001
Comportamentais ↔ Sociais	0,80	<0,001
Comportamentais ↔ Econômicos	0,35	0,001
Comportamentais ↔ Serviços sociais e de saúde	0,87	<0,001
Pessoais ↔ Ambiente físico	0,65	<0,001
Pessoais ↔ Sociais	0,77	<0,001
Pessoais ↔ Econômicos	0,54	<0,001
Pessoais ↔ Serviços sociais e de saúde	0,93	<0,001
Ambiente físico ↔ Sociais	0,74	<0,001
Ambiente físico ↔ Econômicos	0,59	<0,001
Ambiente físico ↔ Serviços sociais e de saúde	0,98	<0,001
Sociais ↔ Econômicos	0,56	<0,001
Sociais ↔ Serviços sociais e de saúde	0,89	<0,001
Econômicos ↔ Serviços sociais e de saúde	0,80	<0,001

Fonte: a autora, 2020.

Nota: Coeficiente correlação de *Pearson* (r); $p < 0,05$.

Frente às correlações, de forte magnitude e estatisticamente significativas, entre os seis determinantes do envelhecimento ativo, Tabela 17, e com base no referencial teórico do tema em estudo, definiu-se um fator de 2ª ordem, denominado Envelhecimento Ativo, Figura 16.

Após a inserção do fator de 2ª ordem, realizaram-se os cálculos dos IM superiores a 11, que sugeriram a inclusão de correlações entre os erros das variáveis observadas, sendo: resiliência ↔ funcionamento dos sentidos ($r=0,20$; $p<0,001$), ou seja, quanto maior a resiliência, melhor a avaliação do funcionamento dos sentidos, incluindo a audição, visão, paladar, olfato e tato; rede social ↔ atividades na comunidade ($r=0,30$; $p<0,001$), indicando que quanto maior a rede social, mais satisfeito o idoso está com a participação nas atividades da comunidade; e acesso aos serviços de saúde ↔ avaliação do atual estado de saúde ($r=0,20$; $p<0,001$), mostrando uma correlação positiva entre a satisfação com o acesso aos serviços de saúde e o atual estado de saúde, Figura 16.

Verificou-se que o modelo permaneceu com boa qualidade de ajuste: $\chi^2/\text{gl} = 3,50$; $p<0,001$; GFI = 0,93; CFI = 0,91; TLI = 0,90; PGFI = 0,71; PCFI = 0,75; RMSEA = 0,05; PCLOSE = 0,318 e MECVI = 0,99 (MAROCO, 2014). A maioria dos itens apresentou carga fatorial estandardizada ($\lambda>0,3$) e fiabilidade individual ($R^2\geq 0,25$), adequadas, Tabela 18.

Na análise das trajetórias, observou-se que todas foram significativas, Tabela 19, sendo que as trajetórias: serviços sociais e de saúde ← Envelhecimento Ativo ($\lambda=0,97$; $p<0,001$) e determinantes sociais ← Envelhecimento Ativo ($\lambda=0,88$; $p<0,001$) foram as mais representativas, Tabela 18.

A Tabela 18 apresenta as cargas fatoriais estandardizadas e a fiabilidade individual das variáveis do modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 18 – Cargas fatoriais estandardizadas e fiabilidade individual das variáveis do modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

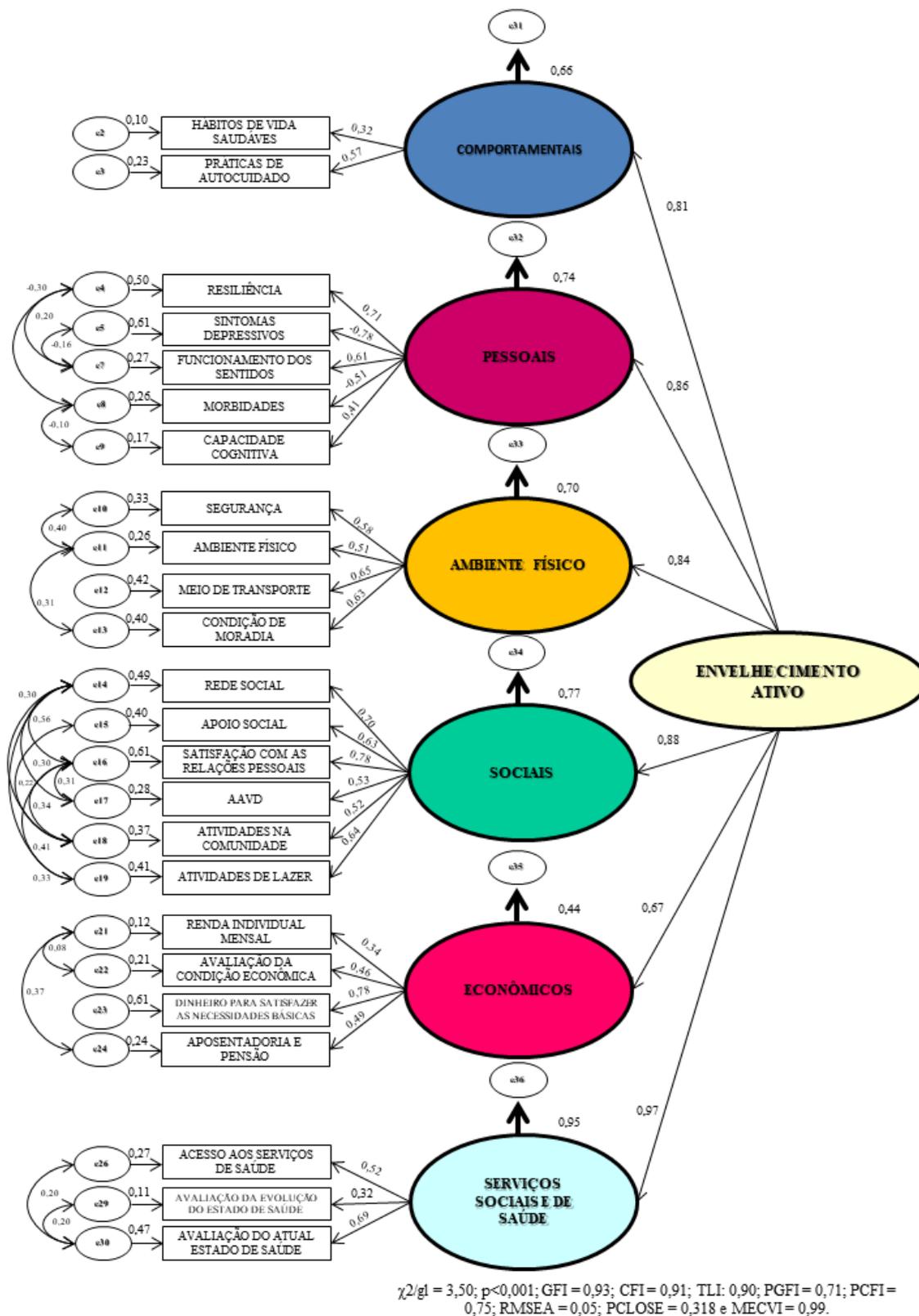
Variáveis	λ	R ²	p*
Envelhecimento ativo e determinantes			
Comportamentais	0,81	0,66	<0,001
Pessoais	0,86	0,74	<0,001
Ambiente físico	0,84	0,70	<0,001
Sociais	0,88	0,77	<0,001
Econômicos	0,67	0,44	<0,001
Serviços sociais e de saúde	0,97	0,95	<0,001
Determinantes comportamentais			
Hábitos de vida saudáveis	0,32	0,10	<0,001
Práticas de autocuidado	0,57	0,23	<0,001
Determinantes pessoais			
Resiliência	0,71	0,50	<0,001
Sintomas depressivos	-0,78	0,61	<0,001
Funcionamento dos sentidos	0,61	0,27	<0,001
Morbidades	-0,51	0,26	<0,001
Capacidade cognitiva	0,41	0,17	0,002
Ambiente físico			
Segurança	0,58	0,33	<0,001
Ambiente físico	0,51	0,26	<0,001
Meio de transporte	0,65	0,42	<0,001
Condição de moradia	0,63	0,40	<0,001
Determinantes sociais			
Rede social	0,70	0,49	<0,001
Apoio social	0,63	0,40	<0,001
Satisfação com as relações pessoais	0,78	0,61	<0,001
Atividades avançadas da vida diária	0,53	0,28	<0,001
Atividades na comunidade	0,52	0,37	<0,001
Atividades de lazer	0,64	0,41	<0,001
Determinantes econômicos			
Renda individual mensal	0,34	0,12	<0,001
Avaliação da condição econômica	0,46	0,21	<0,001
Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas	0,78	0,61	<0,001
Aposentadoria e pensão	0,49	0,24	0,009
Serviços sociais e de saúde			
Acesso aos serviços de saúde	0,52	0,27	<0,001
Autoavaliação da evolução do estado de saúde	0,32	0,11	<0,001
Avaliação do atual estado de saúde	0,69	0,47	<0,001

Fonte: a autora, 2020.

Nota: Carga fatorial (λ); Fiabilidade individual (R²); p* < 0,05.

A Figura 16 apresenta as cargas fatoriais estandardizadas e a fiabilidade individual de cada um dos itens do modelo de AFC de 2ª ordem e as correlações entre os erros das variáveis observadas.

Figura 16 - Modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem: Envelhecimento Ativo entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)



6.4 MODELO DE ENVELHECIMENTO ATIVO, SEGUNDO O SEXO DE IDOSOS DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA (MG)

Após o estabelecimento do modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, Figura 16, analisou se a estrutura fatorial proposta era equivalente entre os idosos dos sexos feminino e masculino.

Dessa forma, ao avaliar os índices de qualidade de ajuste ($\chi^2/\text{gl} = 2,34$; $p < 0,001$; GFI = 0,92; CFI = 0,91; TLI = 0,90; PGFI = 0,68; PCFI = 0,73; RMSEA = 0,03 e PCLOSE = 0,573) (MAROCO, 2014) verificou-se que o modelo, proposto na Figura 16, apresentou bom ajustamento, em simultâneo, aos idosos dos sexos feminino e masculino, indicando que a estrutura fatorial é equivalente para ambos os grupos. Entretanto, as cargas fatoriais (λ), ou seja, a relevância das variáveis presentes no modelo, variou significativamente entre os grupos ($\Delta\chi^2 = 30,9 > \chi^2_{0,95; (18)} = 28,8$; $p = 0,029$).

6.4.1 Modelo de envelhecimento ativo para idosos do sexo feminino

A análise do modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, para o sexo feminino, Figura 17, não apresentou índices satisfatórios de qualidade de ajuste para alguns indicadores, a saber: TLI = 0,88 e P-CLOSE = 0,03 (MAROCO, 2014), Tabela 19.

Desta forma, realizaram-se os cálculos dos IM superiores a 11, que sugeriram a inclusão da correlação entre os erros das variáveis observadas: apoio social ↔ atividades de lazer, Tabela 19. Entretanto, a correlação entre a renda individual mensal e a avaliação da situação econômica foi excluída, pois não permaneceu significativa ($p = 0,149$).

Após as modificações, o modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, para o sexo feminino, Figura 17, apresentou boa qualidade de ajuste: $\chi^2/\text{gl} = 2,92$; $p < 0,001$; GFI = 0,92; CFI = 0,91; TLI = 0,90; PGFI = 0,70; PCFI = 0,75; RMSEA = 0,05; PCLOSE = 0,06; e MECVI = 1,30 (MAROCO, 2014). A maioria dos itens possui carga fatorial estandardizada ($\lambda > 0,3$) e fiabilidade individual ($R^2 \geq 0,25$), adequadas, Tabela 19.

A Tabela 19 apresenta as cargas fatoriais estandardizadas e a fiabilidade individual das variáveis do modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, para idosos do sexo feminino residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 19 – Cargas fatoriais estandardizadas e fiabilidade individual das variáveis do modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, entre idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

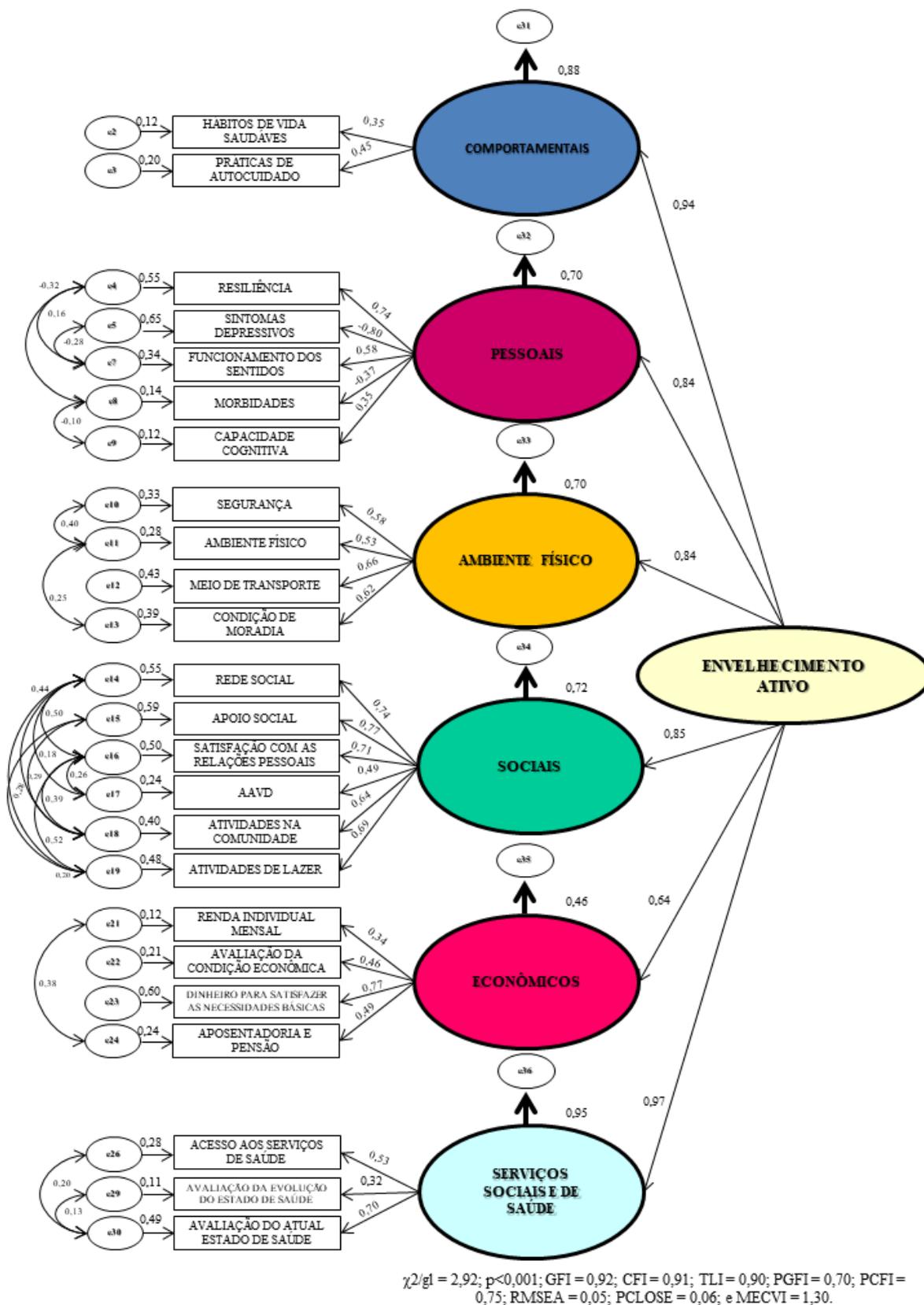
Variáveis	λ	R ²	p*
Envelhecimento ativo e determinantes			
Comportamentais	0,94	0,88	<0,001
Pessoais	0,84	0,70	<0,001
Ambiente físico	0,84	0,70	<0,001
Sociais	0,85	0,72	<0,001
Econômicos	0,67	0,46	0,05
Serviços sociais e de saúde	0,97	0,95	<0,001
Determinantes comportamentais			
Hábitos de vida saudáveis	0,35	0,12	<0,001
Práticas de autocuidado	0,45	0,20	<0,001
Determinantes pessoais			
Resiliência	0,74	0,55	<0,001
Sintomas depressivos	-0,80	0,65	<0,001
Funcionamento dos sentidos	0,58	0,34	<0,001
Morbidades	-0,37	0,14	<0,001
Capacidade cognitiva	0,35	0,12	0,004
Ambiente físico			
Segurança	0,58	0,33	<0,001
Ambiente físico	0,53	0,28	<0,001
Meio de transporte	0,66	0,43	<0,001
Condição de moradia	0,62	0,39	<0,001
Determinantes sociais			
Rede social	0,74	0,55	<0,001
Apoio social	0,77	0,59	<0,001
Satisfação com as relações pessoais	0,71	0,50	<0,001
Atividades avançadas da vida diária	0,49	0,24	<0,001
Atividades na comunidade	0,64	0,40	<0,001
Atividades de lazer	0,69	0,48	<0,001
Determinantes econômicos			
Renda individual mensal	0,34	0,12	<0,001
Avaliação da condição econômica	0,46	0,21	0,005
Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas	0,77	0,60	0,005
Aposentadoria e pensão	0,49	0,24	0,033
Serviços sociais e de saúde			
Acesso aos serviços de saúde	0,53	0,28	<0,001
Autoavaliação da evolução do estado de saúde	0,32	0,11	<0,001
Avaliação do atual estado de saúde	0,70	0,49	<0,001

Fonte: a autora, 2020.

Nota: Carga fatorial (λ); Fiabilidade individual (R²); p* < 0,05.

A Figura 17 apresenta as cargas fatoriais estandardizadas e a fiabilidade individual de cada um dos itens do modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento e as correlações entre os erros das variáveis observadas, para o sexo feminino.

Figura 17 - Modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem: Envelhecimento Ativo entre idosas residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)



Fonte: a autora, 2020.

Entre as idosas, identificou-se que nos determinantes comportamentais a variável mais representativa foi práticas de autocuidado ($\lambda=0,45$), da mesma maneira que, os sintomas depressivos ($\lambda=-0,80$) nos determinantes pessoais; o meio de transporte ($\lambda=0,66$) no ambiente físico; o apoio social ($\lambda=0,77$) nos determinantes sociais; o dinheiro para satisfazer as necessidades básicas ($\lambda=0,77$) nos determinantes econômicos; e a avaliação do atual estado de saúde ($\lambda=0,70$) nos serviços sociais e de saúde, Tabela 19.

As associações entre os determinantes e o Envelhecimento Ativo foram significativas, Tabela 20, sendo que a trajetória serviços sociais e de saúde \leftarrow Envelhecimento Ativo ($\lambda=0,97$; $p<0,001$) foi a mais expressiva, Tabela 19.

No determinante pessoal, o número de morbidades apresentou correlação negativa com o escore de resiliência, ou seja, quanto menor o número de morbidades, maior o escore de resiliência ($r=-0,32$; $p<0,001$), Tabela 20. O oposto foi verificado no determinante ambiente físico, entre a segurança na vida diária e o ambiente físico saudável, de modo que quanto maior a sensação de segurança na vida diária, mais as idosas consideravam o ambiente físico saudável ($r=0,40$; $p<0,001$), Tabela 20.

Observou-se no determinante social, que quanto mais satisfeita, a idosa estava com suas relações pessoais, melhores eram as oportunidades para atividades de lazer ($r=0,52$; $p<0,001$), a satisfação com a participação nas atividades da comunidade ($r=0,39$; $p<0,001$) e a rede social ($r=0,50$; $p<0,001$). A maior rede social esteve relacionada à maior satisfação com as oportunidades para atividades de lazer ($r=0,44$; $p<0,001$), Tabela 20.

No determinante econômico, o fato de ser aposentada e/ou pensionista apresentou relação positiva com a maior renda ($r=0,38$), Tabela 20.

A Tabela 20 apresenta as correlações presentes no modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento, para o sexo feminino.

Tabela 20 – Correlações entre as variáveis observadas no modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento, entre idosas residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Correlações	r	p
Variáveis observadas – Determinantes pessoais		
Morbidades \leftrightarrow Capacidade cognitiva	-0,10	0,010
Sintomas depressivos \leftrightarrow Funcionamento dos sentidos	-0,28	<0,001
Morbidades \leftrightarrow Resiliência	-0,32	<0,001
Resiliência \leftrightarrow Funcionamento dos sentidos	0,16	0,016
Variáveis observadas – Ambiente físico		
Segurança \leftrightarrow Ambiente físico	0,40	<0,001
Ambiente físico \leftrightarrow Condição de moradia	0,25	<0,001

Variáveis observadas – Determinantes sociais		
Atividades de lazer ↔ Satisfação com as relações pessoais	0,52	<0,001
Atividades na comunidade ↔ Satisfação com as relações pessoais	0,39	<0,001
AAVD ↔ Satisfação com as relações pessoais	0,26	<0,001
Rede social ↔ Satisfação com as relações pessoais	0,50	<0,001
Rede social ↔ Atividades de lazer	0,44	<0,001
Rede social ↔ AAVD	0,18	<0,001
Rede social ↔ Atividades na comunidade	0,28	<0,001
Apoio social ↔ Atividades na comunidade	0,29	<0,001
Apoio social ↔ Atividades de lazer	0,20	0,003
Variáveis observadas – Determinantes econômicos		
Renda individual mensal ↔ Aposentadoria e pensão	0,38	<0,001
Variáveis observadas – Serviços sociais e de saúde		
Autoavaliação da evolução do estado de saúde ↔ Avaliação do atual estado de saúde	0,20	<0,001
Acesso aos serviços de saúde ↔ Avaliação do atual estado de saúde	0,13	0,004

Fonte: a autora, 2020.

Nota: Coeficiente correlação de *Pearson* (r); $p < 0,05$.

6.4.2 Modelo de envelhecimento ativo para idosos do sexo masculino

O modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, entre os homens idosos, Figura 18, não apresentou índices satisfatórios de qualidade de ajuste em um dos indicadores, a saber: TLI = 0,89 (MAROCO, 2014).

Para melhorar o ajuste do modelo, eliminaram-se as vias não significativas ($p > 0,05$), sendo: capacidade cognitiva ← determinantes pessoais ($p = 0,416$) e aposentadoria e pensões ← determinantes econômicos ($p = 0,090$). Posteriormente, excluíram-se as correlações que não permaneceram significativas, a saber: autoavaliação da evolução do estado de saúde ↔ autoavaliação do estado de saúde ($p = 0,406$) e relações pessoais ↔ atividades na comunidade ($p = 0,188$). Assim, o modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, para o sexo masculino, Figura 18, apresentou melhor ajustamento ($\chi^2/g.l = 1,90$; $p < 0,001$; GFI = 0,91; CFI = 0,91; TLI = 0,90; PGFI = 0,68; PCFI = 0,74; RMSEA = 0,05; PCLOSE = 0,254; e MECVI = 1,57) (MAROCO, 2014).

A maioria dos itens apresentou carga fatorial estandardizada ($\lambda > 0,3$) e fiabilidade individual ($R^2 \geq 0,25$), adequadas, Tabela 21.

A Tabela 21 apresenta as cargas fatoriais estandardizadas e a fiabilidade individual das variáveis do modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, para idosos do sexo masculino residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 21 – Cargas fatoriais estandardizadas e fiabilidade individual das variáveis do modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem de Envelhecimento Ativo, entre homens idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

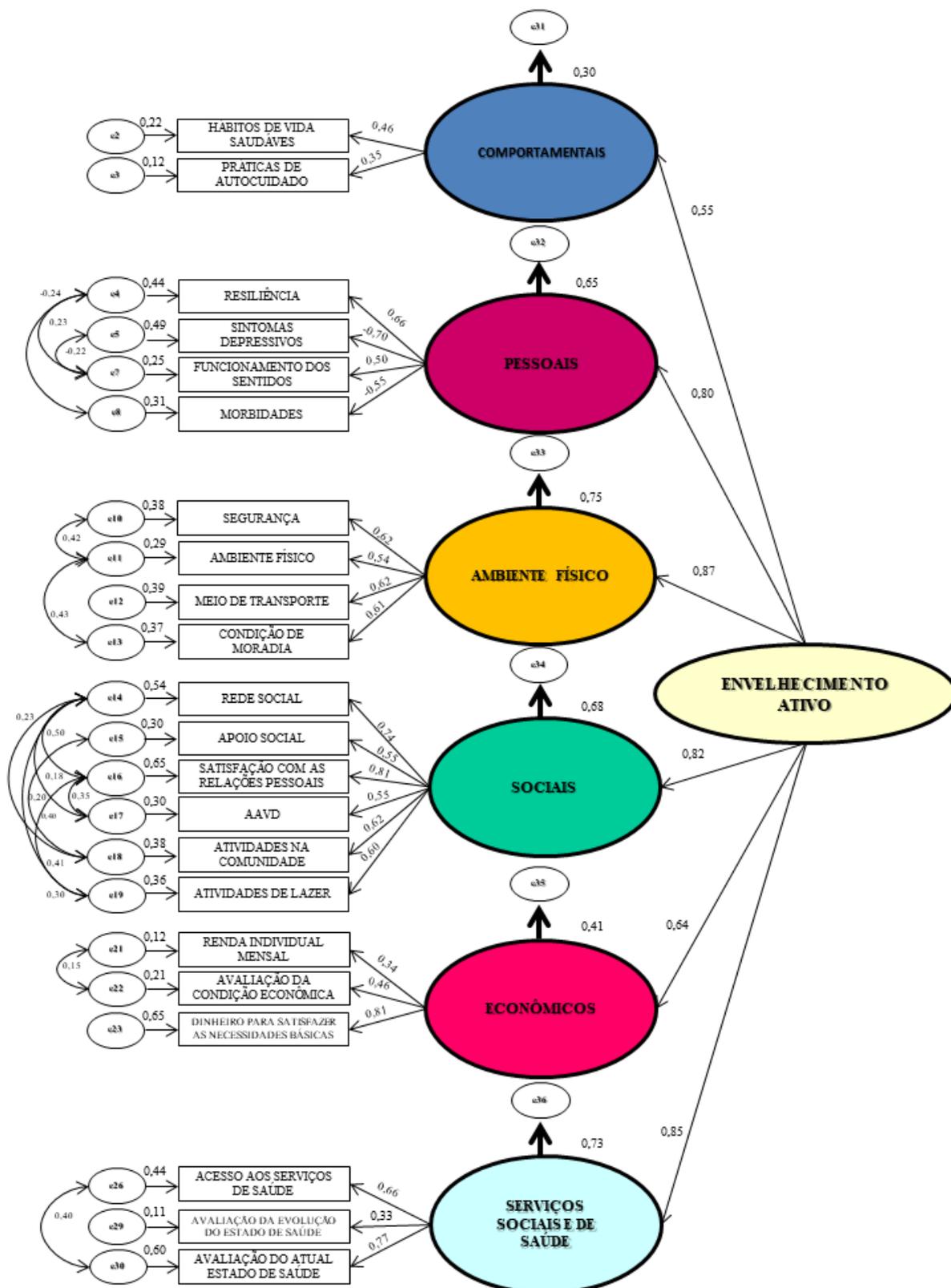
Variáveis	λ	R ²	p*
Envelhecimento ativo e determinantes			
Comportamentais	0,55	0,30	<0,001
Pessoais	0,80	0,65	<0,001
Ambiente físico	0,87	0,75	<0,001
Sociais	0,82	0,68	<0,001
Econômicos	0,64	0,41	0,01
Serviços sociais e de saúde	0,85	0,73	<0,001
Determinantes comportamentais			
Hábitos de vida saudáveis	0,46	0,22	<0,001
Práticas de autocuidado	0,35	0,12	0,022
Determinantes pessoais			
Resiliência	0,66	0,44	<0,001
Sintomas depressivos	-0,70	0,49	<0,001
Funcionamento dos sentidos	0,50	0,25	<0,001
Morbidades	-0,55	0,31	<0,001
Ambiente físico			
Segurança	0,62	0,38	<0,001
Ambiente físico	0,54	0,29	<0,001
Meio de transporte	0,62	0,39	<0,001
Condição de moradia	0,61	0,37	<0,001
Determinantes sociais			
Rede social	0,74	0,54	<0,001
Apoio social	0,55	0,30	<0,001
Satisfação com as relações pessoais	0,81	0,65	<0,001
Atividades avançadas da vida diária	0,55	0,30	<0,001
Atividades na comunidade	0,62	0,38	<0,001
Atividades de lazer	0,60	0,36	<0,001
Determinantes econômicos			
Renda individual mensal	0,34	0,12	<0,001
Avaliação da condição econômica	0,46	0,21	<0,001
Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas	0,81	0,65	0,001
Serviços sociais e de saúde			
Acesso aos serviços de saúde	0,66	0,44	<0,001
Autoavaliação da evolução do estado de saúde	0,33	0,11	<0,001
Avaliação do atual estado de saúde	0,77	0,60	<0,001

Fonte: a autora, 2020.

Nota: Carga fatorial (λ); Fiabilidade individual (R²); p* < 0,05.

A Figura 18 apresenta as cargas fatoriais estandardizadas e a fiabilidade individual de cada um dos itens do modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento e as correlações entre os erros das variáveis observadas, para o sexo masculino.

Figura 18 - Modelo de análise fatorial confirmatória de 2ª ordem: Envelhecimento Ativo entre homens idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)



$\chi^2/gf = 1,90$; $p < 0,001$; GFI = 0,91; CFI = 0,91; TLI = 0,90; PGFI = 0,68; PCFI = 0,74; RMSEA = 0,05; PCLOSE = 0,254; e MECVI = 1,57.

Fonte: a autora, 2020.

No modelo de envelhecimento ativo, para o sexo masculino, a variável observada que mais representou os determinantes comportamentais foi hábitos de vida saudáveis ($\lambda=0,46$), assim como, sintomas depressivos ($\lambda=-0,80$) nos determinantes pessoais; segurança ($\lambda=0,62$) e meio de transporte ($\lambda=0,62$) no ambiente físico; satisfação com as relações pessoais ($\lambda=0,81$) nos determinantes sociais; dinheiro para satisfazer as necessidades básicas ($\lambda=0,81$) nos determinantes econômicos; e avaliação do atual estado de saúde ($\lambda=0,77$) nos serviços sociais e de saúde, Tabela 21.

As associações entre os determinantes e o Envelhecimento Ativo foram significativas, Tabela 21. Entretanto, diferentemente do sexo feminino, a trajetória mais expressiva entre os homens idosos foi o ambiente físico \leftarrow Envelhecimento Ativo ($\lambda=0,87$; $p<0,001$), Tabela 22.

No determinante ambiente físico verificou-se relação positiva entre o sentimento de segurança na vida diária e o ambiente físico saudável ($r=0,42$; $p<0,001$), sendo que quanto mais os homens idosos sentiam-se seguros no dia a dia, mais eles consideravam o ambiente físico saudável, Tabela 22. O mesmo foi identificado entre as variáveis, ambiente físico e condição de moradia ($r=0,43$; $p<0,001$), ou seja, quanto mais o idoso considerava o ambiente físico saudável, mais satisfeito ele estava com as condições de moradia, Tabela 22.

Nos determinantes sociais observou-se que quanto mais o idoso do sexo masculino estava satisfeito com suas relações pessoais, maiores eram as oportunidades para atividades de lazer ($r=0,40$; $p<0,001$), a participação nas AAVD ($r=0,35$; $p<0,001$) e a rede social ($r=0,50$; $p<0,001$). A maior rede social também esteve relacionada à satisfação com as oportunidades para atividades de lazer ($r=0,30$; $p<0,001$), Tabela 22.

Nos determinantes serviços sociais e de saúde, quanto mais satisfeitos os idosos estavam com o acesso aos serviços de saúde, melhor era a avaliação do seu atual estado de saúde ($r=0,40$; $p<0,001$), Tabela 22.

A Tabela 22 apresenta as correlações presentes no modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento, para o sexo masculino.

Tabela 22 – Correlações entre as variáveis observadas no modelo de AFC de 2ª ordem de Envelhecimento, entre homens idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Correlações	r	p
Variáveis observadas – Determinantes pessoais		
Sintomas depressivos ↔ Funcionamento dos sentidos	-0,22	0,013
Morbidades ↔ Resiliência	-0,24	0,001
Resiliência ↔ Funcionamento dos sentidos	0,23	0,011
Variáveis observadas – Ambiente físico		
Segurança ↔ Ambiente físico	0,42	<0,001
Ambiente físico ↔ Condição de moradia	0,43	<0,001
Variáveis observadas – Determinantes sociais		
Atividades de lazer ↔ Satisfação com as relações pessoais	0,40	<0,001
AAVD ↔ Satisfação com as relações pessoais	0,35	<0,001
Rede social ↔ Satisfação com as relações pessoais	0,50	<0,001
Rede social ↔ Atividades de lazer	0,30	<0,001
Rede social ↔ AAVD	0,18	0,013
Rede social ↔ Atividades na comunidade	0,23	0,002
Apoio social ↔ Atividades na comunidade	0,20	0,005
Variáveis observadas – Determinantes econômicos		
Renda individual mensal ↔ Avaliação da condição econômica	0,15	0,049
Variáveis observadas – Serviços sociais e de saúde		
Acesso aos serviços de saúde ↔ Avaliação do atual estado de saúde	0,40	0,048

Fonte: a autora, 2020.

Nota: Coeficiente correlação de *Pearson* (r); $p < 0,05$.

6.5 QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA (MG)

Na avaliação da QV, a maioria dos idosos a classificou como boa (58,7%). Em relação aos domínios de QV no WHOQOL-BREF, o maior escore médio foi para o domínio das relações sociais ($70,12 \pm 15,43$), enquanto o menor, para o físico ($64,41 \pm 17,15$).

A faceta do WHOQOL-OLD que apresentou maior escore médio para QV foi morte e morrer ($75,43 \pm 26,73$), e o menor escore foi na faceta autonomia ($69,14 \pm 15,58$), Tabela 23.

Na Tabela 23 são apresentados os resultados dos escores de QV mensurados por meio dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG).

Tabela 23 - Distribuição dos escores de qualidade de vida dos domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Qualidade de Vida	Média	Desvio Padrão
DOMÍNIOS WHOQOL-BREF		
Físico	64,41	17,15
Psicológico	70,07	14,28
Relações sociais	70,12	15,43
Meio Ambiente	65,88	13,02
FACETAS WHOQOL-OLD		
Funcionamento dos sentidos	73,82	22,84
Autonomia	69,14	15,58
Atividades passadas, presentes e futuras	69,26	14,44
Participação social	67,20	16,29
Morte e morrer	75,43	26,73
Intimidade	72,72	19,96

Fonte: a autora, 2020.

6.6 EFEITO DO ENVELHECIMENTO ATIVO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA (MG)

O modelo estrutural, que demonstra o efeito do Envelhecimento Ativo sobre a QV dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG), apresentou índices aceitáveis de qualidade de ajuste: $\chi^2/df = 3,63$; $p < 0,001$; GFI = 0,93; CFI = 0,91; TLI = 0,90; PGFI = 0,72; PCFI = 0,76; RMSEA = 0,05; PCLOSE = 0,130; MECVI = 1,11 e RNFI = 0,94 (MAROCO, 2014), Figura 22. A maioria dos itens apresentou carga fatorial estandardizada ($\lambda > 0,3$) e fiabilidade individual ($R^2 \geq 0,25$), adequadas, Tabela 24.

A Tabela 24 apresenta as cargas fatoriais estandardizadas e a fiabilidade individual das variáveis do modelo estrutural do efeito do Envelhecimento Ativo sobre a QV dos idosos.

Tabela 24 – Cargas fatoriais estandardizadas e fiabilidade individual das variáveis do modelo estrutural do efeito do Envelhecimento Ativo sobre a qualidade de vida dos idosos residentes na comunidade da Microrregião de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2020

Variáveis	λ	R^2	p^*
Envelhecimento ativo e determinantes			
Comportamentais	0,77	0,59	<0,001
Pessoais	0,85	0,72	<0,001
Ambiente físico	0,82	0,67	<0,001
Sociais	0,83	0,69	<0,001
Econômicos	0,68	0,47	<0,001
Serviços sociais e de saúde	0,94	0,89	<0,001
Determinantes comportamentais			
Hábitos de vida saudáveis	0,37	0,14	<0,001

Práticas de autocuidado	0,45	0,21	<0,001
Determinantes pessoais			
Resiliência	0,71	0,51	<0,001
Sintomas depressivos	-0,79	0,61	<0,001
Funcionamento dos sentidos	0,58	0,34	<0,001
Morbidades	-0,43	0,18	<0,001
Capacidade cognitiva	0,41	0,17	0,002
Ambiente físico			
Segurança	0,58	0,33	<0,001
Ambiente físico	0,52	0,27	<0,001
Meio de transporte	0,65	0,42	<0,001
Condição de moradia	0,63	0,40	<0,001
Determinantes sociais			
Rede social	0,73	0,53	<0,001
Apoio social	0,63	0,40	<0,001
Satisfação com as relações pessoais	0,78	0,60	<0,001
Atividades avançadas da vida diária	0,53	0,28	<0,001
Atividades na comunidade	0,64	0,41	<0,001
Atividades de lazer	0,64	0,41	<0,001
Determinantes econômicos			
Renda individual mensal	0,34	0,12	<0,001
Avaliação da condição econômica	0,48	0,23	<0,001
Dinheiro para satisfazer as necessidades básicas	0,76	0,58	<0,001
Aposentadoria e pensão	0,49	0,24	0,009
Serviços sociais e de saúde			
Acesso aos serviços de saúde	0,53	0,28	<0,001
Autoavaliação da evolução do estado de saúde	0,32	0,11	<0,001
Avaliação do atual estado de saúde	0,77	0,59	<0,001
Qualidade de vida	0,70	0,50	<0,001

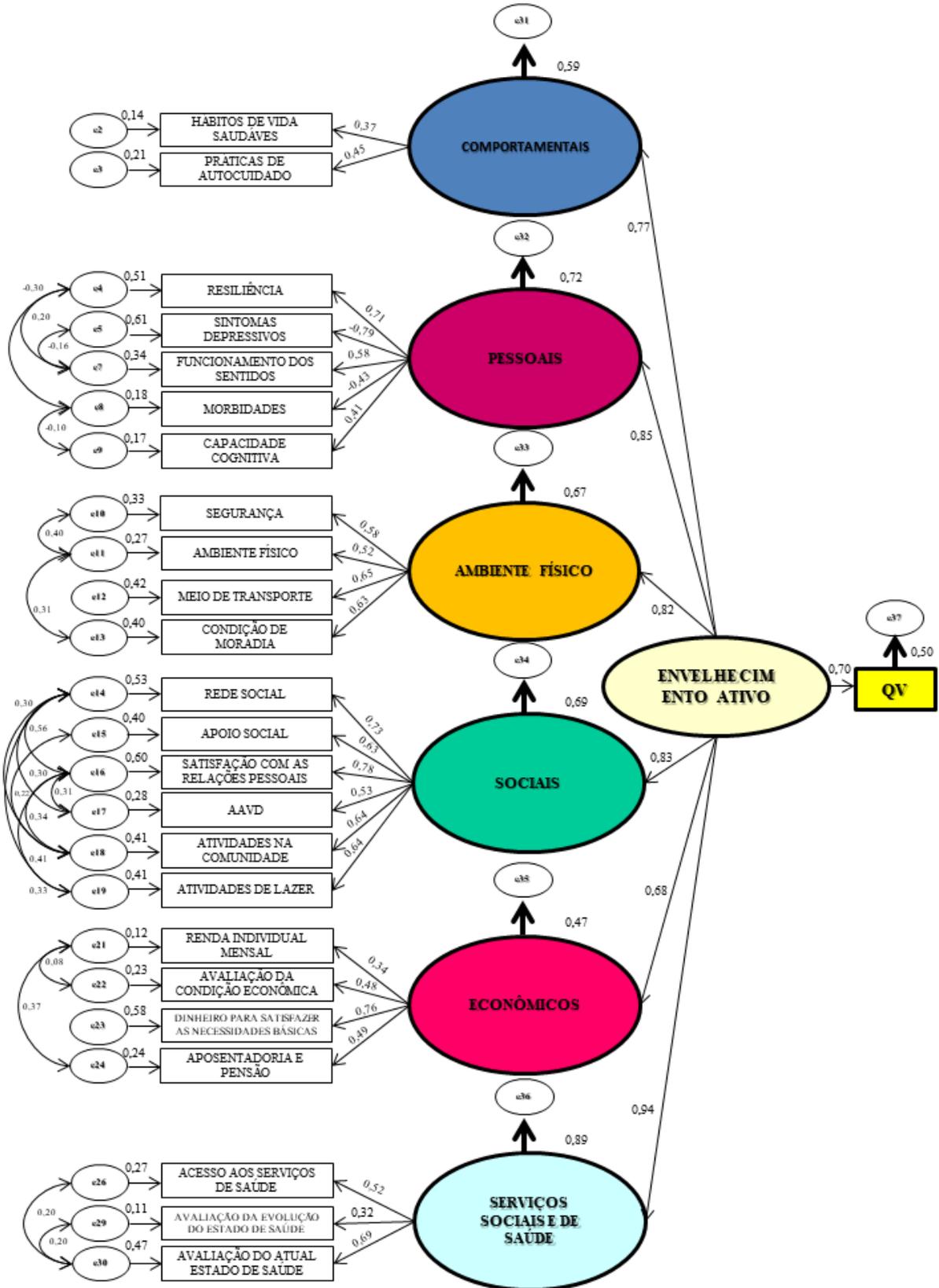
Fonte: a autora, 2020.

Nota: Carga fatorial (λ); Fiabilidade individual (R^2); $p^* < 0,05$.

Verificou-se que o fator de 2ª ordem, Envelhecimento Ativo, explicou 50,0% da variação na QV e exerceu efeito direto e positivo sobre a mesma ($\lambda=0,70$; $p<0,001$), evidenciando que quanto mais se envelhece ativamente, melhor a autoavaliação da QV, ou seja, o aumento de uma unidade de envelhecimento ativo implica em um acréscimo de 0,70 na QV, Figura 19.

A Figura 19 apresenta o modelo estrutural do efeito do Envelhecimento Ativo sobre a QV dos idosos do presente estudo.

Figura 19 – Modelo estrutural: Efeito do Envelhecimento Ativo sobre a qualidade de vida dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)



$\chi^2/gf = 3,63$; $p < 0,001$; GFI = 0,93; CFI = 0,91; TLI = 0,90; PGFI = 0,72; PCFI = 0,76; RMSEA = 0,05; PCLOSE = 0,130; MECVI = 1,11 e RNFI = 0,94.

Fonte: a autora, 2020.

Discussão

7 DISCUSSÃO

7.2 DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE IDOSOS DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA (MG) SEGUNDO SEXO

7.2.1 Determinantes comportamentais

7.2.1.1 Perfil antropométrico

De acordo com a classificação do IMC, maior percentual de idosos com sobrepeso corrobora estudos internacionais (SOUSA-SANTOS et al., 2018; BOYANAGARI et al., 2018) e nacionais (CARDOZO et al., 2017; MENIN et al., 2017; SANTOS; CAMPOS, 2018; CORRÊA et al., 2019; MILAGRES et al., 2019), desenvolvidos na comunidade. Pesquisa que utilizou dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Web, do município de Vitória (ES), verificou que 69,0% dos idosos foram classificados com sobrepeso (SANTOS et al., 2018). Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) demonstraram que o sobrepeso aumentou em 26,3% no Brasil nos últimos 10 anos e, atualmente, é observado em 53,8% da população, sendo que, na faixa etária dos 55 aos 64 anos de idade se encontra a maior parcela com essa condição (BRASIL, 2017c). Entretanto, resultado divergente foi verificado no estudo no norte de Minas Gerais (MG), no qual a eutrofia esteve presente na maioria dos idosos (41,0%) (PEREIRA et al., 2018). O aumento do sobrepeso na população idosa é alarmante e está associado ao surgimento das DCNT, que impactam negativamente o processo de envelhecimento humano e a QV desse grupo etário (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016; SOUZA et al., 2018).

Como em outras pesquisas, nacionais (CLOSS et al., 2015; REZENDE et al., 2015; SASS; SILVA MARCON, 2015; PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016; CARDOZO et al., 2017; MENIN et al., 2017; GONÇALVES et al., 2018; CORRÊA et al., 2019; MILAGRES et al., 2019) e internacionais (BRAVO et al., 2019; LEE; CHEN; LEE, 2019; BOYANAGARI et al., 2018), o sobrepeso foi mais frequente entre as idosas. De fato, tem-se observado durante o processo de envelhecimento humano feminino, alterações no perfil metabólico que modificam a composição e distribuição do tecido adiposo, favorecendo o aumento de peso (MELO et al., 2018). Assim, esses resultados demonstram a necessidade de políticas públicas de saúde que preconizem a prevenção, o controle e/ou a redução do excesso de adiposidade corporal e suas comorbidades associadas, na população idosa.

Devido à facilidade metodológica e ao baixo custo operacional, o IMC tem sido utilizado como um indicador antropométrico em estudos epidemiológicos envolvendo idosos (REZENDE et al., 2015; SASS et al., 2015; PEREIRA et al., 2016; CARDOZO et al., 2017; MENIN et al., 2017; CORRÊA et al., 2019; MILAGRES et al., 2019). Contudo, seu uso isolado nessa população é questionável (SASS et al., 2015; CORRÊA et al., 2019), em função das alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento humano, como: diminuição na estatura, acúmulo de tecido adiposo, redução da massa corporal magra e da quantidade de água no organismo (PAPALÉO NETTO, 2017). Deste modo, outros indicadores também devem ser utilizados na avaliação do estado nutricional dos idosos, a saber: CA; CP e CB (SASS et al., 2015).

Como a relação entre o IMC e o risco de morbidades pode ser afetada pela distribuição da gordura corpórea, independentemente do peso corporal (PRENTICE; JEBB, 2001), recomenda-se, para um melhor diagnóstico do excesso de peso, como preditor de risco à saúde, a mensuração da CA (CORRÊA et al., 2019), que quando associada ao IMC, torna-se um bom preditor de risco para doenças metabólicas (CORRÊA et al., 2019).

A prevalência de idosos da comunidade com alto risco para complicações metabólicas, mensurado pela CA, está em consonância com estudos nacionais (CLOSS, et al., 2015; CARDOZO et al., 2017; MENIN et al., 2017; SILVEIRA et al., 2018; CORRÊA et al. 2019; MILAGRES et al., 2019) e internacionais (SOUSA-SANTOS et al., 2018; WANG et al., 2018). Nos idosos, a CA inadequada está relacionada às alterações nas funções fisiológicas e metabólicas, que refletem na composição corporal e na saúde da população (CLOSS et al., 2015). Assim, é de suma importância que pessoas idosas se alimentem com qualidade e variedade, e aliem esse hábito às atividades físicas que proporcionem mais prazer e satisfação, para que a longevidade seja alcançada com saúde, minimizando o impacto que a gordura visceral pode causar no aumento do risco cardiovascular (CORRÊA et al., 2019).

Os dados deste estudo trazem diferenças relevantes no diagnóstico de risco entre os sexos, com as idosas, apresentando maior prevalência de CA inadequada, resultado também verificado nas investigações nacionais (CLOSS et al., 2015; MENIN et al., 2017; SILVEIRA et al., 2018; CORRÊA et al., 2019; MILAGRES et al., 2019) e internacional (WANG et al., 2018). Esse achado pode estar relacionado com a tendência das mulheres apresentarem maior acúmulo de gordura na região abdominal em relação aos homens (MELO et al., 2018), fato que pode ser explicado pela menopausa que na maioria das vezes é acompanhada pelo aumento de peso e adiposidade (MELO et al., 2018).

A adequação da CP foi identificada em maior percentual nos estudos nacional entre idosos cadastrados nas UBS do município de Pelotas (RS) (91,6%) (CARDOZO et al., 2017), e internacional com idosos indianos residentes na zona rural e urbana (88,2%) (BOYANAGARI et al., 2018). Entretanto, percentual semelhante foi verificado na pesquisa conduzida com idosos cadastrados na APS no município de Goiânia (GO) (71,9%) (PAGOTTO et al., 2019). Corroborando com o presente estudo, o predomínio de adequação da CP entre as idosas, também foi verificado nas pesquisas nacional (74,1%) (PAGOTTO et al., 2019) e internacional (90,0%) (BOYANAGARI et al., 2018).

A identificação de idosos com massa muscular diminuída por meio da CP foi verificada por investigações que avaliaram sua capacidade em prever a mortalidade (TSAI; LAI; CHANG, 2012; PÉREZ-ZEPEDA; GUTIÉRREZ-ROBLEDO, 2016), a incapacidade funcional (TSAI; LAI; CHANG, 2012) e a necessidade de cuidados (HSU; TSAI; WANG, 2016). Em Taiwan, a diminuição da CP (HSU; TSAI; WANG, 2016) aumentou o risco de morte em homens em 1,30 ($p < 0,001$) e nas mulheres em 1,38 ($p < 0,001$).

Embora as pesquisas (PÉREZ-ZEPEDA; GUTIÉRREZ-ROBLEDO, 2016; HSU; TSAI; WANG, 2016), tenham demonstrado que a diminuição da CP aumenta a probabilidade de redução de massa muscular, estudo com idosos do México verificou que o aumento desse indicador ($>38\text{cm}$) apresentou associação independente com a incapacidade funcional, sugerindo que o tecido adiposo pode causar impacto na função muscular (TSAI; LAI; CHANG, 2012). A avaliação da CP pode, portanto, ser uma tecnologia útil na prática clínica do enfermeiro, tanto na identificação, como no acompanhamento da diminuição de massa muscular, perdas corporais e identificação precoce de sarcopenia (PAGOTTO et al., 2019).

No que se refere à reserva calórica e proteica, que pode ser identificada por meio da mensuração da CB, verificou-se em pesquisas nacionais (CLOSS et al., 2017; MENIN et al., 2017), assim como no presente estudo, o predomínio de idosos com esse indicador dentro da normalidade, com maior percentual de adequação entre as idosas (CLOSS et al., 2015; REZENDE et al., 2015; MENIN et al., 2017).

A avaliação do perfil antropométrico da população idosa pode subsidiar ações favoráveis à melhoria da QV e à promoção do envelhecimento ativo. Assim, na prática clínica de enfermagem, a avaliação dos indicadores antropométricos supracitados deve ser realizada em diferentes níveis dos serviços de saúde, direcionando o julgamento clínico e aumentando a probabilidade de uma correta decisão diagnóstica e adoção de medidas preventivas.

7.2.1.2 Hábitos de vida saudáveis

Em um cenário de rápido envelhecimento populacional e aumento das DCNT, a prática de atividade física aparece como uma das estratégias para a melhoria das condições de saúde dos idosos, ao lado de outros hábitos de vida, como adoção de dieta saudável, controle do tabagismo, redução do consumo excessivo de álcool e boa qualidade de sono (ILC-BRASIL, 2015). No atual estudo, bem como, em outras investigações nacionais (MATOS et al., 2018; PEIXOTO et al., 2018; COSTA; NERI, 2019; OLIVEIRA et al., 2019a; PETRONI et al., 2019) e internacional (GOMES et al., 2017), a atividade física foi praticada pela maioria dos idosos.

Em consonância com a presente pesquisa, inquéritos desenvolvidos entre idosos da comunidade do município de Lafaiete Coutinho (BA) (60,6%) (MATOS et al., 2018), cadastrados nas UBS de Maringá (PR) (60,7%) (OLIVEIRA et al., 2019) e participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) (67,0%) (PEIXOTO et al., 2018), verificaram maiores percentuais de idosos ativos. Investigação realizada com base nos dados contidos no banco eletrônico do estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), que utilizou o instrumento *Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire*, identificou predomínio de alto nível de engajamento nas atividades físicas (64,8%) (COSTA; NERI, 2019). Já no inquérito, com dados do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), em que os idosos foram classificados em não japoneses e japoneses e/ou descendentes diretos de japoneses, percentuais inferiores ao da atual investigação foram verificados, no qual 38,3% dos não japoneses eram ativos, bem como, 51,5% dos japoneses e/ou descendentes de japoneses (PETRONI et al., 2019). A prevalência da prática de atividade física entre populações no Brasil varia amplamente e parte dessas diferenças pode ser atribuída à diversidade de instrumentos utilizados para sua mensuração.

No âmbito internacional, superior ao presente estudo, dados do *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*, coletados em 16 países europeus, obtiveram prevalência de 87,5% de atividade física em níveis considerados suficientes na população com 55 anos ou mais de idade, com ampla variação entre os países, dos quais Portugal apresentava menor percentual (71,0%) (GOMES et al., 2017).

A prática regular de atividade física proporciona alterações positivas durante todo o processo de envelhecimento humano, seja ela de caráter social, psicológico e/ou fisiológico (AREM; MATTHEWS; LEE, 2015; MCPHEE et al., 2016). Essa relação entre atividade física e saúde dos idosos é consenso na literatura (ILC-BRASIL, 2015; MCPHEE et al., 2016;

CAMBOIM et al., 2017), existindo diretrizes quanto à intensidade, frequência e duração para prevenção de doenças (WHO, 2010a).

Segundo a OMS, os idosos devem realizar pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica, com intensidade moderada, durante a semana ou fazer pelo menos 75 minutos de atividade com intensidade vigorosa, pelo mesmo período. Quando o idoso não pode fazer as quantidades recomendadas, devido às condições de saúde, eles devem ser tão fisicamente ativos quanto as suas capacidades e as condições permitirem (WHO, 2010a).

Com o processo de envelhecimento ocorre a redução natural das propriedades fisiológicas e biológicas, a exemplo da força e massa muscular, que começam a diminuir já na meia idade, aumentando o risco de declínio da funcionalidade física durante a idade avançada (MCPHEE et al., 2016). Nesse contexto, a atividade física exerce um papel importante na atenuação desses declínios fisiológicos.

Todavia, a inatividade física nesse grupo ainda é predominante (HIAGRA; BATISTONI; NERI, 2017; FLORES et al., 2018; PEREIRA et al., 2019; RODRIGUES et al., 2019), fato que exacerba o declínio físico e funcional (CAMBOIM et al., 2017), impactando negativamente na QV desse grupo etário (ALCANTRA et al., 2015).

Dados divergentes ao presente estudo foram verificados nas investigações nacionais com idosos comunitários dos municípios de Pelotas (RS) (59,8%) (FLORES et al., 2018), Canindé (CE) (58,9%) (PEREIRA et al., 2019) e Aiquara (BA) (53,9%) (RODRIGUES et al., 2019), nas quais a maioria foi classificada como inativa.

Mundialmente, 31,0% dos indivíduos com idade acima de 15 anos apresentam nível insatisfatório de atividade física, que amplia com o aumento da idade (WHO, 2018). De acordo com as Diretrizes para Atividades Físicas para Americanos de 2008, 14,0% dos estadunidenses com idade entre 65 a 74 anos e 7,0% com mais de 75 anos de idade realizavam atividade física regular (DHHS, 2008). Na Inglaterra, os dados nacionais do último Inquérito de Saúde mostram que entre os idosos (65-74 anos), 47,0% atingem os níveis recomendados de atividade física, decrescendo para 10,0% entre os homens e 2,0% entre as mulheres ao alcançarem 75 anos de idade (HSE, 2012). No mesmo sentido, segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2016, 22,0% dos idosos brasileiros eram fisicamente ativos (BRASIL, 2017c).

De maneira geral, a proporção de indivíduos que não praticam níveis mínimos recomendados de atividade física é maior entre os mais velhos, mulheres e entre aqueles em posição socioeconômica mais vulnerável (HALLAL et al., 2012; VANCAMPFORT et al., 2017). Entretanto, no presente estudo, o maior percentual de idosos ativos foi entre as

mulheres, resultado semelhante às pesquisas nacionais (HIAGRA et al., 2017; PEREIRA et al., 2019; RODRIGUES et al., 2019). Dados divergentes foram obtidos nas investigações nacionais (PEIXOTO et al., 2018; COSTA; NERI et al., 2019) e internacionais (HSE, 2012; HALLAL et al., 2012), nas quais os idosos do sexo masculino eram mais ativos em comparação ao feminino. As mulheres idosas relatam mais barreiras para a realização de atividade física do que os homens, incluindo falta de companhia, interesse e problemas de saúde (KRUG; LOPES; MAZO, 2015). Além disso, estudo conduzido na Inglaterra entre mulheres de 60 a 79 anos mostrou que a condição socioeconômica em diferentes fases do ciclo vital determina a prática de atividade física nessa faixa etária (HILLSDON et al., 2008).

Neste contexto, no intuito de amenizar os seus efeitos, a OMS estabeleceu uma meta global de redução de inatividade física das populações em 10,0% até 2025 e 15,0% até 2030 (WHO, 2018). Para tanto, estabeleceu ações políticas, aplicáveis em todos os países do mundo, que envolvem a criação de indivíduos, sociedades, sistemas e ambientes ativos (WHO, 2018). Além dos fatores individuais, a prática de atividade física se insere em um contexto mais amplo, que envolve determinantes ambientais e que, portanto, também devem ser alvo de políticas de promoção da saúde, como os programas públicos de incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis, podendo favorecer a mudança de comportamentos individuais, como exemplo: o controle do tabagismo e a redução do consumo excessivo de bebida alcoólica (ILC-BRASIL, 2015).

Por ser a principal causa de mortes evitáveis no mundo, principalmente no que diz respeito às doenças cardiovasculares e ao câncer, o tabagismo destaca-se entre os hábitos que oferecem maior risco à saúde (WHO, 2012).

Referente ao tabagismo, percentual semelhante foi verificado no estudo nacional entre idosos da comunidade, no qual 51,1% relataram nunca ter fumado (GONÇALVES et al., 2018). Dados superiores foram identificados em investigações nacionais entre idosos da comunidade da regional Noroeste de Belo Horizonte (MG) (62,6%) (SOARES et al., 2016), Pelotas (RS) (87,4%) (CRUZ et al., 2017), Uberaba (MG) (54,9%), no Triângulo Mineiro (62,9%) (BELTRAME et al., 2018), Juiz de Fora (MG) (58,3%) (BARBOSA et al., 2018) e na pesquisa da Rede FIBRA (58,6%) (HIAGRA et al., 2017); e internacional entre idosos coreanos (59,4%) (JO et al., 2019). Entretanto, menores prevalências foram observadas nos estudos nacionais nos municípios de Porto Alegre (RS) (49,9%) (JACONDINO et al., 2019) e Cachoeira do Sul (RS) (37,1%) (SILVA et al., 2017a); e internacionais entre idosos holandeses (20,3%) (TIMMERANS et al., 2018) e americanos (37,0%) (SHAFFER et al., 2019).

Os efeitos do tabagismo são pouco estudados em idosos (GONÇALVES, 2018), mas considera-se que esta população apresente maiores riscos pela longa exposição (ZAITUNE et al., 2012). Contudo, os efeitos benéficos da suspensão desse hábito são evidentes em todas as faixas etárias, principalmente em termos de qualidade e expectativa de vida (ILC-BRASIL, 2015). Indivíduos que param de fumar antes dos 50 anos de idade reduzem em 50% o risco de morte nos próximos 15 anos (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006); e espera-se um aumento de dois a três anos na esperança de vida, após abandono do cigarro, entre idosos que fumam até um maço por dia (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006). As mulheres tabagistas podem apresentar 4,47 anos a menos de expectativa de vida em relação às não tabagistas, enquanto, os homens que fazem uso rotineiro do tabaco possuem decréscimo de 5,03 anos em relação àqueles que não fumam (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

A redução da prevalência de tabagismo, entre idosos brasileiros com 65 anos ou mais de idade, foi verificada no estudo de tendência temporal a partir de informações do VIGITEL, no qual em 2006 correspondia a 9,4%, e em 2017 era de 7,6% (MALTA et al., 2019). Nesse sentido, vale ressaltar que, de acordo com o *International Tobacco Control* (ITC), o Brasil é líder nas Américas em relação ao controle do tabaco e está em primeiro lugar em âmbito mundial nas advertências sanitárias em embalagens de cigarro (INTERNATIONAL TOBACCO CONTROL, 2013). Com o intuito de universalizar a terapêutica para a suspensão do fumo, o Ministério da Saúde reviu a portaria que promovia as diretrizes para o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e publicou a Portaria MS/GM nº 571, de 5 abril de 2013, definindo como lócus principal de cuidado da pessoa que fuma a Atenção Básica, que ocupa uma posição privilegiada e estratégica para controle do tabaco dentro do SUS (BRASIL, 2015).

A maior prevalência de tabagismo entre os idosos do sexo masculino condiz com estudos nacionais (VIANA; RODRIGUES; TAVARES, 2014; CRUZ et al., 2017; SILVA et al., 2017a; BARBOSA et al., 2018; BELTRAME et al., 2018; GONÇALVES et al., 2018; JACONDINO, 2019) e internacionais (TRAN et al., 2015; JO et al., 2019).

O sexo masculino ainda é considerado um fator determinante para o tabagismo, especialmente por questões históricas, econômicas, culturais e sociais (PAES et al., 2016). Além disso, as empresas de tabaco criavam uma imagem de marca que promovia ideais de *status*, riqueza, glamour, masculinidade, atletismo e saúde (PAES et al., 2016). Um estudo do *Global Burden of Disease* sobre tabaco mostrou que, em todo o mundo, no ano de 2015, a prevalência de tabagismo foi de 25,0% entre homens e 5,4% entre mulheres (GBD, 2017).

Por conseguinte, tornam-se fundamentais as implementações de educação em saúde para a suspensão do tabaco em idosos e demais faixas etárias, reforçando os malefícios do tabagismo e os benefícios da suspensão do fumo em longo prazo, para prevenção de doenças, melhora na QV e nas relações sociais, no que diz respeito ao convívio em lugares públicos com quem não fuma (GONÇALVES et al., 2018; JACONDINO, 2019).

O hábito de fumar está associado ao consumo de bebidas alcoólicas (BARBOSA et al., 2018; FRANCISCO et al., 2019). Estudo transversal de base populacional com dados de 18.726 idosos coletados no VIGETEL identificou maior chance de uso simultâneo de tabaco e bebida alcoólica entre idosos (21,8%; OR = 2,94; $p < 0,001$) (FRANCISCO et al., 2019).

Tal como o tabagismo, o abuso do álcool é um dos principais problemas de saúde no mundo e segundo a OMS, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é o principal fator de redução da expectativa de vida dos brasileiros (WHO, 2015). Muito se tem discutido sobre o processo de envelhecimento ativo, o qual tem o objetivo de elaborar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da cessação do uso de álcool e tabaco (ILC-BRASIL, 2015).

O percentual de idosos que não consumia bebida alcoólica, do presente estudo, foi semelhante (HIRAGA et al., 2017; BARBOSA et al., 2018); inferior (SOARES et al., 2016; CRUZ et al., 2017; SANTOS et al., 2018; NORONHA et al., 2019) e superior (SILVA et al., 2017a) às pesquisas nacionais. Inquérito que analisou dados secundários do banco eletrônico do Estudo FIBRA verificou que 70,0% afirmaram não ingerir bebida alcoólica (HIRAGA, 2017), percentual semelhante ao observado entre idosos da comunidade do município de Juiz de Fora (MG) (73,3%) (BARBOSA et al., 2018). Prevalências superiores foram identificadas no inquérito desenvolvido entre idosos acompanhados por ESF atuantes na regional Noroeste de Belo Horizonte (MG) (91,1%) (SOARES et al., 2016); da comunidade de Pelotas (RS) (78,7%) (CRUZ et al., 2017); residentes em 24 municípios que compõem a Superintendência Regional de Saúde de Uberaba (MG) (84,3%) (SANTOS et al., 2018); e participantes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) (86,0%) (NORONHA et al., 2019). Conquanto, menor percentual foi verificado na investigação entre idosos da comunidade de Cachoeira do Sul (RS) (64,6%) (SILVA et al., 2017a).

Destaca-se que o consumo de bebida alcoólica foi superior entre idosos residentes em outros países, a saber: Holanda (85,8%) (TIMMERMANS et al., 2018); Estados Unidos da América (63,0%) (SHAFFER et al., 2019); Índia (45,5%) (MINI; THANKAPPAN, 2017); Espanha (50,9%) (MARTIN et al., 2018) e Portugal (63,0%) (MARTINS et al., 2016).

Acredita-se que diferenças metodológicas e particularidades sociais, culturais e econômicas das populações estudadas podem explicar as variações nas prevalências apresentadas.

A associação entre consumo de bebidas alcoólicas e saúde tem sido um tema de grande debate nas últimas décadas. Segundo a OMS, na perspectiva da saúde pública, o álcool está entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT (WHO, 2014). Neste contexto, o consumo dessas bebidas por idosos é ainda mais preocupante devido às alterações fisiológicas relacionadas à idade, que podem aumentar a sensibilidade e reduzir a tolerância ao álcool, favorecendo o desenvolvimento de eventos adversos à saúde nessa parcela da população (NORONHA et al., 2019). Assim, o controle do uso abusivo de bebida alcoólica exige dos serviços e programas de saúde novas abordagens e olhares voltados a essa problemática, com adoção de técnicas de identificação e tratamento apropriados à população idosa.

Em relação ao sexo, maior percentual de consumo de bebida alcoólica entre homens idosos está em consonância com estudos nacionais (CRUZ et al., 2017; HIRAGA, 2017; SILVA et al., 2017a; NORONHA et al., 2019) e internacionais (MARTINS et al., 2016; MUNOZ et al., 2018; TIMMERMANS et al., 2018; MARTIN et al., 2018). Pesquisa desenvolvida com idosos cadastrados nas ESF do município de Porto Alegre (RS) verificou que os homens idosos tinham 11,6 vezes mais prevalência de história de alcoolismo quando comparados às idosas ($p < 0,001$) (GUIDOLIN et al., 2016).

A maioria dos idosos parece seguir um comportamento, no qual o consumo de álcool e os valores sociais e morais associados a este hábito, seriam determinados ainda no início da juventude, ou seja, receberia influência dos padrões desenvolvidos durante toda a vida (NORONHA et al., 2019). Nesse sentido, questões socioculturais, como participação mais efetiva dos homens em eventos sociais e ocupacionais associados ao álcool, podem influenciar o desenvolvimento de um padrão de consumo mais acentuado em comparação às mulheres nessa população (ALMEIDA-FILHO et al., 2004).

Além da relação com as DCNT e com a piora na qualidade do sono, o uso nocivo dessa substância também pode causar impacto nos contextos social e familiar, pois o consumo de bebida alcoólica pode levar à ocorrência de quedas, acidentes de trânsito e à violência (WHO, 2015).

Concernente à qualidade do sono, no âmbito nacional, percentual superior foi verificado no estudo desenvolvido com idosos cadastrados nas UBS do município de Alcobaça (BA) (MENEGUCI, 2018), no qual 65,0% referiram boa qualidade de sono. Entretanto, resultado divergente foi identificado na pesquisa realizada entre idosos com dor

crônica cadastrados nas ESF de uma cidade no interior de São Paulo (SP), na qual a maioria referiu ter problemas para dormir (55,6%) (ALVES et al., 2019). A presença de dor crônica no idoso constitui uma questão de relevância no contexto social e de saúde atual, principalmente quando influencia os padrões de sono desse grupo etário.

No inquérito realizado em João Pessoa (PB) 46,0% dos idosos apresentavam sono alterado que se associou significativamente à autopercepção negativa da qualidade do sono, sendo elevadas as queixas quanto ao despertar noturno (BARBOSA et al., 2016). O processo de envelhecimento fisiológico ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, as quais afetam mais da metade dos idosos comunitários e 70,0% dos institucionalizados, com impacto negativo na sua QV (MAGALHÃES et al., 2017). Estudo desenvolvido com pessoas acima dos 50 anos de idade, em seis países, verificou associação positiva entre o desempenho cognitivo, a duração do sono de seis a nove horas e o relato da boa qualidade de sono (GILDNER; LIEBERT; KOWAL, 2014). Além do mais, acredita-se que adultos que já sofrem privação crônica de sono podem ter, à medida que envelhecem menor resiliência e maior suscetibilidade às doenças (ILC-BRASIL, 2015).

No contexto internacional, corroborando com o presente estudo, pesquisa desenvolvida com idosos chineses residentes nas zonas, rural e urbana, verificou que maior percentual (88,7%) não apresentava problemas para dormir (LEE et al., 2018), assim como, investigação entre idosos portugueses residentes na comunidade, a qual identificou que 63,7% tinham sono adequado (BECKER et al., 2018). Contudo, maior prevalência para qualidade de sono ruim foi observada no inquérito entre idosos espanhóis e ingleses (CAMPANINI et al., 2019).

Devido à necessidade orgânica de recuperação, o sono possui um efeito positivo em relação à saúde (HIRSHKOWITZ et al. 2015). Na população idosa, o tempo de sono recomendado é de sete a oito horas por dia (HIRSHKOWITZ et al. 2015), sabe-se que tanto a duração de sono longa quanto a curta estão associadas negativamente à saúde (ITANI et al., 2017; JIKE et al., 2018) e ao maior do risco de mortalidade para idosos (DA SILVA et al., 2016). Ademais, a qualidade de sono ruim está relacionada à sonolência diurna, fadiga e diminuição da capacidade de concentração (ABRAHAM et al., 2017), que podem prejudicar a realização de atividades da vida diária (CHEN; LAUDERDALE; WAITE, 2016) e as relações pessoais (SIMON; WALKER, 2018). Pesquisa realizada nos Estados Unidos evidenciou a presença de insatisfação com o sono em 19,3% dos idosos, associada com pior estado geral de saúde e automedicação (ABRAHAM et al., 2017). Outro estudo identificou associação do prejuízo ao sono com desenvolvimento de depressão em idosos de Cingapura

(SAGAYADEVAN et al., 2017), enquanto investigação realizada entre indivíduos com 65 anos ou mais de idade na Grécia verificou que a má qualidade do sono repercute em pior capacidade de memorização (TSAPANOU et al., 2017).

Neste sentido, destaca-se que os profissionais de saúde devem considerar e investigar as queixas relacionadas ao sono dos idosos. O tratamento deve ter como alvo primário as causas, priorizando a higiene do sono a fim de melhorar a QV, com ênfase na capacidade funcional, padrão do sono e na socialização do indivíduo (ALVES et al., 2019).

A higiene do sono se trata da mudança de comportamentos e adequação do ambiente, a fim de favorecer melhorias, sem necessidade de medicamentos. As condutas que integram a higiene do sono perpassam pela alimentação leve antes de deitar, o preparo do ambiente (redução de estímulos sonoros, visuais e luminosos) e a rotina estabelecida para dormir (ALVES et al., 2019). Orientações à população acerca da qualidade do sono são relevantes, e intervenções de educação em saúde sobre a temática demandam esforços dos profissionais envolvidos com a saúde pública (OHAYON et al., 2017).

No presente estudo houve maior prevalência de problemas para dormir entre idosos do sexo feminino, resultado também identificado nas pesquisas nacionais (ALVES et al., 2019; MORENO et al., 2018) e internacional (LEE et al., 2018). Investigação realizada com idosas nigerianas, com vistas a identificar o risco de comprometimento do sono, verificou que 27,3% apresentavam problemas para dormir (FAWALE et al., 2017). Uma revisão sistemática identificou que mais de 50,0% dos indivíduos com idade superior a 65 anos apresentavam queixas relacionadas ao sono, com maior incidência no sexo feminino (RAPOSO; VERÍSSIMO, 2015).

A longevidade muitas vezes está associada à maior morbidade, o que pode levar a alterações do sono entre idosas (MORENO et al., 2018). Além disso, as causas dos problemas do sono entre as mulheres podem estar relacionadas a fatores, como: estresse, conflitos familiares e maior incidência de depressão, que tanto isolados quanto combinados, impactam negativamente a qualidade do sono (OLIVEIRA et al., 2012).

Por gerar impacto sobre a saúde dos idosos, a qualidade do sono deve ser considerada nas ações de saúde. Sendo assim, a identificação desses problemas e as intervenções direcionadas contribuem para a manutenção e/ou fomento da QV e com um envelhecer mais ativo.

7.2.1.3 Autocuidado e educação para a saúde

As políticas públicas têm discutido e incentivado o envelhecimento ativo, a partir de ações que propiciem o cuidado integral do indivíduo, valorizando a promoção da saúde e a prevenção de agravos, além do tratamento e reabilitação (ILC-BRASIL, 2015).

O autocuidado, que consiste na realização de atividades para manter a saúde e prevenir as doenças, inclui consultas com profissionais de saúde, rastreamento preventivo, adesão ao tratamento, vacinação, cuidados com a saúde bucal, e outras ações voluntárias para controle das DCNT (ILC-BRASIL, 2015).

Quando não controladas, as DCNT constituem uma das principais causas de mortalidade, além de se associarem às incapacidades funcionais, com alto custo econômico e social (FERREIRA; MATOS; LOYOLA FILHO, 2015). Neste contexto, o monitoramento e a atenção continuada, por parte dos serviços de saúde, são essenciais para a minimização da ocorrência de agravos, decorrentes dessa condição (FERREIRA; MATOS; LOYOLA FILHO, 2015).

Concernente à realização de consultas de rotina, percentual semelhante foi identificado em pesquisa que analisou dados da PNS (85,3%) (STOPA et al., 2017) e superior no inquérito entre idosos que residiam na zona urbana de Belo Horizonte (MG) (92,4%) (FIALHO et al., 2014). O envelhecimento confere mudanças nas demandas por serviços de saúde com maior procura pelos idosos (CABRELLI et al., 2014; NEUMAN et al., 2015). O acompanhamento das condições de saúde desses indivíduos, por meio das consultas de rotina, é necessário, uma vez que auxilia na promoção da saúde e na prevenção de agravos (FERREIRA; MATOS; LOYOLA FILHO, 2015).

No presente estudo, o maior percentual de realização de consultas de rotina esteve entre as idosas. Resultado já identificado por outras pesquisas (NEVES; DURO; TOMASI, 2016; NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016; MALTA et al., 2017), que tem atribuído esse fato à maior percepção da mulher aos sinais e sintomas das doenças e, conseqüentemente, maior procura dos serviços, médicos, exames e práticas de prevenção de agravos (MALTA et al., 2017). Já a maioria dos homens age em função da necessidade de solucionar problemas já existentes e recorre aos serviços de saúde em estágio avançado das doenças, com predominância da procura por unidades de pronto-atendimento e farmácias (BORGES et al., 2012).

A baixa adoção de práticas preventivas e da presença dos homens nos serviços de saúde, em especial na APS, estão associadas a fatores como: pouca valorização do autocuidado; preocupação incipiente com a saúde e dificuldades de compartilhar sentimentos

e verbalizar as próprias necessidades (BORGES et al., 2012). A pluralidade dos homens idosos, assim como, suas demandas de saúde, merecem atenção especial, neste contexto, é preciso reconhecer como eles expressam tais necessidades e são acolhidos pelos sistemas de saúde (COELHO; GIACOMIN; FIRMO, 2016).

Quanto aos exames clínicos e laboratoriais, maior percentual buscou o serviço de saúde para realização dos mesmos, corroborando com estudo nacional (56,6%) (JUNIOR et al., 2018). Importante destacar que o idoso deve ser atendido em suas particularidades, cabendo ao profissional de saúde considerar essas diferenças, para realizar um serviço individualizado, voltado às necessidades de cada um, preservando sua autonomia. A oferta de um serviço de saúde de qualidade deve ser uma questão prioritária no âmbito da assistência a essa população (JUNIOR et al., 2018).

Em relação aos exames preventivos, estudo realizado com idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria e Gerontologia de um Hospital Universitário, em Juiz de Fora (MG), identificou que 80,0% relataram saber dos cuidados preventivos e que a APS é o principal local para realizá-los (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016). A prática de autocuidado, como a realização dos exames preventivos, contribui para o alcance de melhores níveis de saúde dessa população (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016). Assim, o profissional de enfermagem deve desenvolver ações e orientações para que o idoso possa aprender a desempenhar seu autocuidado (SILVEIRA et al., 2016), pois os indivíduos possuem potencial para aprendizagem e desenvolvimento, sendo que suas necessidades de autocuidado podem ser supridas por meio de um comportamento aprendido (OREM, 2001; ALLIGOOD, 2014).

O Papanicolau e a mamografia estão entre os principais exames preventivos que devem ser realizados pelas mulheres (BRASIL, 2013). O câncer de mama é o que mais atinge a população feminina no mundo inteiro, já o de colo do útero é o mais incidente em países menos desenvolvidos (BRASIL, 2018b). No Brasil, as estimativas para o ano de 2018, válidas também para 2019, são de 59.700 e 16.370 casos novos de câncer de mama e colo do útero, respectivamente (BRASIL, 2018b). Dentre as práticas recomendadas para o rastreamento do câncer de mama, encontra-se a mamografia, considerada o padrão ouro (SILVA; HORTALE, 2012). No que se refere ao câncer de colo do útero, o exame de Papanicolau é considerado a principal estratégia para sua detecção (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, deve-se realizar o exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos de idade, e o exame de mamografia a cada dois anos para mulheres de 50 | 70 anos de idade. Porém, para aquelas pertencentes aos grupos populacionais com risco elevado de desenvolver esse tipo de câncer, o exame clínico da mama e a

mamografia devem ser realizados a partir dos 35 anos de idade, anualmente (BRASIL, 2011). Para identificação do câncer de colo do útero, o Ministério da Saúde adota as normas recomendadas pela OMS, que propõe a realização do exame de Papanicolau em mulheres de 24-60 anos de idade uma vez ao ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2011).

No presente inquérito, assim como em outras investigações nacionais (LEITE et al., 2019; ABREU et al., 2016), menor percentual dos idosos do sexo feminino realizou todos os exames preventivos. Pesquisa desenvolvida entre idosas cadastradas em uma ESF do município de Montes Claros (MG) identificou que a maioria possuía o entendimento empírico sobre o exame preventivo, considerando-o importante, todavia muitas delas indagaram sentimentos de vergonha e medo ao se submeterem ao procedimento (LEITE et al., 2019). Estudo entre idosas de um grupo de convivência de uma Universidade Federal do Rio de Janeiro verificou que 40,0% não fizeram mamografia e 58,0% não realizaram. Quando questionadas sobre o motivo da não realização do exame de Papanicolau, a maioria relatou que por não ter vida sexual ativa acreditava não ser preciso (70,0%) (ABREU et al., 2016).

Apesar da importância do exame de Papanicolau, as idosas não o realizam devido a vários fatores, desde os socioculturais aos de saúde, propriamente dito, pois como é preconizado até aos 60 anos de idade, muitas acreditam ser desnecessário (OLIVEIRA et al., 2019b). Entretanto, não se pode descartar a existência de idosas que podem ter um perfil de risco para essa doença (BRASIL, 2013). Nesse sentido, torna-se necessária a elaboração de ações educativas sobre a temática junto às idosas, no intuito de esclarecer a importância do exame preventivo e estimular o protagonismo da mulher frente à prevenção dos possíveis agravos (LEITE et al., 2019).

Ao contrário das idosas, na presente investigação, a maioria dos homens relatou ter realizado todos os exames preventivos preconizados, bem como, no estudo com idosos residentes em um município de pequeno porte no Rio Grande do Sul (RS), no qual percentual superior (89,0%) relatou ter feito o exame preventivo para detecção do câncer de próstata (LIMA et al., 2018).

Conforme dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se que no biênio 2018\2019 ocorram 68.220 novos casos do câncer de próstata (BRASIL, 2018b). No Brasil, é o câncer de maior incidência entre os homens e as maiores taxas ocorrem nas regiões mais desenvolvidas: Sul e Sudeste (BRASIL, 2018b). O aumento da faixa etária compreende um fator de risco bem estabelecido, visto que tanto a incidência como a mortalidade aumentam após os 50 anos de idade (RAMOS et al., 2017).

A OMS orienta que a detecção precoce da neoplasia prostática ocorra pelo rastreamento por meio de exames rotineiros, como toque retal e a mensuração do antígeno prostático específico, mesmo que o indivíduo não apresente sinais e sintomas (BRASIL, 2018b). O INCA orienta que os homens a partir dos 50 anos de idade e sem histórico familiar de câncer de próstata necessitam realizar esses exames anualmente; e entre aqueles com histórico familiar, devem fazer esse acompanhamento a partir dos 40 anos de idade (BRASIL, 2018b).

O controle dessas condições, que afetam mulheres e homens idosos, depende de ações voltadas para a área de promoção da saúde e prevenção de agravos (ABREU et al., 2016). Arelado a isso, o enfermeiro possui papel relevante nessas ações em todos os níveis de atenção à saúde, sendo de sua competência o desenvolvimento de medidas educativas e ações de prevenção; detecção precoce, mediante a realização da consulta de enfermagem e exames preventivos; e o incentivo à realização das práticas de autocuidado, possibilitando um atendimento qualificado e humanizado a essa população (OLIVEIRA; MANSO, 2019).

Além do acompanhamento das condições de saúde, por meio das consultas de rotina e rastreamento preventivos, a atitude positiva frente à tomada de remédios é fundamental no controle das DCNT, contribuindo com o envelhecimento ativo e conseqüentemente melhor QV (YAP; THIRUMOORTHY; KWAN, 2016).

Na atual investigação, a maioria dos idosos apresentou atitude positiva frente à tomada de remédios. Outras pesquisas descreveram alguns comportamentos dos idosos perante o tratamento medicamentoso (BALDONI et al., 2014; MONTEIRO et al., 2014; MANSO et al., 2018). Estudo entre idosos assistidos na ESF na cidade de Teresina (PI) verificou que 78,8% tomavam no horário certo seu medicamento (MONTEIRO et al., 2014). Inquérito com idosos do município de Ribeirão Preto (SP) observou que 62,2% deixaram de utilizar os medicamentos prescritos alguma vez ao longo do tratamento por motivos com esquecimento, eventos adversos, resistência em aceitar o esquema terapêutico ou por não apresentarem sintomas da doença (BALDONI et al., 2014).

Entre os idosos cadastrados em uma UBS e um ambulatório de especialidades na cidade de São Paulo (SP) 95,3% tomavam os medicamentos sozinhos, mais da metade (55,0%) já parou o tratamento anteriormente e 10,0% informaram que não tomam os medicamentos quando vão sair de casa por medo dos efeitos colaterais (MANSO et al., 2018). Diante disso, os profissionais de enfermagem, tem o compromisso de promover a atitude positiva frente à tomada de remédios por meio do estímulo às mudanças comportamentais imprescindíveis ao efetivo controle das DCNT (NETA; SILVA; SILVA, 2015).

Estudos que aplicaram o Teste de *Morisky e Green* verificaram que a maioria dos idosos aderiu ao tratamento (50,9%) (TAVARES et al., 2016) (36,8%) (MACIEL et al., 2019). Já nas investigações, que utilizaram a escala de Medida de Adesão aos Tratamentos, prevalências superiores de adesão foram verificadas: (73,3%) (ARRUDA et al., 2015) e (56,6%) (JACONDINO; SCHWANKE, 2013). As frequências de adesão ao tratamento medicamentoso variam amplamente de acordo com o estudo e população, bem como, o tipo de método de coleta de dados e o instrumento utilizado. A ausência de um consenso sobre o meio ideal para avaliação da adesão e a variedade destes empregados na literatura científica dificultam a comparação com outros estudos (SOUZA; STIVAL, 2014; ARRUDA et al., 2015).

Vários fatores têm sido associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso, dentre eles: regime terapêutico; características sociodemográficas e econômicas; relação com os serviços e profissionais de saúde; aspectos psicossociais e culturais; e apoio familiar e social (YAP; THIRUMOORTHY; KWAN, 2016). Destaca-se que idosos do sexo masculino e com baixa renda constituem as populações mais vulneráveis (SOARES et al., 2012). No presente estudo, as idosas apresentaram maior percentual de atitude positiva frente à tomada de remédios em relação aos homens, resultado que corrobora investigação entre idosos com hipertensão arterial sistêmica ($p=0,044$) (DIAS et al., 2014b). Entretanto, dados oriundos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos identificaram maior prevalência de baixa adesão entre o sexo feminino (32,1%) (TAVARES et al., 2016).

É essencial que o enfermeiro conheça as peculiaridades da rotina dos idosos, a fim de que identifiquem lacunas que possam interferir na adesão ao tratamento e, juntamente com o idoso, familiares e demais membros da equipe de saúde, proponham intervenções eficazes e desenvolvam ações que minimizem as dificuldades identificadas (DIAS et al., 2014b). A equipe de saúde pode contribuir para promover a adesão dos idosos ao prescrever regimes menos complexos, fornecer informações sobre os benefícios e efeitos colaterais do tratamento, e considerar as dificuldades cognitivas e o acesso aos medicamentos prescritos para esses idosos (SANTOS et al., 2019).

Analisar a adesão ao tratamento é necessário, tanto para a melhoria das políticas e práticas de saúde voltadas ao aprimoramento da efetividade da assistência prestada, quanto para a QV do idoso. A pouca ou falta de adesão aos medicamentos prescritos aumenta os custos dos cuidados com a saúde, as chances de fracasso do tratamento e complicações causadas pelas DCNT (LIBERATO et al., 2014).

Com o avançar da idade a ocorrência de doenças infecciosas também pode aumentar. Deste modo, a vacinação torna-se particularmente importante, já que constitui a melhor estratégia de prevenção dessas doenças (REIS; VERISSIMO, 2015). O Brasil se destaca como um dos países em que há maior disponibilização de vacinas à população (BRASIL, 2017a).

Entretanto, a falta de adesão da população idosa a essa prática de saúde tem sido constatada em inquéritos nacionais (OLIVEIRA et al., 2016a; MONTEIRO et al., 2018) e internacionais (BEODEKER et al., 2015; MO; LAU, 2015; HELLFRITZSCH et al., 2017; MANZOLI et al., 2018).

Ressalta-se que a maioria desses estudos foi com enfoque na adesão à vacina influenza (BEODEKER et al., 2015; MO; LAU, 2015; MOURA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016a; NEVES; DURO; TOMASI, 2016; HIAGRA et al., 2017; BEKKER-GROB et al., 2018; MONTEIRO et al., 2018; MANZOLI et al., 2018; BACURAU; FRANCISCO, 2019).

No presente estudo, as coberturas vacinais não atingiram integralmente os idosos, identificando uma demanda de calendário vacinal incompleto e/ou ausência do mesmo. Da mesma maneira, entre os idosos cadastrados nas UBS em São Luís (MA), maior percentual apresentou situação vacinal inadequada (97,7%) (OLIVEIRA et al., 2016a). A adesão à vacinação entre idosos está relacionada às recomendações dos profissionais de saúde, além da facilidade de acesso aos serviços de saúde e das atitudes e crenças em relação a essa prática (KAN; ZANG, 2018). De modo complementar, os idosos que mantêm relação mais próxima com os serviços de saúde apresentam maiores chances de obterem informações e estímulos para adesão a essa prática de autocuidado (MOURA et al., 2015; KAN; ZANG, 2018).

Conquanto, resultado divergente foi encontrado na pesquisa conduzida com idoso da comunidade de Teófilo Otoni (MG), na qual 77,1% possuíam cartão de vacinação completo (PIMENTA et al., 2015). A avaliação e o acompanhamento da situação vacinal dos idosos são fundamentais, no intuito de favorecer o estabelecimento de ações de prevenção de doenças imunopreviníveis, contribuindo para a redução de complicações, taxas de hospitalização e custos (OLIVEIRA et al., 2016a). Contudo, torna-se necessário que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, reforcem aos idosos sobre a importância de manterem atualizado o cartão vacinal (ELLEN et al., 2018).

O estudo demonstrou baixa adesão à vacina hepatite B. Pesquisa conduzida no Líbano, com indivíduos de 14 a 89 anos, identificou que entre aqueles que possuíam infecção pelo vírus da hepatite B, 26,0% eram idosos (RACHED et al., 2016). Inquérito realizado em Minas Gerais, incluindo pessoas com 60 anos ou mais, verificou um decréscimo nos casos de hepatite B a partir do ano de 2007. Contudo, entre os casos notificados a maioria dos

indivíduos não havia sido imunizada ou possuía esquema vacinal incompleto para essa condição (GUSMÃO et al., 2017).

No Brasil, em 2016 foi ampliada a oferta da vacina contra hepatite B para todos os grupos populacionais, independente da faixa etária ou condição de vulnerabilidade, em especial aos idosos, que com o aumento da expectativa de vida e a ascensão da atividade sexual sem práticas seguras, estão expostos ao risco de adquirirem infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2017a). De acordo com o Boletim Epidemiológico de hepatites virais (BRASIL, 2018c), em 2017, notou-se que a taxa de detecção da hepatite B entre indivíduos de meia-idade e idosos foi superior às demais faixas etárias (BRASIL, 2018c).

Inquérito internacional, realizado nas Filipinas, ressalta que as altas taxas de prevalência de infecção pelo vírus da hepatite B estavam relacionadas à falta de prevenção, por meio das vacinas e de tratamento efetivo, quando necessário (GISH et al., 2016). Nessa perspectiva, o enfermeiro representa papel importante de atuação, visto que a equipe de enfermagem é responsável pela execução das ações de imunização. Assim, práticas como educação em saúde para sensibilização do idoso, familiares e comunidade; divulgação das vacinas disponíveis para essa faixa etária; triagem apropriada dos cartões de vacinas e a busca ativa de faltosos, devem ser implementadas na rotina dos serviços.

Em relação à vacina dT, pesquisa internacional multicêntrica encontrou que 53,0% dos casos de indivíduos com tétano eram idosos, sendo que a imunização configurou-se como fator crítico, no que diz respeito à prevenção dos casos, estabelecimento da doença e evolução para óbito, especialmente entre aqueles com idade mais avançada (TOSUN et al., 2017). Durante o processo de envelhecimento ocorre a queda dos níveis séricos de antitoxina tetânica o que aliado a outros fatores, como a não completude do esquema de vacinação, incluindo os reforços, pode contribuir para o aumento do número de casos da doença (SANTOS et al., 2014).

Referente ao sexo, a maior adequação da situação vacinal entre as idosas corrobora com estudos nacionais (MOURA et al., 2015; NEVES; DURO; TOMASI, 2016; HIAGRA et al., 2017; MONTEIRO et al., 2018) e internacionais (BEODEKER et al., 2015; MO; LAU, 2015). As mulheres buscam mais os serviços de saúde em comparação aos homens, e conseqüentemente apresentam maior probabilidade de receberem orientações e de estarem atentas às recomendações educacionais e ações preventivas, comparecendo com maior assiduidade às campanhas vacinais (NEVES; DURO; TOMASI, 2016; MALTA et al., 2017). Estudo desenvolvido entre idosos comunitários do município de Pelotas (RS) verificou que aqueles que consultaram com profissional de saúde no último ano se vacinaram 1,22 vezes

mais (RP=1,22; IC95% 1,05; 1,42), em relação aos que não consultaram (NEVES; DURO; TOMASI, 2016).

Assim, a adesão à vacinação pode diferir segundo grupos específicos, motivo pelo qual se faz necessário trabalho de orientação e conscientização aos homens idosos e familiares sobre a sua necessidade para o prolongamento do bom estado de saúde. Os resultados avançam na produção do conhecimento científico ao produzir visibilidade às discussões sobre a importância da manutenção do calendário vacinal do idoso, muitas vezes condicionada à vacina influenza no que se refere a essa faixa etária.

Outra questão que requer atenção é a pouca procura dos idosos pelos serviços odontológicos (OLIVEIRA et al., 2017; NOGUEIRA et al., 2017; STOPA et al., 2017; ANDRADE et al., 2018a; JUNIOR et al., 2018; MILAGRES et al., 2018; SORIA et al., 2019).

No presente estudo, a maioria referiu ter ido ao dentista pela última vez há um ano ou mais, dado semelhante às investigações com a população idosa desenvolvidas com base nos dados da PNS (2013) (71,1%) (STOPA et al., 2017) e na zona urbana do município de Montes Claros (MG) (76,4%) (OLIVEIRA et al., 2017). Resultado inferior foi identificado entre idosos residentes na área de abrangência de um Centro de Saúde da Família no município de Fortaleza (CE) (95,8%) (NOGUEIRA et al., 2017). Contudo, percentual superior foi verificado nos inquéritos nacional desenvolvido entre idosos da comunidade do município de Pelotas (RS) (61,7%) (SORIA et al., 2019) e internacional com idosos inscritos nos Centros de Saúde de Lisboa, Portugal (51,1%) (CARVALHO et al., 2016). A pouca procura por serviços odontológicos, principalmente dos idosos edêntulos ou que usam próteses totais, pode sugerir a falta de percepção da necessidade dos cuidados bucais (NOGUEIRA et al., 2017).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revelaram que os idosos que residiam em municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, do sexo masculino, que autorreferiram a cor da pele como não branca e com menor escolaridade apresentaram chances maiores de necessitar de tratamento odontológico (DALAZEN et al., 2018). A prevenção e o controle das doenças e agravos relacionados à saúde bucal são importantes para a manutenção da saúde geral e QV (ANDRADE et al., 2018a). Apesar da ampliação do acesso aos serviços odontológicos, promovida pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também chamada Programa Brasil Sorridente, a prevalência das necessidades de tratamento dental (59,5%) e de prótese (48,0%) de parcela de idosos da população brasileira ainda é elevada (DALAZEN et al., 2018). Na última década, houve significativo aumento da incorporação do atendimento odontológico no SUS, principalmente por meio da inclusão das

equipes de saúde bucal na ESF, o que deveria possibilitar a adoção de uma postura mais ativa, não limitando o serviço público odontológico ao atendimento clínico, mas incluindo a atuação na comunidade, principalmente, com ações preventivas e de educação em saúde (BRASIL, 2004).

Percentuais superiores de procura por serviços odontológicos no último ano foram verificados nas pesquisas internacionais entre idosos noruegueses (83,7%) (DAHL et al., 2018) e alemães (88,2%) (AARABI et al., 2017). Medidas que visem proporcionar melhores condições de saúde bucal e que atendam às necessidades específicas da população idosa, devem estar presentes para que as condições de saúde necessárias contribuam para um envelhecimento ativo (MILAGRES et al., 2018).

Os resultados reforçam a necessidade da organização dos serviços de saúde bucal para o atendimento da população idosa com a participação ativa das equipes de saúde bucal da atenção básica, desenvolvendo ações que reforcem a importância da visita ao dentista, mesmo para aqueles idosos que não possuem dentes, com o intuito de fazer diagnóstico precoce de lesões da mucosa bucal e avaliação das próteses dentárias quando presentes (SILVA et al., 2018a).

A partir desses resultados, é necessário que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, ofereçam orientações frequentes a essa população, quanto aos serviços que estão disponíveis na rede de saúde, estreitando o vínculo e propondo estratégias facilitadoras, proporcionando, dessa maneira, uma atenção à saúde mais resolutiva e com maior qualidade à população de idosos (JUNIOR et al., 2018).

A não adoção dos determinantes comportamentais representa uma demanda aos serviços de saúde, como também, a necessidade de suporte familiar e apoio social. Medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos são mais efetivas, a depender de abordagem diferencial em relação às faixas etárias e características sociodemográficas (FRANCISCO et al., 2019). Portanto, diante do cenário de rápido crescimento da população idosa, pesquisas que avaliem os determinantes comportamentais nesse seguimento populacional contribuem com o planejamento de ações em saúde voltado à promoção e conseqüentemente um envelhecer mais ativo.

7.2.2 Determinantes pessoais

7.2.2.1 Fator psicológico

A média do escore total de resiliência verificada na atual investigação foi semelhante aos estudos entre adultos e idosos com DCNT (76,2) (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016) e idosos australianos que sofreram fratura ortopédica (73,0) (KOHLENER; LOH, 2017) e centenários (72,9) (LAW; RICHMOND; KAY-LAMBKIN, 2014); e superior às pesquisas internacionais na comunidade com idosos coreanos (50,26) (YOU; PARK, 2017) e chineses (57,9) (LU et al., 2017) (63,6) (ZHONG et al., 2016). De modo geral, a resiliência está intimamente relacionada à capacidade do indivíduo utilizar de recursos internos para enfrentar problemas físicos, emocionais, familiares e profissionais, no caso do idoso, decorrentes do processo de envelhecimento (NASCIMENTO; CALSA, 2016). Assim, a resiliência refere-se às características pessoais que auxiliam o indivíduo na adaptação e superação de situações adversas (CONNOR; DAVIDSON, 2003).

O processo de envelhecimento é permeado por adversidades, como: a morte de familiares e/ou amigos, declínio da saúde e funcionalidade, perda de *status* social e proximidade crescente da morte, que se tornam mais intensas com o avançar da idade (NASCIMENTO; CALSA, 2016), questões essas que podem afetar o bem-estar psicológico dos idosos. Entretanto, há recursos e potencialidades presentes na velhice que podem se constituir em um mecanismo mediador nesse processo de envelhecimento (ARAÚJO; SILVA; SANTOS, 2017b). Dentre as estratégias das quais os idosos podem utilizar para enfrentar essas adversidades destaca-se a resiliência (NASCIMENTO; CALSA, 2016). Várias questões emocionais e características psicológicas estão associadas a ela ao longo da vida adulta, que se manifesta por meio da manutenção da saúde e da funcionalidade, da boa recuperação e do bem-estar mental (ARAÚJO; SILVA; SANTOS, 2017b).

No contexto da promoção da saúde, o envelhecimento ativo e a resiliência convergem na mesma direção. O aumento da expectativa de vida demanda estratégias para um envelhecimento ativo e requer, além das capacidades de suportar os desafios do curso de vida, o desenvolvimento de uma sociedade adaptada e verdadeiramente resiliente (LEMES; ALVES; YAMAGUCHI, 2019). Os profissionais de enfermagem, mediante o conhecimento técnico e científico, são capazes de auxiliar na reabilitação e desenvolverem ações de educação em saúde em busca do empoderamento desse grupo populacional (LEÃO et al., 2018). Portanto, torna-se essencial a promoção de estratégias que irão estimular a capacidade de enfrentamento do indivíduo diante das situações adversas (MELO et al., 2015).

A média do escore total de resiliência para as idosas foi inferior ao sexo masculino, bem como, nos resultados verificados no estudo entre idosos coreanos (YOU; PARK, 2017). Entretanto, dados divergentes foram identificados nas pesquisas entre adultos e idosos brasileiros (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016) e na população idosa chinesa (MENG et al., 2019). Conforme o modelo social, culturalmente construído, e ainda vigente na sociedade atual, ser homem é aprender a ter independência desde a infância, lidando com as dificuldades sem pedir auxílio (PINTO et al., 2014). Nesta perspectiva, o maior escore de resiliência entre os homens não surge somente das adversidades presentes no processo de envelhecimento e sim, permeando a trajetória da vida (PINTO et al., 2014). Ademais, as mulheres contemplam um perfil de envelhecimento com menor QV, pois ficam viúvas mais cedo, vivem por um período de tempo mais longo e dessa forma estão mais suscetíveis a um maior número de morbidades, o que pode influenciar no seu nível de resiliência (MAZO, et al., 2016). Assim, entre os gênero há divergências nos modos de enfrentamento das situações difíceis da vida e, portanto, podem influenciar o escore de resiliência (ROZEMBERG et al., 2014).

Nesse contexto, torna-se necessário que os profissionais de saúde, em especial os da equipe de enfermagem, estejam atentos às questões sociais e culturais nas quais os idosos estão inseridos (PINTO et al., 2014) e desenvolvam intervenções que possibilitam aumentar a resiliência das pessoas envolvidas, seja em situações adversas impostas pelo ambiente em que vivem, mas também daquelas advindas dos eventos naturais do processo de envelhecimento humano, no contexto da saúde ou na presença de DCNT (LEMES; ALVES; YAMAGUCHI, 2019).

Estudos tem evidenciado associação entre a resiliência e o indicativo de depressão (VAHIA et al., 2010; FONTES et al., 2015; LI; THENG; FOO, 2015). Diante do rápido processo de envelhecimento populacional surge a necessidade da atenção à saúde voltada para os transtornos mentais mais prevalentes na população idosa (FRANK; RODRIGUES, 2017). A depressão está entre as DCNT mais frequentes na terceira idade, e relacionadas à piora na QV desse grupo etário (WHITEFORD et al., 2015). Presume-se que em 2030, essa condição irá assumir a segunda posição como incapacidade funcional em todo mundo e a primeira causa nos países desenvolvidos (SOUSA et al., 2017).

A depressão geriátrica se manifesta de forma distinta entre as faixas etárias. Os idosos nessa condição apresentam diminuição da resposta emocional, do sono, da energia e do prazer nas atividades do cotidiano, bem como, ausência de afeto positivo e ponderação sobre o passado (LAMPERT; FERREIRA, 2018). Há de salientar a necessidade dos profissionais de saúde de conhecer a sintomatologia depressiva entre os idosos, pois está ainda é

subdiagnosticadas e tida como manifestações naturais consequentes do processo de envelhecimento humano (BRETANHA et al., 2015; SOUSA et al., 2017).

A prevalência do indicativo de sintomas depressivos verificada no presente estudo é semelhante às pesquisas entre idosos cadastrados nas UBS de Belém (PA) (22,0%) (UCHOA et al., 2019) e Porto Alegre (RS) (21,2%) (SILVA et al., 2017b); inferior aos idosos residentes na zona urbana de Natal (RN) (39,6%) (GOMES; DOS, 2014), Mansoura, Egito (44,4%) (EL-GILANY; ELKHAWAGA; SARRAF, 2018) e cadastrados nas ESF de Várzea Grande (MT) (31,3%) (CABRAL et al., 2019) e João Pessoa (PB) (38,0%) (VELOSO et al., 2018); e superior a metanálise com dados de idosos brasileiros (21,0%; IC95%: 18,0 – 25,0; I2 = 98,3%) (MENEGUCI et al., 2018); e das comunidade de Passo Fundo (RS) (7,1%) (PIANI et al., 2016), Alcobaça (BA) (11,8%) (MENEGUCI et al., 2018) e Pelotas (RS) (15,2%) (HELLING et al., 2016).

A APS é corresponsável pelo rastreamento de sintomas depressivos em idosos, para implementação de ações de proteção e promoção da saúde. Para realizar uma intervenção adequada na prevenção de sintomas depressivos nesse grupo populacional é imprescindível que os profissionais de saúde promovam estratégias e ações voltadas ao diagnóstico precoce desses sintomas e fatores associados, já que algumas características sociodemográficas e de saúde são mais vulneráveis no envelhecimento (SOUSA et al., 2017).

O maior percentual de idosos com indicativo de sintomas depressivo do sexo feminino corrobora estudos nacionais (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; SOUSA et al., 2017; MENDES-CHILOFF et al., 2018; VELOSO et al., 2018; UCHOA et al., 2019) e internacionais (SENGUPTA; BENJAMIN, 2015; KAUP et al., 2016; EL-GILANY; ELKHAWAGA; SARRAF, 2018) desenvolvidos na comunidade. Sugerindo maior vulnerabilidade social nas mulheres, pois são comuns, também para elas, a presença de menores níveis de escolaridade e renda, viverem sozinhas e possuírem maior número de DCNT e limitações funcionais (MENDES-CHILOFF et al., 2018). Inquérito desenvolvido entre idosos da comunidade de Pelotas (RS) verificou que as mulheres apresentaram quase duas vezes mais sintomas depressivos, em relação aos homens (RP=1,90; IC95% 1,42-2,55) (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016). É possível que as mulheres sejam mais suscetíveis a eventos potencialmente estressores, determinados por papéis sociais e de gênero, o que pode influenciar na ocorrência de sintomas depressivos (SALES; FERNANDES NETO; CATÃO, 2016). Ademais, os aspectos hormonais e a violência doméstica estão associados a prejuízos na saúde mental das mulheres (DUQUE et al., 2012; KUEHNER, 2017), assim como, maior prevalência de depressão (KNIGHT; HESTER, 2016).

Neste contexto, destaca-se a importância dos profissionais de saúde, que atuam na APS, identificar precocemente a sintomatologia depressiva em idosos e desenvolverem ações de saúde que promovam autonomia e, conseqüentemente, um envelhecer mais ativo. Ressalta-se ainda, a necessidade de ações direcionadas à saúde mental dos idosos com o objetivo de prevenir e/ou minimizar os sintomas depressivos, através de grupos terapêuticos, acompanhamento psicológico e incentivo à prática de exercícios físicos e participação em eventos culturais e de lazer (SOUSA et al., 2017). Ademais, é essencial a capacitação dos profissionais de saúde na utilização de instrumentos de rastreios, bem como nas intervenções e encaminhamentos desses idosos.

7.2.2.2 Fator genético

O envelhecimento humano representa um conjunto de processos geneticamente determinados, com a hereditariedade influenciando no declínio funcional e no surgimento de morbidades (BROOKS-WILSON, 2013). O predomínio de idosos com antecedentes familiares para DCNT, no presente estudo, corrobora pesquisa desenvolvida na comunidade de um município no interior de Santa Catarina (SC) (86,2%) (FARIAS; SANTOS, 2012). Ademais, a presença desses antecedentes entre as idosas com maior frequência, em comparação aos homens, pode ser devido à prevalência superior das DCNT no sexo feminino (VIOLAN et al., 2014; NUNES et al., 2017; CONFORTINI et al., 2018; MINI; THANKAPPAN, 2018; CASTRO et al., 2019). Investigação desenvolvida no projeto Geração 60+, em Sacramento (MG) identificou que 80% das idosas afirmaram que o pai ou a mãe foram acometidos por algum tipo de DCNT (OLIVEIRA et al., 2015).

Acredita-se que os fatores genéticos respondem por até 25,0% da diferença na idade em que as pessoas morrem e que parte da resistência ou suscetibilidade a muitas doenças também é hereditária (BROOKS-WILSON, 2013). Entretanto, fatores ambientais e sociais, influenciam a forma como ocorre a maior parte das predisposições genéticas, reveladas ou não durante o processo de envelhecimento humano (ILC-BRASIL, 2015).

7.2.2.3 Condições de saúde

Ainda que a maioria dos idosos da atual pesquisa considerou como bom o funcionamento dos sentidos, sabe-se que com o processo de envelhecimento humano há um declínio nas funções sensoriais, que pode comprometer a participação dos idosos em atividades sociais e a capacidade destes em interagir com outras pessoas, tornando-os dependentes de cuidados com conseqüente prejuízo na sua QV (ADAMO et al., 2017). Estudo

desenvolvido em um programa de Universidade Aberta à Terceira Idade verificou que a participação nessas atividades contribuiu com a melhora na opinião dos idosos em relação às suas habilidades sensoriais (ADAMO et al., 2017). A maior interação social e o incentivo ao desenvolvimento biopsicossocial podem estimular a manutenção do funcionamento sensorial da população idosa. Ademais, quanto mais ativo o idoso, melhor é seu estado de saúde, a satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor a QV (ILC-BRASIL, 2015).

A menor frequência de boa avaliação do funcionamento dos sentidos entre as mulheres do presente estudo, por estar associada à maior longevidade do sexo feminino. Pesquisa desenvolvida entre idosas da comunidade de um município no Triângulo Mineiro (MG) verificou relação inversamente proporcional entre a faixa etária e o escore do funcionamento dos sentidos ($F=7,173$; $p=0,001$) (TAVARES et al., 2010), que avalia as perdas na audição, paladar, visão, tato e olfato com possíveis repercussões na vida diária, interferência na participação em atividades familiares e sociais e na habilidade de interagir com outras pessoas (FLECK; CHACHAMOVICK; TRENTINI, 2006).

As perdas das habilidades sensoriais podem impactar negativamente a autoestima e o autocuidado à saúde, refletindo, assim, na piora da QV das idosas (PAULA et al., 2016; ADAMO et al., 2017). Detectando precocemente estas perdas e as potencialidades dessas mulheres, os profissionais de enfermagem poderão auxiliá-las, bem como aos seus familiares, visando diminuir os riscos físicos e estimular a interação social, e conseqüentemente contribuir com um envelhecer mais ativo.

A relação entre a presença de morbidades e perda sensorial nos idosos já tem sido evidenciada na literatura científica (BILGILI; ARPACI, 2014). Neste contexto, surge à necessidade de ações educativas, junto à equipe multidisciplinar, com o intuito de informar a população idosa acerca das alterações sensoriais decorrentes do envelhecimento e sua relação com as DCNT, além do desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, e prevenção, tratamento ou adequação da perda de habilidades sensoriais no seu cotidiano (RODRIGUES et al., 2017).

No atual momento, um dos fatores preocupantes na população idosa é a sua saúde global, o que torna a prevenção e o controle das morbidades crônicas uma questão essencial (MIRANDA et al., 2016). A polimorbidade foi autorreferida pela maioria dos idosos dessa investigação, corroborando com outros estudos no Brasil (CONFORTINI et al., 2015; MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2015; MIRANDA et al., 2016; GAVASSO; BELTRAME, 2017; AMARAL et al., 2018; ARAÚJO et al., 2018a); Estados Unidos da América (SHAFER et al., 2019); Índia (MINI; THANKAPPAN, 2018) e Holanda (RENE; GOBBENS, 2018). As

DCNT tornam-se mais frequentes com o avançar da idade, estudos com idosos cadastrados nas ESF de Ribeirão Preto (SP) (64,0%) (LUIS et al., 2016) e Recife (PE) (81,1%) (ARAÚJO et al., 2018a), em sete UBS no Vale do Jequitinhonha (70,3%) (SANTOS; COUTO; BASTONI, 2018), e da comunidade dos municípios de Mogi das Cruzes (SP) (65,5%) (DIAS et al., 2018) e Porto Alegre (RS) (81,3%) (SILVA et al., 2017b), verificaram que maior percentual relatou ter pelo menos uma DCNT. Já na investigação, com base nos dados da PNS 39,6% dos idosos referiram duas ou mais morbidades (CASTRO et al., 2019).

Nesse contexto, reforça-se a necessidade de um cuidado adequado, que possibilite o prolongamento da vida ativa e a continuidade da inserção social dessa parcela da população. A partir desse quadro, a prevenção e o tratamento de DCNT colocam-se como fator-chave na saúde pública, ao mesmo tempo em que se apresentam como um desafio social, especialmente para os sistemas de saúde (CONFORTINI et al., 2017). No Brasil, essa condição constitui um dos problemas de saúde pública de maior magnitude e diversas ações vêm sendo desenvolvidas (WHO, 2002; BRASIL, 2011), com o objetivo de alertar sobre a questão, propor discussões e eventuais mudanças nas políticas de saúde.

Ações de prevenção das DCNT e promoção da saúde, com o intuito de evitar ou postergar complicações, podem reduzir, de forma satisfatória, os gastos com a saúde pública (WHO, 2010b). Nesse sentido, as intervenções que visam identificar as causas preveníveis e/ou tratáveis das DCNT deveriam ser prioridades das ações governamentais de cunho coletivo, como meio efetivo de alcance do envelhecimento ativo.

A maior proporção de idosas com polimorbidades, em comparação aos homens, condiz com estudos nacionais ($p < 0,001$) (NUNES et al., 2017; CONFORTINI et al., 2018; CASTRO et al., 2019) e internacional (MINI et al., 2018), desenvolvidos na comunidade. Revisão sistemática da literatura científica verificou que ser do sexo feminino é um fator de risco para polimorbidades (VIOLAN et al., 2014). A maior longevidade das mulheres pode ser uma justificativa para esse resultado, pois a presença de DCNT se trata de uma condição inerente ao avanço da idade (CONFORTINI et al., 2017).

Para o controle das DCNT e principalmente de suas complicações, são necessárias práticas de educação em saúde que incentivem a adesão ao tratamento e proporcionem aos idosos, informações e orientações necessárias de forma a contribuir para a melhoria e/ou manutenção da QV (AZEVEDO et al., 2018). Nesse contexto, é relevante considerar que a educação em saúde é um campo que pode favorecer uma nova visão do processo saúde-doença-cuidado, uma vez que visa promoção e desenvolvimento do conhecimento, a fim de contribuir para a saúde das pessoas envolvidas no processo (MARTINS et al., 2007). A

equipe de enfermagem atua diretamente com ações educativas principalmente nos serviços de APS, pois é habilitada e capacitada para cuidar dos indivíduos e da comunidade, levando em consideração as necessidades curativas, preventivas, bem como as educativas neste contexto de cuidado em saúde.

7.2.2.4 Capacidade cognitiva

Concernente à capacidade cognitiva preservada, percentuais semelhantes foram identificados entre idosos atendidos nas UBS de Diamantina (MG) (93,5%) (SANTOS; COUTO; BASTONI, 2018); e inferiores nas pesquisas nacionais entre idosos cadastrados em um Centro de Referência à Pessoa Idosa de Belo Horizonte (MG) (83,3%) (MIRANDA et al., 2016) e residentes na zona urbana de Campinas (SP) (76,6%) (BORIN et al., 2017), Recife (PE) (68,8%) (ARAÚJO et al., 2018a) e Bagé (RS) (65,9%) (NUNES et al., 2017); e internacional desenvolvida na comunidade com idosos chineses (62,46%) (WANG et al., 2018). Destaca-se, que no presente estudo, se o idoso apresentou declínio cognitivo na avaliação pelo MEEM foi aplicado o Questionário de PFEFFER (BRASIL, 2007). A aplicação desse instrumento associada ao MEEM indica a presença mais grave de declínio cognitivo quando o escore for igual ou superior a seis pontos (BRASIL, 2007). Fato que pode justificar o menor percentual de *déficit* cognitivo entre os idosos da atual investigação.

A cognição, habilidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano é responsável pela capacidade de decisão e juntamente com o humor, é fundamental para a manutenção da autonomia (MORAES, 2018). Algumas habilidades cognitivas têm seu auge na juventude e declinam com o passar dos anos, como a solução de novos problemas, o raciocínio espacial e a capacidade de realizar várias tarefas ao mesmo tempo. No entanto, aquelas que dependem do acúmulo de conhecimento aumentam com a idade, como vocabulário, conhecimentos gerais e específicos e as adquiridas por meio de experiências ao longo dos anos (ILC-BRASIL, 2015).

Inquérito que buscou identificar as mudanças sociodemográficas, comportamentais e de saúde ocorridas ao longo do tempo nos participantes do estudo de coorte EpiFloripa Idoso verificou que após aproximadamente quatro anos, a maioria manteve-se com rastreamento negativo para *déficit* cognitivo (69,4%) (CONFORTINI et al., 2017). As evidências sugerem que idosos socialmente participativos e engajados em atividades de lazer tenderiam a ter melhor desempenho cognitivo (WANG et al., 2012; FIGUEIREDO et al., 2013). Esses resultados indicam que a realização de AAVD poderia ser recomendada como uma estratégia de prevenção para postergar o declínio cognitivo e possível início de síndromes demenciais

(WANG et al., 2012; VEMURI et al., 2014). Dados obtidos pela pesquisa *Perfis de fragilidade em idosos brasileiros*, realizada pela Rede FIBRA indicou que aqueles com maior participação social apresentaram melhor desempenho cognitivo (OLIVEIRA et al., 2015).

As alterações cognitivas muitas vezes são confundidas com processos naturais do envelhecimento, retardando seu diagnóstico e tratamento. A detecção precoce do declínio cognitivo em idosos é uma estratégia importante, pois pode contribuir com redução dos danos e estabelecimento de condutas terapêuticas que reduzam ou retardam a velocidade do seu aparecimento (NASCIMENTO et al., 2015). Portanto, a identificação das condições cognitivas dos idosos possibilita o desenvolvimento de intervenções direcionais, de forma a atender suas demandas e melhorar sua QV (GRDEN et al., 2017). Tais resultados suscitam a atenção dos gestores públicos e profissionais da saúde e a necessidade de investigações clínicas com vistas ao diagnóstico precoce desse agravo, buscando evitar o impacto negativo na QV da população idosa (CONFORTINI et al., 2017).

Tendo em vista o contexto das atuais políticas públicas, vale considerar que alguns países já possuem programas de diagnóstico precoce e prevenção de perdas cognitivas em idosos. Ações nessa direção foram incentivadas após orientação da OMS (WHO, 2015), e diversos países têm procurado se organizar para promoverem a estruturação de programas de prevenção de perda cognitiva e manejo das demências. Destaca-se o programa instalado na APS em Madrid, Espanha, que atua com a oferta de treinamento para manutenção das funções cognitivas em escala comunitária. A ação opera no serviço de prevenção primária com método que envolve estimulação tradicional, utilizando papel, lápis, computador e complemento na residência do idoso, via material de apoio. O método intitulado *Unidad de Memoria Ayuntamiento de Madrid* foi criado em 1993 e, atualmente, é desenvolvido em todas as unidades autônomas de Madrid (CARRASCO et al., 2001).

Nesse âmbito, nota-se que as iniciativas nacionais necessitam de maior atenção e incentivo, especialmente para políticas com foco em estruturação de ações que visem à prevenção de perdas cognitivas. Ademais, instituições que promovem ações de sociabilização e estimulação, voltadas para esse público, precisam ser reconhecidas e valorizadas.

Em conformidade com a atual pesquisa, entretanto com diferença estatisticamente significativa, os maiores percentuais de declínio cognitivo foram entre o sexo feminino, em comparação ao masculino, nas pesquisas nacionais entre idosos atendidos em um ambulatório de especialidades ($p=0,001$) (GRDEN et al., 2017) e residentes na zona urbana do município de Florianópolis (SC) ($p=0,040$) (CONFORTINI et al., 2017).

A diminuição da capacidade cognitiva pode desencadear, na pessoa idosa, piora de sua QV. Em se tratando de idosos que já apresentam diminuição cognitiva ações no sentido de prevenir sua evolução são recomendadas (LEITE et al., 2015). Assim, é preconizada a adoção de hábitos de vida saudável, prática de atividade física, dieta equilibrada, manutenção do convívio social e estímulo às atividades intelectuais com leituras e jogos (LEITE et al., 2015). Para a manutenção da capacidade cognitiva dos idosos, os profissionais de enfermagem podem desenvolver estratégias que busquem incentivar os idosos no reconhecimento de novos projetos de acordo com suas potencialidades (TAVARES; DIAS, 2012; LEITE et al., 2015).

Desse modo, o profissional de saúde exerce papel preponderante, pois pode intervir de forma efetiva no cuidado ao idoso, tendo em vista a preservação de seu estado de saúde com o máximo de autonomia e independência, junto de seus familiares e meio social.

7.2.3 Ambiente físico

O desenvolvimento de ambientes acessíveis, agradáveis e seguros, correspondendo às expectativas e necessidades da população idosa, passou a ser uma preocupação constante em diferentes locais do mundo (WHO, 2008; ILC-BRASIL, 2015). Devido à influência das características do ambiente físico no comportamento humano e na forma como um indivíduo interage com o meio em que está inserido, faz deste, um dos determinantes do envelhecimento ativo com maior impacto na saúde, autonomia, QV e bem-estar na população idosa (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015; SILVA; ELALI, 2015; MOYSÉS; ALVIM, 2019).

Estudos identificaram vários fatores ambientais associados a melhor QV, bem-estar e autoavaliação positiva da saúde na população idosa, dentre eles: ambiente social, como apoio social da família, amigos e vizinhos (LEHNING et al., 2014; PARK; LEE, 2016), convívio social na vizinhança (VAN et al., 2015; ENGEL et al., 2016), ambiente físico saudável (GAO; AHERN; KOSHLAND, 2016; HONOLD et al., 2016; GASCON et al., 2017) e segurança (PARRA et al., 2010; RANTAKOKKO et al., 2010; TIRAPHAT et al., 2017).

Nessa investigação, a maioria dos idosos avaliou positivamente o seu ambiente físico, com relato de segurança na vida diária, ambiente físico saudável e satisfação com os meios de transporte e condições de moradia, dado que corrobora pesquisas nacionais (NAVARRO et al., 2015; CARVALHO; SOUZA, 2017; PEREIRA et al., 2019) e internacional (TIRAPHT et al., 2018), realizadas na comunidade. A percepção que os idosos possuem do ambiente físico, em que estão inseridos, é um determinante de suas relações na comunidade (NAVARRO et al., 2015). Ambientes saudáveis favorecem a participação social (GASCON et al., 2017; SARKAR; WEBSTER; GALLACHER, 2018), e conseqüentemente maiores possibilidades de

relações pessoais (DE BELL et al., 2017), contribuindo com bem-estar e QV (YANG et al., 2018).

Referente à segurança e ao ambiente físico saudável, no inquérito desenvolvido com pessoas idosas da comunidade de quatro regiões na Tailândia, maior percentual avaliou o bairro como seguro (50,0%), a vizinhança com alta acessibilidade aos serviços comunitários (60,0%) e bom convívio social (55,6%) (TIRAPHT et al., 2018). Investigação entre idosos da comunidade de Canindé (CE) evidenciou que 31,4% sentiam-se seguros para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa no período noturno, e 45,8% avaliaram o clima adequado para o desenvolvimento dessas atividades (PEREIRA et al., 2019). No estudo realizado na comunidade de um município no Rio Grande do Sul (RS), a percepção de dificuldades, como: poucos bancos; falta de faixas de segurança; tempo de sinal muito curto para pedestres; degraus muito altos; e mau cheiro dos banheiros públicos foi maior entre os idosos jovens, entretanto, os longevos referiram utilizar com menor frequência os ambientes comunitários (NAVARRO et al., 2015).

Verificou-se também, que no geral, a falta de segurança foi a maior dificuldade enfrentada para sair de casa (19,9%) e na percepção dos locais públicos frequentados, os ambientes inseguros foram relatados por 26,1% (NAVARRO et al., 2015). A literatura científica demonstra a preocupação da população em relação à melhora da qualidade na segurança, o que possibilita os indivíduos de frequentarem espaços públicos de forma tranquila (TIRAPHT et al., 2018). Portanto, a percepção da falta de segurança pode influenciar diretamente o uso de áreas de lazer (NAVARRO et al., 2015).

Concernente aos meios de transporte, pesquisa realizada na comunidade de São Paulo (SP) identificou que a participação social e a QV, dos idosos que relataram dificuldades no acesso ao transporte público, apresentaram piores índices (SANTOS et al., 2017b). Os meios de transporte são necessários para que os idosos tenham acesso aos serviços de saúde e atividades sociais e de lazer, havendo uma dependência direta entre os mesmos (WEBBER; PORTER; MENEZES, 2010). Com isto, fazem-se necessárias ações de saúde pública para transportes coletivos mais acessíveis a esse grupo etário, proporcionando melhorias na saúde e bem-estar individual (SANTOS et al., 2017b).

Quanto à condição de moradia, inquérito desenvolvido entre idosos residentes em dois condomínios em Araraquara (SP) verificou que, em ambos locais, a maioria estava satisfeita com a condição de moradia (SILVA, 2019), resultado que está em consonância com o presente estudo. A moradia é fundamental para a segurança e o bem-estar (WHO, 2008), pois, quando adequada, relaciona-se ao acesso aos serviços comunitários e sociais que impactam na

independência e QV dos idosos. Nesse sentido, moradia e serviços de suporte que permitem que esses indivíduos envelheçam com conforto e segurança, são universalmente valorizados (WHO, 2008). Corroborando com tal premissa, é imprescindível que a moradia seja adequada para que as pessoas possam envelhecer em casa, de forma independente e segura (SILVA et al., 2019).

A avaliação positiva do ambiente físico com maior proporção entre as idosas diverge de estudos nacionais (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; FERREIRA et al., 2018). Pesquisa entre idosos da comunidade de Sete Lagoas (MG) evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os sexos relacionados à percepção da segurança ($p < 0,001$), na qual 48,1% dos homens sentiam-se seguros, enquanto que 57,3% das idosas, inseguras (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015). Investigação desenvolvida com a população brasileira, residente em áreas urbanas, com 50 anos ou mais de idade, verificou que o maior percentual de indivíduos que percebe a vizinhança como violenta foi entre o sexo feminino ($p < 0,001$) (FERREIRA et al., 2018).

Apesar de estarem conquistando sua independência, ainda há uma cultura de discriminação contra a mulher (SILVA et al., 2014). Revisão sistemática destacou o fato de a mulher sofrer violência em todas as faixas etárias, bem como, a sua maior susceptibilidade, situação essa, que se agrava com o envelhecimento (SILVA et al., 2014). O resultado identificado no presente estudo pode estar relacionado ao vínculo que as idosas apresentam com o seu ambiente físico, questão esta mais comum com o aumento da idade (CARMO, 2019), que na maioria das vezes resulta na sua satisfação (SILVA, 2019; CARMO, 2019), que pode ser influenciada pelo tempo de residência, percepção de segurança, elevada capacidade de autonomia, familiaridade com a comunidade (WANKA, 2017) e, conseqüentemente uma melhor QV (DONG; BERGEN, 2016; CHOI; MATZ-COSTA, 2018).

Ressalta-se a necessidade da criação de ambientes favoráveis ao envelhecimento ativo, que devem promover a manutenção da autonomia, independência e QV, garantindo condições de respeito, dignidade, cultura e interação social positiva. Mas, para que haja garantia de tais oportunidades aos idosos é preciso o envolvimento, nesse processo, dos diversos serviços de atenção a esse grupo etário (ARAÚJO et al., 2018b).

7.2.4 Determinantes sociais

7.2.4.1 Apoio social

As redes sociais são definidas como conexões e contatos com pessoas por meio das quais os apoios: material; emocional; de informação; afetivo e de interação social positiva são recebidos (GRIEP et al., 2005). No presente estudo as redes sociais dos idosos foram constituídas, principalmente, por familiares corroborando dados de outras pesquisas no Brasil (BRITO et al., 2018; SOUSA et al., 2018b), México (MENDOZA-NÚÑEZ et al., 2017), Portugal (MAIA et al., 2017), Europa (STOECKEL et al., 2015) e China (CHEN et al., 2008).

Na velhice a rede social pode se tornar menor e com enfoque maior na família devido às mudanças como: a perda do cônjuge, problemas de saúde ou responsabilidade do cuidado familiar (ILC-BRASIL, 2015). Tal fato pode representar uma preocupação devido às mudanças na constituição das famílias, que estão cada vez menores (BRITO et al., 2018). A diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e as alterações nos papéis sociais, caracterizadas pela entrada da mulher no mercado de trabalho, são alguns dos fatores que contribuem com a diminuição do tamanho familiar e, conseqüentemente, menor possibilidade de oferta de apoio social (ILC-BRASIL, 2015).

Pesquisa desenvolvida na APS do Recife (PE) verificou que idosos que não possuíam convívio familiar apresentaram quase quatro vezes mais chance de ter um envelhecimento menos ativo, quando comparados àqueles com esse convívio ($OR=3,9$; $p=0,022$) (CAVALCANTI et al., 2018). Sabe-se que indivíduos que possuem redes sociais ativas vivem mais e com melhor saúde, pois estas contribuem com a melhoria na QV, bem-estar subjetivo, funcionalidade e mortalidade (PEREIRA et al., 2015; MAIA et al., 2017; BRITO et al., 2018; SHAIN et al., 2019).

A maior rede social entre homens, em comparação às mulheres, condiz com estudos nacional ($p=0,001$) (BRITO et al., 2018) e internacional ($p<0,001$) (MAIA et al., 2017), desenvolvidos com idosos da comunidade. As mulheres apresentam maior expectativa de vida em relação aos homens (IBGE, 2016), e com o aumento da idade, as redes sociais tendem a diminuir, mas os vínculos mais próximos mantêm-se, havendo maior seletividade (MAIA et al., 2017), fato que pode justificar esses resultados.

Na atual investigação a maioria dos idosos, tal como em ambos os sexos, estava satisfeita com suas relações com amigos, familiares e conhecidos. Ressalta-se que a ausência do envolvimento em relações pessoais, como um fator de risco à saúde, tem sido considerada tão danosa ao processo de envelhecimento ativo quanto o tabagismo, o sobrepeso e a

inatividade física (OLIVEIRA et al., 2015; PEREIRA et al., 2015; MAIA et al., 2017; SPOSITO et al., 2016; BRITO et al., 2018; SHAIN et al., 2019), sugerindo que a piora das condições de saúde pode ser causada não somente por hábitos de vida considerados inadequados, como também, pela redução da quantidade e/ou qualidade das relações pessoais (BRITO et al., 2018).

A noção de que as relações sociais e a participação em grupos têm consequências positivas sobre o indivíduo e a comunidade sustenta-se na ideia de que as interações sociais criam redes, estimulam a confiança, influenciam a formação de valores, apoiam as normas e a cultura e geram o sentido de comunidade (PODER, 2011; GONTIJO et al., 2019). Assim, os profissionais de saúde, durante o cuidado prestado a esse grupo etário, devem considerar de forma integral as questões que interferem na saúde, dentre elas a rede e o apoio social (GUEDES et al., 2017; LÓPEZ-CERDÁ; CARMONA-TORRES; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2019). Neste contexto, as abordagens que possibilitam integrar a família e componentes da rede social à assistência, são recursos que devem ser apreciados e utilizados, por agregar qualidade à saúde desses indivíduos (ARAGÃO et al., 2018).

O apoio social é considerado um construto multidimensional (MACEDO et al., 2018), que envolve o processo em que se busca alcançar melhorias na QV, por meio da otimização das oportunidades de saúde, participação, segurança e aprendizagem ao longo da vida (WHO, 2002). Incluem variáveis como o vínculo social; carinho; assistência; conforto e recursos disponíveis (MACEDO et al., 2018).

Em relação à mensuração do apoio social, escore inferior foi verificado em estudos, nacional (74,43) (BRITO; PAVARINI, 2012) e internacional (70,22) (ESLAMI et al., 2018), desenvolvidos entre idosos da comunidade. Investigações, nacional com idosos atendidos nas UBS do município de Várzea Grande (MT) (SANT'ANA; D' ELBOUX, 2019) e internacional entre idosos espanhóis (LÓPEZ-CERDÁ; CARMONA-TORRES; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2019), verificaram que a maioria sempre encontrava amigos e familiares, tinha com quem conversar e facilidade de achar pessoas para ajudar nos afazeres, caso ficasse doente, assim como, de pedir opinião ou lidar com algum problema (LÓPEZ-CERDÁ; CARMONA-TORRES; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2019; SANT'ANA; D' ELBOUX, 2019).

Na análise de cada dimensão, o melhor nível de apoio material também foi verificado em estudo nacional (BRITO; PAVARINI, 2012), ou seja, a disponibilidade de serviços práticos e recursos materiais, incluindo, por exemplo, ajuda no trabalho ou auxílio financeiro, é satisfatória para esses idosos. Contudo, percebe-se menos a possibilidade de terem com

quem contar para dividir suas preocupações e sentimentos; solicitar informações e a existência de pessoas em sua rede social que lhes amem e com quem podem ter momentos de prazer e relaxamento (GRIEP et al., 2005). Pesquisa internacional identificou maiores escores de apoio material entre idosos espanhóis, e apoio afetivo entre os holandeses. Contudo, destacou-se que os espanhóis apresentaram escores mais elevados de solidão (SÀNCHEZ RODRIGUES et al., 2014). O apoio emocional pode contribuir com a integração social, além de ser fundamental para o bem-estar físico e psicológico. Assim, além da ajuda prática, receber apoio emocional pode ser garantia de maior satisfação, o que, conseqüentemente, leva a bons sentimentos que contribuem com a saúde dos idosos (BRITO et al., 2018).

Por favorecer melhorias nas condições de saúde da população idosa, a rede e o apoio social e as boas relações pessoais se enquadram como parte relevante da atenção integral à saúde do idoso e no processo de envelhecer ativo (GUEDES et al., 2017). Neste contexto, identificar o papel do apoio social, no cuidado a esse grupo populacional, possibilita verificar a forma como essa população interage com sua rede social, permitindo que outras pessoas tenham novas perspectivas sobre o cuidado, propiciando assim, tanto avanço do conhecimento científico, quanto para a sociedade como um todo (BRITO et al., 2017).

7.2.4.2 Isolamento social e voluntariado

Dentre outros fatores que também influenciam o processo de envelhecimento humano, está a participação social, reconhecida pela OMS como forma de prevenir o isolamento social e promover a saúde (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015).

Referente à participação nas AAVD, resultado semelhante foi verificado na pesquisa entre idosos da comunidade de Campina Grande (PB), a qual predominaram os mais ativos (78,9%) (ARAÚJO et al., 2017a). Porém, o número médio das AAVD realizadas foi inferior a atual investigação ($3,38 \pm 3,02$) (ARAÚJO et al., 2017a). Ademais, média correspondente foi identificada por meio dos dados do estudo FIBRA-UNICAMP ($5,53 \pm 2,21$) (SPOSITO et al., 2016).

As AAVD permitem aos idosos desenvolverem papéis sociais, além de auxiliarem na manutenção da saúde mental e da QV (SPOSITO et al., 2016). O desempenho nas atividades avançadas é capaz de indicar boa saúde, física e mental, e a sua diminuição pode sugerir o início de um declínio funcional e alterações cognitivas e de humor (DIAS et al., 2014c). Neste contexto, a avaliação das AAVD contribui com a identificação de um nível funcional mais complexo, que engloba funções físicas, sociais, psicológicas e cognitivas desse grupo etário (DIAS; ANDRADE; DUARTE, 2015).

Na análise entre os sexos, resultados contrários foram identificados no inquérito entre idosos da comunidade, no qual a maior média de AAVD esteve entre as mulheres ($5,54 \pm 2,2$), em comparação aos homens ($5,51 \pm 2,2$) ($p=0,730$) (SPOSITO et al., 2016). Contudo, nas investigações desenvolvidas entre idosos cadastrados em uma UBS no Recife (PE) (ARAÚJO et al., 2019) e com base nos dados obtidos pela Rede FIBRA (OLIVEIRA et al., 2015), o sexo masculino apresentou os maiores percentuais de participação nas AAVD, em relação ao feminino, corroborando com o presente estudo.

Revisão sistemática que buscou verificar os fatores de risco e protetores para o desenvolvimento de limitações nas atividades da vida diária em idosos da comunidade identificou que ser do sexo feminino é um fator de risco para o desenvolvimento de incapacidades funcionais em idosos (VAN DER VORST et al., 2016). Estudo de metanálise identificou que a prevalência de incapacidade funcional em idosos brasileiros foi de 42,8% ($\pm 21,0$) entre as mulheres e de 39,6% ($\pm 26,2$) entre os homens (CAMPOS et al., 2016). Apesar das mulheres apresentarem maior expectativa de vida, em relação aos homens, elas tendem a sofrer mais de condições incapacitantes, que podem ser atribuídas às DCNT, violência e más condições de trabalho ou vida (WHO, 2009; ILC-BRASIL, 2015).

O conhecimento relativo à participação nas AAVD contribui para que os profissionais de saúde identifiquem a necessidade de auxílio dos idosos para o desenvolvimento dessas atividades, bem como, desenvolvam ações em busca da sua potencialização, possibilitando assim, que esse grupo etário desempenhe maior participação social e viva da forma mais independente possível.

A participação social, entendida como o envolvimento dos indivíduos em atividades que oferecem oportunidades para interação com outras pessoas na sociedade (LEVASSEUR et al., 2010), requer condições, pessoais e contextuais, favoráveis para o desempenho das atividades sociais correspondentes (TOMIOKA et al., 2015). Aspectos da saúde física e mental tais como mobilidade, atenção, memória, equilíbrio emocional, habilidade para resolução de problemas e raciocínio são exemplos de fatores que podem determinar a escolha da atividade social, a frequência de participação na comunidade e sua continuidade (TOMIOKA et al., 2015; PINTO; NERI, 2017).

Corroborando com a atual pesquisa, a satisfação com a participação nas atividades da comunidade foi relatada pela maioria dos idosos portugueses (30,8%) (FIGUEIREDO, 2016). Ademais, dados do estudo FIBRA verificaram alta participação social (75,4%) entre idosos comunitários (PINTO; NERI, 2017); e investigação longitudinal desenvolvida entre idosos da comunidade de Bambuí (MG) verificou que aqueles que não participavam de grupos sociais

ou associações apresentaram 2,28 vezes mais risco de morte (OR=2,28; IC95%: 1,49-3,49) que suas contrapartes (GONTIJO et al., 2019), evidenciando a necessidade de expandir as intervenções direcionadas à promoção da longevidade para além do campo específico da saúde, voltando-se também para questões ambientais e sociais (GONTIJO et al., 2019).

Por serem frequentados por diferentes indivíduos, os espaços públicos proporcionam: a troca, circulação de bens de consumo, de informação e comunicação, permitindo assim, criar dinâmicas de convívio social, que podem influenciar e melhorar a QV, estimulando um estilo de vida participativo com autonomia e independência. Assim, os ambientes que proporcionam tais características contribuem para que os indivíduos envelheçam ativamente (SILVA, 2015; ILC-BRASIL, 2015). Desse modo, é preciso reconhecer como importante estratégia nessa fase da vida, a (re) inserção do idoso à sociedade, não apenas pelas atividades laborais, mas também por meio de espaços que propiciem a satisfação pessoal e o desenvolvimento de novos projetos, beneficiando a melhoria da QV (TAVARES et al., 2016; SILVA et al., 2018b; PINTO; NERI, 2017).

Estudos enfatizaram a importância de reconhecer a heterogeneidade de enfrentamento dos desafios para a participação na comunidade, incluindo as diferenças entre gênero (FIGUEIREDO et al., 2016; PINTO; NERI, 2017). Em consonância com os dados da atual investigação, pesquisadores descreveram os níveis de participação na comunidade entre mulheres e homens idosos e perceberam que, na velhice, o sexo feminino tende a ser mais ativo socialmente do que o masculino, principalmente em atividades sociais, lazer e cuidado (FIGUEIREDO, 2016; PINTO; NERI, 2017; FERREIRA et al., 2018).

O engajamento em atividades sociais e de lazer tem sido associado à melhora do funcionamento físico e à ampliação das redes sociais consideradas fontes protetoras e mantenedoras de saúde e bem-estar (PEREIRA et al., 2015; MAIA et al., 2017; BRITO et al., 2018). Portanto, considera-se fundamental incentivar e proporcionar atividades na comunidade e de lazer para reduzir o isolamento e aumentar a inserção do idoso no meio social, refletindo na melhora e/ou manutenção da QV (FERRARI et al., 2015; STREIT et al., 2015; SILVA et al., 2017b).

Em consonância com os idosos do presente estudo e de um município na Região Noroeste do Paraná (PR) (FERRARI et al., 2016), as oportunidades para atividades de lazer são bastante frequentes. Investigação entre idosos da comunidade de Sacramento (MG) evidenciou que aqueles com maior participação nessas atividades apresentaram melhores escores de QV, com diferença estatisticamente significativa, nos domínios físico, psicológico e geral (SILVA et al., 2017b). As atividades de lazer estão entre os fatores que contribuem

com a promoção da saúde devido ao bem-estar gerado em sua execução, melhorando, conseqüentemente, a percepção da QV da população idosa (FERRARI et al., 2016; SILVA et al., 2017b).

Pesquisa desenvolvida com idosos centenários da comunidade de Florianópolis (SC) observou que os principais hábitos no lazer são realizados no ambiente domiciliar, como assistir à televisão (95,7%), dormir (52,2%), receber visitas e conversar (52,2%) (STREIT et al., 2015). Nesta perspectiva, estudo qualitativo analisou as opiniões sobre "viver bem" dos quase centenários e centenários em Hong Kong, concluindo que programas que facilitam os contatos sociais podem contribuir com a independência funcional desse grupo etário (WONG et al., 2014). Assim, as atividades vinculadas à família e relacionadas à manutenção de bons vínculos afetivos podem proporcionar autonomia para que os idosos tenham liberdade de realizar as atividades cotidianas e de lazer que desejarem.

Na atual investigação as idosas relataram com maior frequência muitas oportunidades de lazer, em relação aos homens, corroborando com estudos nacionais desenvolvidos entre idosos da comunidade (FERRARI et al., 2016; SOUSA et al., 2018a). É necessário o empenho dos profissionais de saúde e gestores em oferecer e sistematizar serviços e oportunidades que otimizem o engajamento em atividades de lazer, resgatando o valor social e a construção de projetos de vida na velhice, contribuindo com o envelhecimento ativo.

7.2.4.3 Educação

A média dos anos de estudo verificada nessa investigação está em consonância com pesquisa entre idosos da comunidade do município de Montes Claros (MG) ($4,3 \pm 4,22$) (OLIVEIRA et al., 2017) e com dados brasileiros (IBGE, 2016). Ao considerar o ensino fundamental e médio, a formação deveria completar 12 anos de escolaridade, entretanto, a população brasileira com 60 anos ou mais de idade tem média de 4,1 anos de estudo durante toda a vida (IBGE, 2016). Segundo IBGE, em 2017, as restrições à educação representavam 43,8% entre os idosos, sendo o principal problema que atinge essa população no Brasil (IBGE, 2018). Ademais, média inferior foi verificada no inquérito nacional entre idosos cadastrados nas UBS de um município no interior do Estado de São Paulo ($3,6 \pm 3,5$) (BRIGOLA et al., 2019); e superior entre idosos americanos que participaram do *Louisiana Aging Brain Study* ($16,1 \pm 2,5$) (BERNSTEIN et al., 2019). A baixa escolaridade constitui-se uma condição social desfavorável, pois exerce influência no acesso aos serviços de saúde, nas oportunidades de participação social e na compreensão do tratamento e adesão às práticas de

autocuidado, com impacto negativo no processo de envelhecer ativo (SANTOS; CUNHA, 2017).

Devemos pensar na educação como uma via a serviço de um desenvolvimento humano mais harmônico e autêntico (DELORS, 2010). Pois, esta é, sobretudo, um instrumento de construção do próprio indivíduo e da cidadania durante a sua vida. A aprendizagem exige habilidades cognitivas que, de certa forma, podem compensar outras perdas decorrentes do aumento da idade (BERTI, 2013). Assim, a educação pode ser considerada essencial, tanto sob o aspecto de construção de cidadania e participação social, quanto pelo benefício advindo da estimulação cognitiva e da autoestima (CHAVES, 2017).

Destaca-se que outras pesquisas nacionais (VIANA et al., 2014; NICOLATO et al., 2016; CONFORTIN et al., 2017; HIRAGA et al., 2017; SANTOS; CUNHA, 2017; MELO et al., 2017; NOGUEIRA et al., 2017; DALAZEN et al., 2018; MILAGRES et al., 2018; SILVA et al., 2018c) verificaram que a maioria dos idosos referiu possuir de um a quatro anos de estudo. Inquérito desenvolvido na APS do Recife (PE) identificou que idosos com menos de quatro anos de estudo apresentaram 2,9 vezes mais chances de ter envelhecimento menos ativo quando comparados aqueles com maior escolaridade (OR=2,9; $p=0,045$), destacando que quanto mais alto se é o grau de instrução, mais amplos tendem a serem os recursos para adaptação às mudanças advindas do processo de envelhecimento humano (CAVALCANTI et al., 2018).

A baixa escolaridade pode influenciar negativamente a maneira pela qual os idosos compreendem e realizam as ações que englobam as práticas de cuidado com a saúde (CHAVES, 2017). Assim, o enfermeiro, deve atentar-se para a comunicação eficaz com o idoso e seus familiares, por meio de uma linguagem clara e objetiva sobre os cuidados necessários para melhoria na saúde dessa população (LUZ et al., 2014).

Nessa investigação as idosas apresentaram média de anos de estudo inferior ao sexo masculino, resultado também verificado na pesquisa entre idosos cadastrados nas UBS na Região Noroeste de Belo Horizonte (MG) (64,4% vs 35,6%; $p=0,015$) (SILVA et al., 2018c). As diferenças sociais remetem ao sexo feminino uma posição desprivilegiada no panorama da educação, são as mulheres idosas as que possuem os maiores índices de analfabetismo e baixa escolaridade (IBGE, 2016; SILVA et al., 2018c). Nesse contexto, por apresentar relação direta com o processo saúde-doença dos idosos, aspectos relacionados à escolaridade devem ser considerados na avaliação da saúde desse grupo etário, principalmente no que concerne à sua capacidade de autocuidado (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016).

7.2.5 Determinantes econômicos

7.2.5.1 Condição socioeconômica

Ao considerarem aspectos demográficos e epidemiológicos, e condições sociais e econômicas, identificam-se, na população idosa, múltiplas diferenças, tanto entre si, quanto em relação aos demais grupos etários (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017). O predomínio de idosos com renda mensal individual de 1-3 salários mínimos, verificado nessa investigação, condiz com estudos nacionais (MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2016; SPOSITO et al., 2016; BELMONTE et al., 2017; BORIM; FRANCISCO; NERI, 2017; LUIZ et al., 2017; COSTA et al., 2018; FONTES; NERI, 2019).

Entretanto, resultados divergentes foram verificados no município de Taiobeiras (MG) (47,2%) (SILVA; BARBOSA; PINHO, 2018) e Goiânia (GO) (42,5%) (CASTRO et al., 2016), nos quais a maioria dos idosos recebia até um salário mínimo. Destaca-se que no Brasil, 38,3% das pessoas com 60 anos ou mais de idade possuem um rendimento mensal entre meio a um salário mínimo (IBGE, 2016). Acredita-se que a renda seja um fator que influencia no acesso aos serviços de saúde, assim como, na satisfação com os rendimentos (LEVORATO et al., 2014).

A maior parte dos idosos, da atual investigação, classificou a condição econômica e a quantidade de dinheiro para satisfazer as necessidades como regulares, corroborando pesquisa desenvolvida entre pessoas idosas atendidas em uma UBS de Jussiapé (BA) (73,3%) (CARVALHO et al., 2017). A pior condição econômica gera efeitos negativos que persistem ao longo da vida e se refletem em uma maior prevalência de DCNT, limitações funcionais, sofrimento psicológico e altas taxas de mortalidade (KORDA et al., 2014). Estudo entre idosos verificou que aqueles com pior condição socioeconômica apresentaram maiores chances de fumar, ser sedentário e obeso, desenvolver DCNT, ter mais sintomas depressivos e solidão, e pior qualidade de sono (VAZ DE MELO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2014).

Uma possível explicação para essa diferenciação reside no fato de que maiores níveis de renda permitem a aquisição de melhores serviços de acompanhamento, equipamentos de apoio e uma inserção social mais ativa (AMARAL; MELO; OLIVEIRA, 2015). Nesse contexto, a baixa renda dos idosos expressa o desafio para a manutenção das necessidades básicas e do cuidado à saúde (VAZ DE MELO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2014; MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2016). Portanto, as ações em saúde pública devem ser adequadas às condições econômicas da população idosa, para que se possa ter um tratamento efetivo e com qualidade.

7.2.5.2 *Seguridade social*

A maior longevidade da população deve ser levada em consideração também para fins de planejamento do sistema de seguridade social, que engloba a assistência e previdência social e saúde (IBGE, 2016). O predomínio de idosos aposentados corrobora pesquisas nacionais desenvolvidas na comunidade (LEITE et al., 2015; ARAÚJO et al., 2018a; TORRES; CASTRO; LUSTOSA, 2019), e entre pessoas com 60 ou mais anos de idade cadastradas em uma ESF localizada na zona oeste do município Ribeirão Preto (SP) (LUIZ et al., 2017) e no Centro de Referência à Pessoa Idosa, de Belo Horizonte (MG) (MIRANDA et al., 2016). De acordo com o IBGE a principal fonte de rendimento da população idosa é a aposentadoria e/ou pensão (67,6%) (IBGE, 2016).

A transição para aposentadoria se trata de uma época de mudanças e readaptações nos contextos social, familiar e ocupacional (FRANÇA et al., 2013; ANTUNES; MORE, 2016; SILVA et al., 2018b), podendo ser vivenciada com tensão e dificuldade de adaptação ao novo estilo de vida (FRENCH; JONES, 2017; ILMAKUNNAS et al., 2018), ou, ser expressão de liberdade e intensificação das fontes de satisfação, devido ao acréscimo de tempo livre após o desligamento do trabalho (SILVA et al., 2018b). A aposentadoria bem-sucedida está entre os fatores determinantes do envelhecimento ativo (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015). Neste contexto, Programas de Preparação para Aposentadoria, que abordam temas, como: segurança financeira, saúde, promoção da autoeficácia, fortalecimento dos vínculos familiares e sociais (FRANÇA et al., 2013), têm se destacado como medidas promissoras na promoção da QV e adequação à aposentadoria (FRANÇA, 2013).

Atualmente, no Brasil, com as alterações nas regras de aposentadoria (BRASIL, 2015), os idosos tendem a permanecer formalmente no mercado de trabalho até idades mais avançadas, corroborando dados do envelhecimento e aumento da população economicamente ativa no Brasil (IBGE, 2018; IPEA, 2018).

7.2.5.3 *Emprego*

Segundo a OMS (WHO, 2002), a permanência do idoso no mercado de trabalho é um dos fatores determinantes do envelhecimento ativo, no entanto, constitui-se um grande desafio para a sociedade, principalmente para os países em desenvolvimento, onde o trabalho pode ser uma necessidade nessa fase da vida (PNUD, 2015).

O trabalho remunerado era realizado pela minoria dos participantes do presente estudo, dado que está em consonância com pesquisas nacionais desenvolvidas entre idosos residentes na zona urbana dos municípios de Belo Horizonte (MG) (17,8%) (TORRES;

CASTRO; LUSTOSA, 2019) e Campinas (SP) (22,1%) (SOUSA et al., 2018a); e internacional entre pessoas com 65 anos ou mais de idade da Flórida (11,0%), Maryland (18,0%), New York (14,0%) e Washington (13,0%) (SHAFER et al., 2019). Quando se considera a QV de uma determinada população, o trabalho surge como um dos aspectos relevantes, especialmente entre idosos, tendo em vista a permanência das pessoas com mais de 60 anos de idade no mercado de trabalho e o prolongamento da vida produtiva (AMORIM; SALLA; TRELHA, 2014; PAOLINI, 2016; IBGE, 2018; IPEA, 2018).

O trabalho, fator importante no contexto social dos indivíduos, favorece o acesso aos bens de serviço e consumo e o *status* social, e interfere no processo de saúde-doença, favorecendo, por exemplo, a aquisição de medicamentos (ILC-BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al., 2016b; PAOLINI, 2016). Ademais, a influência do trabalho na QV da pessoa idosa vai além das necessidades relacionadas à renda, envolvendo também o sentido atribuído à prática laboral, como a concepção da identidade, valorização e desenvolvimento pessoal, sendo considerada como uma atividade promotora de saúde que permite maior inserção social, independência e autonomia (LU et al., 2017; AMORIM; SALLA; TRELHA, 2014).

No entanto, as mudanças econômicas no mercado de trabalho mundial impactaram diretamente nos sistemas de seguridade e previdência social, resultando em um maior número de idosos que buscam permanecer ou se (re) inserir nesse mercado, uma tendência que apresenta proporção inversa à quantidade de ofertas de emprego para esta população (FRENCH; JONES, 2017). Atualmente, as relações de trabalho envolvendo o público idoso constituem um problema relevante que precisa ser discutido e analisado, especialmente a relação entre o desempenho nas atividades laborais e a QV desse grupo populacional (PAOLINI, 2016).

Investigação entre idosos com base nos dados da PNS verificou que 22,4% exerciam trabalho remunerado, com diferença estatisticamente significativa entre os sexos masculino (32,9%) e feminino (14,4%) ($p < 0,001$) (CASTRO et al., 2019), corroborando com o presente estudo. Ademais, verificou-se o predomínio de autônomos (51,3%), sendo que para os homens a atividade laboral no setor privado ocupou a segunda posição (26,0%), ao passo que para as mulheres o trabalho doméstico (19,7%). A média semanal de horas de trabalho também foi maior entre os homens (39,3 horas), em relação às idosas (32,1 horas) (CASTRO et al., 2019).

Assim, em similaridade com estudos anteriores, a participação dos homens idosos no mercado de trabalho é maior que a das mulheres (CASTRO et al., 2019; SOUSA et al., 2018a; TORRES; CASTRO; LUSTOSA, 2019). Esse predomínio masculino pode ser justificado por

algumas questões, a saber: (1) Modelo tradicional de sustento familiar, em que os homens assumem a responsabilidade primária pelo ganho financeiro, ao mesmo tempo em que as mulheres os cuidados familiares não remunerados (GIULLARI; LEWIS, 2005); (2) Nível de desenvolvimento econômico e educacional dos países (HE; GOODKIND; KOWAL, 2015; IBGE, 2018); (3) Fatores intrínsecos ao gênero, como as interrupções da carreira ao se dedicar à maternidade ou ao cuidado de familiares dependentes (CAMARANO; PASINATO, 2007; ILINCA et al., 2016; IBGE, 2018); e (4) Diferença na idade legal para aposentadoria, na qual as mulheres se aposentam mais cedo que os homens e isso para elas significa, muitas vezes, a saída definitiva do mercado de trabalho (CAMARANO; PASINATO, 2007; ILINCA et al., 2016). Conseqüentemente, tem sido observado um maior retorno de homens aposentados às práticas laborais, em relação às mulheres (IBGE et al., 2018).

As desigualdades de gênero, evidenciadas no presente estudo por meio da análise dos determinantes econômicos, como menores renda, acesso à aposentadoria e participação no mercado de trabalho, entre idosos do sexo feminino, em comparação ao masculino, corrobora pesquisas nacionais na comunidade (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; SOUSA et al., 2018a; CASTRO et al., 2019) e podem ser atribuídas tanto à prática discriminatória no mercado de trabalho, quanto à divisão por gênero das atividades de afazeres domésticos e cuidados. Segundo dados do IBGE (2018) as mulheres se dedicam, em média 20,9 horas semanais em afazeres domésticos e/ou cuidados de moradores ou parentes, há contrapor 10,8 horas médias gastas pelos homens na realização das mesmas atividades (IBGE, 2018). Ademais, as atividades econômicas com menores rendimentos médios estão entre o sexo feminino, sendo que os homens ganham em média 29,7% a mais que as mulheres (IBGE, 2018).

O envelhecer enquanto homem ou mulher é determinado por modos distintos de vivência, resultantes de diversas expectativas, identidades, relações e processos (VELOSO, 2015). Quando a igualdade de gênero é realmente aceita, as aptidões, experiências e recursos, de mulheres e homens, de todas as idades serão reconhecidos como patrimônio intrínseco de uma sociedade plenamente coesa, produtiva e sustentável (ILC-BRASIL, 2015).

7.2.6 Serviços sociais e de saúde

Quanto à satisfação com o acesso aos serviços de saúde, percentual semelhante foi verificado entre idosos de um Centro de Convivência, de um município do interior de Mato Grosso do Sul (MS) (69,8%) (JUNIOR et al., 2018); inferior entre idosos assistidos pelas ESF de João Pessoa (PB) (39,5%) (BARBOSA; OLIVEIRA; FERNANDES 2017) e Salgueiro

(PE) (58,3%) (PARENTE et al., 2017); e superior às pessoas idosas participantes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (85,0%) (STOPA et al., 2017). Contudo, no estudo desenvolvido entre idosos da comunidade de Montes Claros (MG), 64,5% informaram que existem questões que os deixam insatisfeitos com esse acesso, sendo: as dificuldades para marcação de consultas (18,2%) e exames (14,5%) e de acesso às unidades de saúde (0,9%) e a demora no atendimento (32,9%) (DIAS et al., 2017).

O acesso à saúde influencia a dinâmica demográfica, com impactos positivos sobre a mortalidade e a expectativa de vida, podendo ser considerado um determinante fundamental da QV e do desenvolvimento socioeconômico (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). Embora o Brasil tenha avançado nas políticas públicas direcionadas aos idosos, ainda se constata, em muitos serviços de saúde, a ineficiência de um modelo de atenção caracterizado pelas desigualdades de acesso; divisão entre ações de prevenção e reabilitação; fragmentação do cuidado, com multiplicação de consultas, exames e outros procedimentos; falta de recursos humanos e o maior tempo na implementação de serviços (CÔRTE et al., 2017; VERAS; OLIVEIRA, 2018). Essas questões contribuem para as lacunas na qualidade dos serviços prestados a esse grupo etário, o que se evidencia por meio da baixa resolutividade dos problemas de saúde dos idosos (CÔRTE et al., 2017; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Corroborando com a presente pesquisa, a melhor satisfação com acesso aos serviços de saúde foi observada entre as idosas comunitárias de Belo Horizonte (MG) (AUGUSTO et al., 2019) e cadastradas em um Centro de Convivência no interior do Mato Grosso do Sul (MS) (JUNIOR et al., 2018). Estudo desenvolvido entre idosos atendidos nas ESF de Campina Grande (PB) verificou que as idosas, em comparação aos homens, apresentaram quase o dobro de chance (OR=1,76; IC95% [1,14-2,72]) de avaliar positivamente o tempo de espera por exames e 1,67 vezes mais chances (OR=1,67; IC95% [1,09-2,55]) de não deixar de se consultar com especialista por dificuldades, financeira e de deslocamento (PEDRAZA et al., 2018). Esses resultados podem refletir a maior procura dos serviços pelo sexo feminino (SCHENKER et al., 2019) e, por conseguinte, sua melhor avaliação do acesso.

O acompanhamento dos idosos, pelos serviços de saúde, é essencial na redução da ocorrência de complicações, decorrentes das condições do indivíduo, como exemplo, a presença de DCNT e o uso regular de medicamentos (FERREIRA; MATOS; LOYOLA FILHO, 2015). Estudo identificou resultado semelhante quanto ao acesso aos serviços de saúde, pois a maioria acessava o mesmo local ou profissional quando precisava de atendimento (79,3%) (STOPA et al., 2017). Sugere-se o vínculo da pessoa idosa com o profissional e serviço de saúde, fato que contribui para que os idosos atuem de forma ativa no

processo saúde-doença-cuidado; além de proporcionar uma atenção integral a saúde desses indivíduos (SILVA et al., 2018a; SOUSA et al., 2018b). Nessa perspectiva, o vínculo surge como elemento fundamental a favor do sentimento de amparo e segurança, e da autonomia perante suas necessidades de saúde (SILVA et al., 2018a).

A frequência de acesso aos medicamentos de uso contínuo foi semelhante à pesquisa desenvolvida entre idosos da comunidade de Ribeirão Preto (SP), na qual 46,8% conseguiram todos os medicamentos prescritos (BALDONI et al., 2014); e inferior às investigações entre idosos realizadas por meio dos dados da PNAD (2008) (86,0%) (VIANA et al., 2015), da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (96,0%) (OLIVEIRA et al., 2016b), da PNS (82,6%) (STOPA et al., 2017) e cadastrados nas UBS dos municípios Tejuçuoca (CE) (52,9%) (BEZERRA et al., 2016) e Marília (SP) (81,5%) (STEFANO et al., 2017). Estudo nacional verificou que os idosos que não tiveram acesso gratuito a todos os medicamentos de uso regular apresentavam maior número de morbidades crônicas e pior autopercepção do estado de saúde (VIANA et al., 2015). Assim, pode-se considerar o acesso aos medicamentos como um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde (BALDONI et al., 2014; VIANA et al., 2015).

Em consonância com a atual investigação, estudos nacionais (COSTA; FRANCISCO; BARROS, 2016; CARNEIRO et al., 2018; BENTO; SOUZA; PEIXOTO, 2019; OLIVEIRA; MANSO, 2019) e internacional (MARTIN et al., 2019) verificaram maior uso e aquisição de medicamentos pelas idosas. Fato que pode estar relacionado à maior probabilidade das mulheres desenvolverem DCNT que requerem tratamento medicamentoso (CARNEIRO et al., 2018; BENTO; SOUZA; PEIXOTO, 2019) e por utilizarem com maior frequência os serviços de saúde (SCHENKER et al., 2019).

O planejamento, a forma de atenção e a assistência prestada à população idosa, são influenciados pelo modo no qual o idoso avalia sua saúde. Assim, torna-se essencial identificar as mudanças relacionadas à idade e suas associações aos aspectos subjetivos (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2018). Entre as questões subjetivas, a autoavaliação da saúde se destaca nas pesquisas, epidemiológicas e clínicas, e é considerada um indicador de QV, morbidade e declínio funcional, além de ser um preditor de mortalidade (BELMONTE et al., 2017).

Em consonância com o presente estudo, maiores percentuais de autoavaliação da saúde como boa foram identificados nas pesquisas nacionais (SILVA et al., 2014; GARBIN et al., 2017; DIAS et al., 2018; CASTRO et al., 2019; FRANCISCO et al., 2019) e internacionais (MASSEDA et al., 2017; WANG et al., 2018) desenvolvidas entre idosos da

comunidade. Entretanto, dados divergentes foram verificados nas investigações entre idosos cadastrados nas ESF de Campina Grande (BELEM et al., 2016); da comunidade de sete cidades brasileiras (PINTO; NERI, 2016) e de Bambuí (MG) (GONTIJO et al., 2019), as quais a maioria autoavaliou a saúde como regular/ruim.

A relevância de investigações sobre a autopercepção de saúde em idosos ocorre diante do potencial que essa variável apresenta para as intervenções direcionadas à melhora e manutenção dos cuidados com a saúde (RIBEIRO et al., 2018). Ainda, apresenta relação com aspectos sociais e psicológicos dos idosos; e com isso é capaz de direcionar a elaboração e assistência de acordo com as reais necessidades dessa população (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2018). Assim, ações de promoção da saúde, baseadas na aplicação de avaliações subjetivas, para atender as demandas dos idosos, são essenciais, visto que podem influenciar positivamente a QV e agregar um nível de bem-estar mais adequado a esta população (BELMONTE et al., 2017).

A não alteração do estado de saúde, após um ano, também foi verificada em maior percentual entre idosos da comunidade de São Paulo (SP) (54,9%) (ANTUNES et al., 2018) e de Passo Fundo (RS) (63,5%) (GARBIN et al., 2017), e atendidos pela ESF de um município da Região do Vale do Rio dos Sinos (RS) (48,0%) (DRESH et al., 2017). A avaliação da evolução do estado de saúde pode ser influenciada por vários fatores, incluindo idade, sexo, estado conjugal, oportunidades de educação, capacidade funcional, condições crônicas de saúde e estilos de vida (DRESH et al., 2017; ANTUNES et al., 2018).

Tal como a presente pesquisa, a autoavaliação da saúde foi pior entre as idosas nos inquéritos nacionais (CONFORTIN et al., 2015; BELEM et al., 2016; ANTUNES et al., 2018; CASTRO et al., 2019; SANTOS et al., 2019) e internacional (AGUILAR-PALACIOS et al., 2015) realizados na comunidade. Estudo desenvolvido entre idosos comunitários em Florianópolis (SC) evidenciou que a autopercepção de saúde positiva foi 1,13 vezes maior nos homens, quando comparados às mulheres ($p < 0,001$) (CONFORTIN et al., 2015).

O processo de envelhecimento é marcado por diferenças quanto ao estado de saúde entre homens e mulheres, as quais são decorrentes de combinação de fatores biológicos, sociais e comportamentais, que podem ocasionar percepções diferenciadas quanto ao estado de saúde (BORGES et al., 2014; CONFORTINI et al., 2015). Ainda, as mulheres tendem a procurar mais por serviços de saúde, apresentam maior expectativa de vida, sendo mais suscetíveis a um maior número de morbidades e declínio funcional, de modo que, percebem sua saúde de maneira pior que o sexo masculino (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014).

7.3 MODELO DE ENVELHECIMENTO ATIVO, ENTRE IDOSOS DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA (MG)

A promoção do envelhecimento ativo tem sido considerada como uma das principais estratégias para o enfrentamento dos desafios ocasionados pelo processo de envelhecimento populacional (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015).

No âmbito nacional não foram encontrados estudos que verificaram a aplicabilidade do modelo de envelhecimento ativo (WHO, 2002) na população idosa brasileira, por meio da análise de modelagem de equações estruturais. Contudo, pesquisas transversais, que adotaram como referencial teórico o modelo de envelhecimento ativo proposto pela OMS (FARIAS; SANTOS, 2012; VICENTE; SANTOS, 2013; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; SOUSA et al., 2018a), buscaram desenvolver um instrumento de mensuração dos seus determinantes, validado quanto ao seu conteúdo (FARIAS; SANTOS, 2012; VICENTE; SANTOS, 2013); criar um indicador de envelhecimento ativo (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015) e verificar as diferenças entre os gêneros (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; SOUSA et al., 2018a).

Dados divergentes à atual investigação foram identificados nas pesquisas internacionais desenvolvidas em Portugal (PAUL; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2012; MAIA, 2017) e no Canadá (BELANGER et al., 2017), nas quais os modelos estruturais de envelhecimento ativo, desenvolvidos com base no referencial teórico da OMS (WHO, 2002), não apresentaram índices adequados de qualidade de ajuste.

No inquérito entre portugueses, com 55 anos ou mais de idade foi proposto um modelo de envelhecimento ativo formado pela saúde, componentes psicológico e biocomportamental, desempenho cognitivo, relações sociais e personalidade ($\chi^2=624.19$, $df=171$, $p<0.001$, $CFI=0.90$, $GFI=0.94$). O determinante saúde, composto pela autopercepção da saúde, presença de morbidades, capacidade funcional e estilo de vida, foi o principal fator associado ao envelhecimento ativo (PAUL; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2012), resultado diferente do verificado no atual estudo. Na população idosa do distrito de Castelo Branco, Portugal, o modelo foi constituído por seis fatores: psicológico, saúde subjetiva, relações familiares, funcionalidade, satisfação com os serviços e relações com amigos, sendo o componente psicológico o principal determinante (MAIA, 2017), dado que difere da presente investigação.

A aplicabilidade do modelo de envelhecimento ativo também foi testada entre idosos da comunidade de Saint-Hyacinthe, Quebec e Kingston, Ontário, no Canadá. Ao contrário da atual pesquisa, o modelo não apresentou ajuste adequado para amostra ($\chi^2=19.81$;

RMSEA=0.11; CFI=0.83). Os autores concluíram que o conceito de envelhecimento ativo pode ser modelado de forma adequada, mas a participação social e a segurança não se ajustaram ao modelo estrutural (BELANGER et al., 2017).

Com base nos resultados do presente estudo, é possível afirmar que o processo de envelhecimento humano é influenciado por diversos fatores, os quais estão interligados e se aplicam à saúde dos indivíduos (ILC-BRASIL, 2015). Ademais, devido às variações entre contextos e culturas, o modelo de envelhecimento ativo deve ser utilizado na orientação das políticas da comunidade (PAUL; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2012).

Nos últimos anos, há uma preocupação com as condições de saúde em que as pessoas estão envelhecendo, haja vista que com o avançar da idade as DCNT e as incapacidades funcionais tornam-se mais frequentes (NEUMAN et al., 2015). Na atual investigação, quanto maior o número de morbidades menor o escore de resiliência. Sabe-se que situações estressantes na vida do idoso, como a convivência com comorbidades, torna essa população mais susceptível a sentimentos negativos, o que pode afetar seu padrão de adaptação, conseqüentemente, sua resiliência (MAZO et al., 2016).

Estudo desenvolvido entre indivíduos com DCNT verificou que o maior tempo de morbidade influenciou negativamente o escore de resiliência ($p=0,014$) (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016). Revisão da literatura científica identificou que a resiliência se associou a menor probabilidade de morbidades, preservação da funcionalidade física e cognitiva e ao engajamento com a vida (LARANJEIRA, 2007). Entre os idosos com DCNT, a resiliência pode atuar como ferramenta para manutenção da saúde e prevenção de complicações, promovendo a motivação adequada para adesão às práticas de autocuidado e permitindo a redução de sentimentos negativos que possam gerar prejuízos para o controle dessas morbidades (CECILIO et al., 2016; VICENTE et al., 2019).

Neste contexto, o conhecimento das relações entre essas variáveis pode fornecer subsídios para a atuação da equipe multiprofissional junto aos idosos, tanto na prevenção de agravos e reabilitação, quanto no planejamento de orientações para familiares e cuidadores (FRAZÃO et al., 2018). Assim, os profissionais de enfermagem devem agregar ao plano de cuidados da pessoa idosa com DCNT intervenções, como os grupos terapêuticos, que proporcionem o aumento da resiliência. Para tal, aspectos determinantes desse constructo precisam ser considerados, como as características próprias do indivíduo, o apoio e redes sociais para auxiliarem no enfrentamento aos estressores, e o ambiente em que o idoso está inserido (JULIANO; YUNIS, 2014; ILC-BRASIL, 2015; CECILIO et al., 2016).

A relação entre o sentimento de segurança e a avaliação positiva do ambiente físico verificada nesta pesquisa, pode ser explicada pelo fato de que muitas vezes a percepção que os idosos possuem do meio em que estão inseridos é determinada pela sensação de segurança e por suas relações sociais (ILC-BRASIL, 2015). Uma pessoa idosa que se sente insegura para sair às ruas, sem oportunidades de participação e privada de mobilização por falta de uma estrutura urbana adequada, possui mais chances de se isolar socialmente e de estar insatisfeita com seu ambiente físico (ILC-BRASIL, 2015; NAVARRO et al., 2015; TIRAPHAT et al., 2017).

Os espaços, públicos e privados, devem estimular e favorecer o envelhecimento ativo, gerando condições de saúde, participação e segurança, além de serem inclusivos e acessíveis às diferentes necessidades dos indivíduos (ILC-BRASIL, 2015). Em contrapartida, idosos com condições de moradia precárias, que residem em ambientes de risco com múltiplas barreiras físicas estão mais propensos ao isolamento social, depressão, menor preparo físico e problemas de mobilidade (WHO, 2015).

No presente estudo, quanto mais saudável o ambiente físico, mais satisfeito o idoso estava com a sua condição de moradia. A habitação é fundamental para a segurança e o bem-estar das pessoas, constituindo um pilar para o desenvolvimento de um envelhecimento ativo e em segurança na comunidade (OMS, 2008). A urbanização e o rápido processo de envelhecimento populacional implicam na necessidade de planejamentos de ações a fim de garantir acessibilidade para todos (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015). Assim, torna-se essencial enfatizar aspectos de habitação, serviços de saúde, meio ambiente, educação e oportunidades para que as diversas faixas etárias possam estabelecer vínculos e integrar-se ao ambiente em que vivem (NAVARRO et al., 2015).

Com foco nas questões supracitadas e nas consequências da mudança demográfica, a OMS desenvolveu um Guia Global voltado aos ambientes urbanos, para que eles sejam mais acessíveis à população idosa, respeitando as diferenças e necessidades individuais, além de promoverem o envelhecimento ativo de seus cidadãos (OMS, 2008). Assim, a Cidade Amiga do Idoso é definida como aquela que estimula o envelhecimento ativo ao otimizar as oportunidades para saúde, participação, segurança e aprendizagem ao longo da vida; e modifica e adapta suas estruturas de forma que a população idosa possa interagir com o ambiente comunitário nas suas diferentes realidades (OMS, 2008; ILC-BRASIL, 2015).

Aspectos do meio urbano são determinantes para um envelhecimento ativo, tais como a qualidade dos espaços abertos e prédios; apoio comunitário e serviços de saúde; comunicação e a informação; participação cívica e o emprego; respeito e a inclusão social;

participação social; moradia e transporte (OMS, 2008). Neste sentido, uma cidade amiga do idoso proporciona políticas, serviços, cenários e estruturas que apoiam as pessoas e permitem-lhes envelhecer ativamente ao reconhecer que são recursos valiosos nas suas comunidades, antecipar e dar respostas flexíveis às suas necessidades, respeitar as suas decisões e escolhas de estilo de vida, proteger os mais vulneráveis e promover a sua inclusão e participação social (OMS, 2008).

Na atual investigação a satisfação com as relações pessoais esteve relacionada às maiores oportunidades para atividades de lazer e na comunidade, bem como, a rede social, que quanto maior, mais satisfeito o idoso estava com a participação social. Estudo desenvolvido em Coimbra, Portugal, verificou que indivíduos com 65 anos ou mais de idade que desenvolviam atividades na comunidade possuíam maior rede social, com um membro a mais em média ($p=0,027$), em relação àqueles com menor participação (FIGUEIREDO, 2016). A interação social gerada entre os idosos desenvolve a sensação de bem-estar, assim como, a melhora no funcionamento físico. As redes sociais, que se estabelecem com o contato contínuo das pessoas idosas com o meio em que estão inseridas, podem ser fontes protetoras e mantenedoras de saúde (PEREIRA et al., 2015; MAIA et al., 2017; BRITO et al., 2018).

Assim, dada a importância dos determinantes sociais no envelhecimento ativo, compete aos profissionais de saúde minimizar os efeitos do processo de envelhecimento humano por meio de ações que ampliem as redes de apoio, contribuindo para a melhora da QV, independência, autonomia e participação social da população idosa (DOMINGUES et al., 2013).

A maior renda relacionada ao fato de ser aposentado e/ou pensionista, corrobora dados do IBGE, uma vez que 75,6% dos idosos eram aposentados e/ou pensionistas (IBGE, 2016). Nesta mesma faixa etária, 69,0% dos recursos financeiros eram provenientes de aposentadoria e/ou pensão, afirmando que a menor vulnerabilidade monetária dos idosos, e dos familiares que compõem seu arranjo de moradia, estaria associada ao recebimento destes benefícios (IBGE, 2016).

No Brasil, a posição social das pessoas com 60 anos ou mais de idade foi alterada ao longo dos anos (BUAS, 2015). Com o advento das aposentadorias e pensões, o idoso assumiu um novo papel social. Aquele que antes era dependente, agora, em muitos lares brasileiros, passa a ser o provedor, bem como a fazer parte da parcela consumidora do país e alvo do mercado de bens, serviços e financeiro (BUAS, 2015).

As aposentadorias e pensões são importantes fontes de renda para os idosos, pois ter um rendimento regular é essencial, uma vez que temos um mercado de trabalho instável e

precário, marcado por altas taxas de desemprego e dificuldade de acesso, especialmente para esse grupo etário (BUAS, 2015). O rendimento fixo traz liberdade e uma maior independência ao idoso, que passa a ter o seu poder de consumo aumentado, o que permite a ele ter acesso a serviços e produtos que antes não eram possíveis (BUAS, 2015). A renda determina as opções do indivíduo em relação à moradia, alimentação, educação, saúde, entre outras. A pior condição financeira gera efeitos negativos que persistem ao longo da vida e se refletem em uma maior prevalência de DCNT, limitações funcionais, sofrimento psicológico e altas taxas de mortalidade, com impacto negativo sobre o envelhecimento ativo (KORDA et al., 2014).

Entre os principais determinantes do envelhecimento ativo, que compuseram o modelo final do atual estudo, estão os serviços sociais e de saúde, além dos sociais, comportamentais, pessoais, econômicos e ambiente físico (WHO, 2002). Entretanto, não se pode atribuir uma causa direta a cada um destes, pois se sugere que todos os fatores em si e a interação entre eles refletem o envelhecimento ativo dos indivíduos e das populações (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015). A interação desses fatores pode tanto favorecer reservas para respostas resilientes, quanto gerar riscos que impeçam esse desenvolvimento. Ao mesmo tempo, cada determinante influencia individualmente o envelhecimento ativo (ILC-BRASIL, 2015).

Na atual pesquisa, os determinantes serviços sociais e de saúde foram os mais relevantes no modelo de envelhecimento ativo. Ou seja, estar satisfeito com o acesso aos serviços de saúde, bem como, autoavaliar positivamente a saúde e sua evolução, são fatores que contribuem com um envelhecer mais ativo. Nesse contexto, os serviços sociais e de saúde desempenham um papel essencial na promoção do envelhecimento ativo, na medida em que estes devem estar integrados numa perspectiva holística que contemple a saúde ao longo das fases da vida (WHO, 2002).

Em âmbito global, a OMS divulgou o ‘Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde’, que aborda aspectos conceituais desse novo panorama e expõe quatro itens fundamentais para políticas de saúde, a saber: (I) alinhamento dos sistemas de saúde às necessidades da população idosa; (II) desenvolvimento de sistemas de cuidados de longo prazo; (III) criação de ambientes favoráveis aos idosos; (IV) melhoria dos sistemas de investigação e pesquisa (WHO, 2015). O documento propõe uma ação imediata de substituição dos modelos curativos, baseados nas doenças, para a prestação de atenção integrada e centrada nas necessidades. Ainda, faz o reconhecimento da influência genética e coloca em evidência os determinantes sociais de saúde ao longo da vida, que direcionam a qualidade da experiência durante o processo de envelhecimento (WHO, 2015).

O desafio do envelhecimento populacional frente à assistência à saúde ocorre em função da estreita relação entre utilização dos serviços de saúde e idade. Vale, no entanto, fazer uma ressalva, pois idosos com maior expectativa de vida e bom estado de saúde, apresentaram menores despesas com cuidados no acumulado de anos até a morte, em comparação àqueles em piores condições (CARNEIRO et al., 2013).

Nesta perspectiva, a condição de saúde do indivíduo quando chega à idade de 60 anos deve ser considerada no planejamento e desenvolvimento dos cuidados necessários à saúde da população idosa. Pois, não se pode esperar um envelhecimento ativo e boas condições de saúde quando se vive em uma sociedade, na qual o trabalho é estressante e os salários não chegam a suprir as necessidades mais básicas; gasta muito do seu tempo diário em transportes urbanos de baixa qualidade e não tem tempo para o lazer e cuidado dos filhos (LUCCHESI, 2017).

Assim, a saúde dos indivíduos pode ser socialmente determinada (HERBERT, 2015). Não devendo desvincular as condições de saúde das situações de vida, pois, o envelhecimento terá efeitos crescentes sobre os gastos com os serviços de saúde, especialmente quando se tem uma população que chega à velhice, com problemas físicos e mentais, necessitando de cuidados de longa duração (LUCCHESI, 2017).

A atenção primária à saúde é essencial para o acompanhamento adequado dos idosos com problemas crônicos de saúde, de forma a promover comportamentos saudáveis, interferir em fatores de risco, realizar ações de prevenção de agravos e acompanhamento, visando monitorar a evolução da doença e a adequação do tratamento, para evitar a utilização das unidades de emergência e hospitalares (HERBERT, 2015). Portanto, as Estratégias de Saúde da Família deverão estar preparadas para assistir as mudanças trazidas pelas transições, demográfica e epidemiológica, em busca de conhecimentos e habilidades para atender uma população cada vez mais idosa (HERBERT, 2015).

O acesso à saúde e assistência social influencia a dinâmica demográfica, com impactos positivos sobre a mortalidade e a expectativa de vida, podendo ser considerado um determinante fundamental da QV (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). Assim, acredita-se que serviços sociais e de saúde acessíveis e igualitários sejam fundamentais para promover a saúde, prevenir, tratar e manejar as doenças à medida que ocorrem, ao longo da vida, preservando a QV (ICL-BRASIL, 2015).

O segundo determinante que mais contribuiu com envelhecimento ativo na população idosa do presente estudo foi o social. Isto é, ter rede e apoio sociais satisfatórios, bem como, relações sociais positivas e oportunidades de participação social e realização de atividades de

lazer favorece o envelhecimento ativo. Pesquisa desenvolvida entre idosos cadastrados na APS do Recife (PE) identificou risco de redução na qualidade do envelhecimento ativo entre os mais solitários (OR=3,9; $p=0,022$) e ressaltou que para além da quantidade de pessoas com as quais os idosos têm frequente contato, o essencial é a qualidade das relações (CAVALCANTI et al., 2018).

A OMS reconhece o apoio social, em forma de rede, como importante fator na prevenção da exclusão social e medida necessária para promover o envelhecimento ativo (WHO, 2002). Assim, por contribuir com melhorias nas condições de saúde da população idosa, os fatores que compõem esse determinante se enquadram como parte relevante da atenção integral à saúde do idoso (GUEDES et al., 2017).

Contudo, nem sempre os profissionais de saúde utilizam as redes sociais disponíveis como instrumentos para potencializar a saúde dos indivíduos (GOMES et al., 2016). Acredita-se que seja papel desses profissionais reconhecerem esta peculiaridade do cuidado e recorrerem a seus benefícios para a saúde em *prol* dos indivíduos e da sociedade. Dessa forma, pode-se evitar que redes com papel colaborativo no tratamento, assim como na prevenção de agravos e promoção da saúde, deixem de ser utilizadas pela sociedade por desconhecimento (GOMES et al., 2016).

Em síntese, pode-se dizer que o envelhecimento ativo não envolve apenas aspectos multifatoriais, como também assegurá-lo depende da atuação de todos os setores da sociedade, família e do próprio indivíduo ao longo do seu processo de viver e envelhecer (ILC-BRASIL, 2015).

7.4 MODELO DE ENVELHECIMENTO ATIVO, SEGUNDO O SEXO DE IDOSOS DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA (MG)

Ao longo da vida, os papéis, as experiências e oportunidades diferem entre homens e mulheres. Neste contexto, uma abordagem de gênero torna-se imprescindível no planejamento e desenvolvimento de ações em saúde voltadas à promoção do envelhecimento ativo (WHO, 2002). Na atual investigação, a estrutura do modelo de envelhecimento ativo foi equivalente entre os sexos, entretanto, a relevância dos itens observados divergiu. Estudo desenvolvido entre idosos da comunidade de um município de Minas Gerais verificou que o envelhecimento ativo é diferente entre os gêneros, sendo que 64,7% dos idosos do grupo desfavorável são mulheres. Esses resultados indicaram que as idosas possuíam maiores taxas de dependência funcional, *déficit* cognitivo, indicativo de depressão, pior funcionamento

familiar e autopercepção negativa da saúde, quando comparadas aos homens (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Nos determinantes comportamentais, as práticas de autocuidado foram mais expressivas entre as mulheres, da mesma forma que, os hábitos de vida saudáveis entre os homens idosos. Com o avançar dos anos as DCNT se tornam mais frequentes (CONFORTINI et al., 2015; 2017), condições que demandam maior cuidado e acompanhamento das situações de saúde, fato que pode justificar a relevância das práticas de autocuidado no processo de envelhecer ativo das idosas. Resultado que também pode ser atribuído à maior percepção da mulher aos sinais e sintomas das doenças e, conseqüentemente, maior procura dos serviços, médicos, exames e práticas de prevenção de agravos (NEVES; DURO; TOMASI, 2016; NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016; MALTA et al., 2017).

Estudo desenvolvido em Sete Lagoas (MG) verificou que entre os homens, os hábitos de vida saudáveis foram preditores positivos para o envelhecimento ativo, dado que corrobora a atual pesquisa. Os homens fumantes tiveram 0,64 (IC95%:0,43-0,95) menos chance de ter envelhecimento ativo, quando comparados aos que não fumavam. Observou-se também uma associação significativa entre a prática de atividade física (OR=1,63; $p=0,008$), ou seja, o envelhecimento ativo foi 1,63 vezes superior entre os homens ativos quando comparados aos idosos sedentários (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015). Os hábitos de vida saudáveis são fatores protetores para a saúde e a QV dos idosos (ILC-BRASIL, 2015), e amplamente discutidos na literatura científica (MATOS et al., 2018; PEIXOTO et al., 2018; COSTA; NERI, 2019; OLIVEIRA; MANSO, 2019; PETRONI et al., 2019). Assim, medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos são mais efetivas, a depender da abordagem diferencial em relação ao gênero (FRANCISCO et al., 2019).

Já no ambiente físico, o item observado meio de transporte foi mais relevante em ambos os sexos, entretanto, no masculino a segurança apresentou carga fatorial semelhante. Um aspecto essencial para que a população idosa mantenha a independência e autonomia, adiando o surgimento de dependências funcionais, é a sua capacidade de locomoção no ambiente em que se encontra inserida (BLANCO et al., 2014; SANTOS et al., 2017; MORAES, 2018). A mobilidade pode se tornar limitada devido a fatores pessoais associados ao processo de envelhecimento fisiológico, como exemplo a diminuição da força muscular e da acuidade visual e auditiva (PAPALÉO NETTO, 2017), ou por questões ambientais, sendo que as principais barreiras estão relacionadas às inadequações de acessibilidade dos meios de transporte público (SANTOS et al., 2017b). Assim, o deslocamento seguro e independente do

idoso necessita de um ambiente físico adequado e acessível (OMS, 2008; FREIRE JUNIOR et al., 2013; TIRAPHAT et al., 2017).

A relação entre mobilidade e acessibilidade, também está relacionada à QV, uma vez que o idoso pode ter dificuldades em realizar suas atividades da vida diária, bem como, acessar os serviços de saúde e interagir socialmente (SANTOS et al., 2017b). Assim, para que haja um envelhecimento mais ativo da população há necessidade de ambientes que apoiem, não havendo barreiras físicas que desestimulam a saída de casa, sendo essencial a criação de um sistema de transporte público que atenda às especificidades desse grupo etário (OMS, 2008; CASTANEDA; BERGMANN; BAHIA, 2014).

Da mesma maneira que os meios de transporte acessíveis contribuem com o processo de envelhecer ativo, a segurança também foi relevante entre os idosos do sexo masculino. Segundo estudos anteriores os homens idosos sentem-se mais seguros no ambiente em que estão inseridos, em comparação às mulheres na mesma faixa etária (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; FERREIRA et al., 2018). A falta de segurança pode causar efeitos sobre a saúde física e bem-estar influenciando negativamente o envelhecimento ativo (ILC-BRASIL, 2015; NAVARRO et al., 2015; TIRAPHAT et al., 2017). Nesse sentido, torna-se um elemento fundamental, que contribui com um envelhecer mais participativo e com QV (ILC-BRASIL, 2015).

O apoio social foi o item que mais contribuiu com os determinantes sociais, no modelo de envelhecimento ativo para o sexo feminino, enquanto a satisfação com as relações pessoais para o modelo masculino. O apoio social envolve vínculo, assistência, conforto e recursos disponíveis (MACEDO et al., 2018), além de favorecer a integração social, e ser fundamental para o bem-estar físico e psicológico. Assim, além da ajuda prática, o apoio social pode garantir maior satisfação com a vida, o que, conseqüentemente, proporciona bons sentimentos que contribuem com a saúde das idosas (BRITO et al., 2018). Estudo desenvolvido em Sete Lagoas (MG) observou correlação positiva entre a maior a participação comunitária e o envelhecimento ativo (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; FERREIRA et al., 2018). Relações pessoais reduzidas e enfraquecidas podem contribuir para exacerbar incapacidades ou impor limitações no estilo de vida, contribuindo para o isolamento social, que por sua vez, pode interferir na saúde e na QV dos homens idosos (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; BRITO et al., 2018). Assim, o apoio social e as relações pessoais positivas favorecem o processo de envelhecimento ativo, por meio da formação de redes, influencia na construção de valores e estímulo a participação na comunidade (PODER, 2011; GONTIJO et al., 2019).

Na atual pesquisa, os determinantes serviços sociais e de saúde, que contemplam os itens satisfação com os serviços de saúde e avaliação da evolução e do atual estado de saúde, foram os mais relevantes no modelo de envelhecimento ativo para o sexo feminino. A satisfação com o acesso a esses serviços é um aspecto que deve ser considerado, pois devido à maior longevidade das mulheres a presença de DCNT se torna mais frequente (CONFORTINI et al., 2017), e o acompanhamento e a atenção continuada, por parte dos serviços de saúde são imprescindíveis para a prevenção e/ou minimização da ocorrência de agravos decorrentes dessa condição (FERREIRA; MATOS; LOYOLA FILHO, 2015). Nessa perspectiva, o vínculo com os serviços e profissionais de saúde e a satisfação com a atenção recebida, são fatores essenciais para melhorias nas condições de saúde e cuidado (SILVA et al., 2018a).

Ressalta-se que a saúde não deve ser compreendida somente pela ausência de doença. A PNSPI considera que o “conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica” (BRASIL, 2006 p.3). Assim, mesmo com a existência de DCNT, quando acompanhadas e controladas, o idoso pode ser capaz de realizar suas atividades da vida diária (MORAES, 2018). Dado que reforça a importância dos serviços de saúde, em especial a APS, local ideal para o acompanhamento e assistência aos idosos com condições crônicas de saúde, pois visa o atendimento integral, considerando as necessidades e os contextos em que os indivíduos estão inseridos (HÉRBERT, 2015).

A longevidade da população associada aos melhores níveis de saúde constitui-se como um dos principais objetivos da política do envelhecimento ativo, pois é universalmente reconhecida como o requisito mais essencial para a QV (ILC-BRASIL, 2015). Com o avançar da idade, o processo de envelhecimento e o surgimento de morbidades podem ser percebidos, pelos idosos, de diferentes formas (RIBEIRO et al., 2017; BELMONTE et al., 2017). Estudos evidenciaram que indivíduos com 60 anos ou mais de idade com pior autopercepção da saúde apresentaram maior risco de mortalidade em comparação aos que relataram sua saúde como excelente (BORGES et al., 2014; MELO; FALSARELLA; NERI, 2014). A autopercepção de saúde é um indicador de QV e de impacto das DCNT no bem-estar físico, social e mental do idoso que antecede o declínio funcional e a mortalidade (BELMONTE et al., 2017). Idosos com DCNT podem relatar a sua saúde como negativa (SILVA; JUNIOR; VILELA, 2014; BELMONTE et al., 2017). No entanto, estudo verificou que a presença dessa condição, quando controlada e assintomática, pode não interferir negativamente na autopercepção de saúde desses indivíduos (BORGES et al., 2014).

Conhecer a percepção que as idosas têm sobre a própria saúde possibilita que os enfermeiros atuem no planejamento e implementação de ações e cuidados na perspectiva da promoção à saúde, considerando suas vivências e compreensões. Esses profissionais, especialmente na APS, são um dos elementos-chave para o desenvolvimento de melhores situações de saúde das idosas, ao buscar intervenções plausíveis a partir da subjetividade e singularidade de cada idosa (CARVALHO et al., 2019).

Neste contexto, torna-se necessário que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, ofereça orientações quanto aos serviços disponíveis nas redes de saúde, propondo estratégias facilitadoras, para que se tenha uma atenção à saúde mais resolutiva e com maior qualidade às idosas (JUNIOR et al., 2018). Ademais, as mulheres buscam com maior frequência os serviços de saúde, que possuem programas voltados, prioritariamente, à sua saúde (SCHENKER; COSTA, 2019).

Já entre os homens idosos, viver em um ambiente seguro, saudável, com meio de transporte acessível e moradia em boas condições, foi o mais essencial para se envelhecer ativamente. Estudo desenvolvido entre idosos da comunidade do município de Sete Lagoas (MG) verificou que os homens do grupo com envelhecimento ativo tiveram 1,03 (IC95%: 1,01-1,05) mais chances de apresentar as maiores médias no domínio ambiente físico em comparação aqueles com envelhecimento normal (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Vizinhanças com maior proporção de áreas verdes, grandes supermercados e espaços de lazer podem contribuir para a prática regular de exercícios e alimentação adequada, aumentar o senso de segurança no local e propiciar maior interação social entre vizinhos e amigos (BELL; SHANKAR; HAMER, 2014). Em locais de zona urbana, características como a maior proporção de ruas pavimentadas, com boa conectividade entre elas, assim como a maior oferta de estabelecimentos comerciais, tendem a refletir um ambiente com melhor infraestrutura, onde os moradores podem se deslocar mais facilmente e adquirir hábitos de vida mais saudáveis (ARAÚJO et al., 2018b). Todas essas características denotam ainda maior relevância entre os idosos, uma vez que eles despendem a maior parte do seu tempo com atividades domésticas e/ou na comunidade e, com isto, usufruem mais intensamente do seu ambiente de vizinhança quando comparados aos adultos (BELL; SHANKAR; HAMER, 2014; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; ARAÚJO et al., 2018b).

Dessa forma, é mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se deslocar com segurança à casa de seus vizinhos, ao parque ou utilizar o transporte local (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015). Idosos que vivem em ambientes seguros são mais propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão menos susceptíveis ao isolamento social e à

depressão, bem como, a ter menos problemas de mobilidade e melhor estado físico, o que vem a influenciar a QV (ILC-BRASIL, 2015; NAVARRO et al., 2015; TIRAPHAT et al., 2017).

Nessa perspectiva, torna-se nítido que o desenvolvimento de ambientes favoráveis aos idosos permite a realização de suas necessidades básicas, pois viabiliza o aprendizado, crescimento e tomada de decisões, além de promover condições oportunas para construir e manter relacionamentos, bem como, contribuir com a comunidade (WHO, 2015).

Na atual investigação, as idosas com menor número de morbidades apresentaram maior capacidade de enfrentamentos de situações adversas, dado que deve ser considerado, pois o sexo feminino é um fator de risco para polimorbidades (VIOLAN et al., 2014), condição que pode influenciar o nível de resiliência, devido às maiores chances de vivenciar sensações prejudiciais ao seu padrão de adaptação (MAZO, et al., 2016). Ademais, ressalta-se a necessidade da atuação dos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, a fim de inserir as idosas em programas sociais de caráter educacional, os quais buscam estimular o desenvolvimento da capacidade para o autocuidado e favorecer a compreensão e enfrentamento das dificuldades vivenciadas (SORIA, 2006).

Entre os homens idosos, quanto mais eles consideravam o ambiente físico saudável, maior era a satisfação com as condições de moradia. A habitação quando adequada impacta positivamente na QV, proporcionando conforto, segurança, independência e uma avaliação positiva do ambiente em que o idoso está inserido (OMS, 2008; SILVA et al., 2018c).

A satisfação com as relações pessoais favoreceu tanto a participação das idosas na comunidade, quanto à dos homens nas AAVD. As relações pessoais positivas associadas a uma vida social ativa contribuem com a prevenção do isolamento social, refletindo no estado de saúde física e mental dos idosos, e conseqüentemente, na sua contribuição com sociedade (CABRAL et al., 2013). Esses dados contribuem para que os profissionais de saúde desenvolvam ações em busca do fortalecimento das relações sociais, possibilitando assim, que esses indivíduos desempenhem uma maior participação social e vivam da forma mais independente possível.

A relação entre a maior renda e o acesso à aposentadoria e/ou pensão, presente no modelo de envelhecimento ativo para o sexo feminino, pode ser justificada pelo fato de que na população idosa brasileira os recursos financeiros, em sua maioria, são provenientes das aposentadorias e/ou pensões (IBGE, 2016), que são importantes fontes de renda para os idosos (BUAS, 2015), pois favorece a independência e o acesso a serviços, alimentação, educação e saúde (BUAS, 2015). Neste contexto, cabe destacar as desigualdades de gênero,

verificadas no presente estudo e em pesquisas anteriores (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; SOUSA et al., 2018a; CASTRO et al., 2019), em que as menores renda e acesso à aposentadoria estavam entre o sexo feminino.

A satisfação com o acesso aos serviços de saúde relacionada à avaliação positiva da saúde, entre o sexo masculino do presente estudo, pode ser justificada pelo o fato de que a forma como o indivíduo percebe sua condição de saúde contribui com a elaboração de ações e com a assistência a essa população de acordo com suas reais necessidades, favorecendo a resolutividades dos problemas identificados, e conseqüentemente a satisfação com os serviços recebidos (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2018). Neste contexto, ações de promoção da saúde, com base nas avaliações subjetivas, para atender as demandas dos homens idosos, são essenciais, visto que podem agregar um nível de bem-estar mais adequado a esta população (BELMONTE et al., 2017).

Esses resultados indicam a necessidade de estratégias de intervenção específicas a cada sexo, uma vez que as mulheres e homens idosos, do presente estudo, apresentaram padrões específicos de envelhecimento ativo, que podem resultar em efeitos divergentes no processo de envelhecimento. Supõe-se, então, que o contexto histórico e cultural influencia o estilo de vida do indivíduo, determinando seu desenvolvimento da infância até a velhice. Assim, corrobora-se o pressuposto que as diferenças de gênero estão relacionadas aos padrões socioculturais do comportamento humano e são fatores relevantes que determinam a ocorrência de eventos e atitudes que podem se tornar limites ou possibilidades para a conquista do envelhecimento mais ativo e com QV (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; SOUSA et al., 2018a).

7.5 QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA (MG)

Dados correlatos à autoavaliação da QV foram obtidos entre idosos cadastrados nas UBS em Belo Horizonte (MG) (56,3%) (SILVA et al., 2014); e residentes nos municípios de Canindé (CE) (45,7%) (PEREIRA et al., 2015) e Uberaba (MG) (51,8%) (RODRIGUES et al., 2017), os quais a maioria avaliou a QV como boa. Em virtude do amplo contato que o enfermeiro possui com a comunidade, podem-se identificar, por meio da avaliação da QV, as possíveis alterações sensoriais de funcionalidade e das relações sociais que os idosos apresentam, e a partir disso propor estratégias e ações de acordo com a real necessidade dessa população (SANTOS JUNIOR et al., 2019).

Observaram-se, na atual investigação, maiores escores médios para o domínio das relações sociais, achados similares aos estudos desenvolvidos entre idosos da comunidade (PAIVA et al., 2016; RODRIGUES et al., 2017; SANTOS et al., 2018); cadastrados em um Centro de Referência à Pessoa Idosa, em Belo Horizonte (MG) (MIRANDA et al. 2016), em quatro Centros de Referência de Assistência Social do município de São Carlos (SP) (JESUS et al., 2018) e na UBS de quatro distritos sanitários de Belo Horizonte (MG) (ALMEIDA-BRASIL et al., 2017). As redes sociais são consideradas um fator determinante na QV dos idosos, por lhes permitir lidar com ambientes estressantes ou experiências de vida difíceis (GOUVEIA et al., 2016). Ressalta-se também que a relação social entre membros da família, ou informais com amigos, vizinhos, colegas, além das formais com os serviços de saúde e comunitários, são fundamentais para o bem-estar dos idosos (MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2016) e para o envelhecimento ativo (WHO, 2015).

Resultados contrários foram obtidos entre idosos na Índia, no qual o maior escore foi para o domínio físico e o menor, relações sociais (KUMAR; MAJUMDAR; PAVITHRA, 2014). Também divergindo da atual pesquisa, nos inquéritos nacionais desenvolvidos entre idosos (PEREIRA et al., 2015; MIRANDA et al., 2016; PAIVA et al., 2016; TAVARES et al., 2016; ALMEIDA-BRASIL et al., 2017; RODRIGUES et al., 2017; AMARAL et al., 2018; COSTA et al., 2018; SANTOS et al., 2018) os menores escores foram para o domínio meio ambiente, a segunda menor média verificada na presente investigação. Esses dados sugerem que os idosos podem estar com dificuldades para se adaptarem ao local em que vivem. Questão que pode favorecer a dependência funcional, perda de autonomia e isolamento social (DIAS et al., 2014c). Supõe-se também que este resultado possa ter relação com os baixos recursos financeiros dos idosos, o que adicionalmente pode contribuir com o menor acesso aos serviços de saúde e condições mais escassas de segurança, habitação e oportunidades de recreação e lazer; itens avaliados por esse domínio (FLECK et al., 2000).

Contudo, semelhantes aos dados do presente estudo, escores inferiores no domínio físico foram identificados entre idosos da comunidade de Sete Lagoas (MG) (CAMPOS et al., 2014) e cadastrados em um centro de convivência do interior do Estado de Mato Grosso do Sul (MS) (SANTOS JUNIOR et al., 2019). Várias pesquisas afirmam que a capacidade funcional é um importante fator de impacto na QV dos idosos (MAIA et al., 2017; SPOSITO et al., 2016; BRITO et al., 2018), resultando na maior influência do domínio físico (BRAGA et al., 2011). Ressalta-se a importância da existência de programas de saúde voltados a esse grupo populacional, sendo necessário conhecer suas particularidades, e as razões que

dificultam ou impeçam a realização de atividades que poderiam beneficiá-los, sendo esta uma das formas de promover a saúde e a QV (SANTOS JUNIOR et al., 2019).

Os maiores escores médios na faceta morte e morrer, verificados nessa pesquisa, estão em consonância com estudos desenvolvidos entre idosos no Brasil (PAIVA et al., 2016; TAVARES et al., 2016; ERMEL et al., 2017; RODRIGUES et al., 2017; ANDRADE et al., 2018b; COSTA et al., 2018; JESUS et al., 2018; SANTOS et al., 2018) e na Turquia (BILGILI; ARPACI, 2014). O alto escore na faceta morte e morrer evidencia que as pessoas idosas estão enfrentando de forma favorável as preocupações, inquietações e temores relacionados ao final da vida (FLECK et al., 2000). Nesta pesquisa, a percepção sobre a morte não influenciou de forma negativa a QV dos idosos. Destaca-se que o processo de finitude da vida, ainda que pouco discutido na sociedade, faz parte da existência humana, finalizando o ciclo vital (GUTIERREZ; AURICCHIO; MEDINA, 2011).

Os menores escores obtidos na faceta autonomia corroboram estudos entre idosos comunitários (PAIVA et al., 2016; ERMEL et al., 2017; ANDRADE et al., 2018b; SANTOS et al., 2018; AGUIAR et al., 2019). A QV da população idosa envolve sobremaneira a manutenção da capacidade funcional e da autonomia (ADAMO et al., 2017). A diminuição da autonomia do idoso é aspecto relevante a ser trabalhado e em geral é multifatorial, incluindo a presença de agravos com limitações físicas, de acesso à renda, dificuldades de sociabilização, entre outros, que devem ser monitorados pelos serviços de saúde, com vistas a melhorar sua capacidade de decisão e satisfação com a vida (SANTOS et al., 2018). Esta condição pode estar relacionada com a dificuldade dos idosos em tomarem as suas próprias decisões; agir com liberdade e de acordo com os seus desejos (MOARES et al., 2018). Ademais, no presente estudo, este resultado pode ter sido influenciado pelos menores escores no domínio físico.

Os dados apresentados reforçam a necessidade da avaliação da QV como um relevante indicador de saúde entre os idosos comunitários, e do aprimoramento de ações relacionadas aos domínios e facetas mais comprometidos, com uma equipe multidisciplinar, propondo intervenções para a melhora e/ou manutenção da QV do idoso.

7.6 EFEITO DO ENVELHECIMENTO ATIVO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBERABA (MG)

Investigação qualitativa entre idosos brasileiros sobre o conceito de QV evidenciou maior valorização do apoio e participação social; saúde, bem-estar e bons sentimentos, como amor e alegria; hábitos de vida saudáveis; condição financeira estável, com oportunidades de

trabalho remunerado e/ou voluntário; espiritualidade; e aprendizagem durante a vida (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006), fatores considerados determinantes para um envelhecer mais ativo (ILC-BRASIL, 2015).

Estudo desenvolvido entre idosos da comunidade de Sete Lagoas (MG) verificou que o aspecto mais importante para o envelhecimento ativo foi a melhor QV ($p < 0,001$), contudo não foi possível estabelecer e nem confirmar a direção da causa e efeito (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015). Investigações verificaram que o envelhecimento ativo está associado à maior longevidade dos idosos, boa participação social, melhorias nas condições de saúde e cuidado, com manutenção da QV (FARIAS; SANTOS, 2012; VICENTE; SANTOS, 2013). Embora a relação entre alguns fatores que compõem os determinantes do Envelhecimento Ativo com a QV tenha sido pesquisada (FARIAS; SANTOS, 2012; VICENTE; SANTOS, 2013; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; GOUVEIA et al., 2016; MAIA et al., 2017; TIRAPHAT et al., 2018), ressalta-se que não foram encontrados nas literaturas científicas, nacional e internacional, estudos que realizaram análise de MEE para verificar o efeito do envelhecimento ativo sobre a QV. Entretanto, inquérito desenvolvido entre idosos da comunidade na Espanha, que buscou desenvolver um modelo de envelhecimento incluindo fatores passíveis de modificação por meio de intervenções verificou que o envelhecimento ativo possui associação direta e positiva com a satisfação com a vida ($R^2=0,27$; $\lambda=0,51$; $p < 0,001$) (MARSILLAS et al., 2017).

Assim, a atual investigação é original e inovadora, pois apresenta informações a respeito de uma associação direta e positiva entre envelhecimento ativo e QV em uma amostra representativa de idosos para uma Microrregião de Saúde no Triângulo Mineiro (MG). Os dados evidenciados demonstram que a QV está intrinsecamente relacionada a um conjunto de determinantes comportamentais, pessoais, ambientais, sociais, econômicos e ao acesso aos serviços sociais e de saúde, que favorecem a satisfação pessoal e coletiva, pressupondo uma síntese dos elementos que uma determinada sociedade padroniza para estabelecer conforto e bem-estar (ILC-BRASIL, 2015).

Diante do envelhecimento populacional, o grande desafio que se coloca aos gestores e profissionais de saúde é o de conseguir uma sobrevivência maior, com uma QV cada vez melhor (WHO, 2002; ANDRADE et al., 2018b). A manutenção e/ou melhoria da QV, para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados, é o principal objetivo a ser alcançado com a promoção do envelhecimento ativo (WHO, 2002; ILC-BRASIL, 2015).

A QV pode ser afetada pela saúde física e psicológica do indivíduo, bem como, pelo seu nível de independência, relações sociais e o envolvimento com aspectos relevantes no ambiente em que está inserido (THE WHOQOL GROUP, 1995; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015). Presume-se então, que entre as pessoas idosas, esta possa ser muito boa ou, pelo menos, preservada desde que permaneçam ativas, com autonomia e independência, e boa saúde física e relações sociais (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; ILC-BRASIL, 2015).

O interesse pelo estudo da relação entre envelhecimento ativo e QV assume um papel cada vez mais essencial na sociedade, devido ao envelhecimento populacional que ocorre mundialmente (WHO, 2015). A maneira como cada idoso enfrenta e vivencia o processo de envelhecimento humano é ainda determinada pela avaliação subjetiva da sua QV, tornando-a um dos principais fatores que deve ser considerado quando pretendemos analisar as condições de vida da população idosa.

Em face da crescente longevidade, para que se conquiste um envelhecimento ativo são necessários empenhos que garantam QV nos anos a mais que os idosos estão vivendo (ILC-BRASIL, 2015). O envelhecimento ativo e a QV são considerado conceitos complementares, pois se acredita que essa influência a forma como os indivíduos vivenciam o processo de envelhecimento humano. Já o envelhecimento ativo proporciona atitudes e ações, no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades que o envelhecer inevitavelmente acarreta, promovendo assim, um envelhecimento com QV (SILVA, 2015).

7.7 LIMITAÇÕES, CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Ainda que não seja possível determinar a existência de uma relação temporal entre envelhecimento ativo, QV e as demais variáveis analisadas, visto que se trata de um estudo transversal, os resultados encontrados reforçam a necessidade de estímulo do envelhecimento ativo, e conseqüentemente da QV dos idosos. Assim, sugere-se que pesquisas multicêntricas e de coorte sejam conduzidas, para contribuir com o planejamento das políticas de saúde voltadas a esse grupo etário. Entretanto, a identificação dos determinantes do envelhecimento ativo e sua relação com a QV entre idosos da comunidade, e segundo sexo, pode subsidiar o planejamento de ações direcionadas ao contexto, de forma a nortear a atuação profissional.

Além disso, a exclusão de idosos com comprometimento cognitivo grave pode ter favorecido uma amostra mais saudável, no entanto, a possibilidade de viés de seleção foi minimizada, uma vez que todos os idosos elegíveis foram entrevistados. Destacam-se também

a ausência de informações sobre violência e maus-tratos, itens que compõem os determinantes sociais, e que podem ter efeitos na saúde e bem-estar dos idosos; e a utilização de medidas subjetivas para mensuração dos antecedentes familiares para DCNT, pois o idoso pode não ter conhecimento adequado sobre esses dados.

Apesar das limitações desse estudo, os achados revelam a importância de uma compreensão ampliada do processo de envelhecimento humano, pois este é influenciado por aspectos multifatoriais, os quais estão interligados e variam conforme o contexto e a cultura em que os indivíduos estão inseridos (PAUL; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2012). Cabe ressaltar, que a atual investigação é uma das primeiras a utilizar análise de MEE para testar a aplicabilidade do modelo de envelhecimento ativo, proposto pela OMS (WHO, 2002) em uma amostra de idosos brasileiros. Neste âmbito, esta pesquisa contribuiu com o avanço no conhecimento referente à metodologia para a avaliação do envelhecimento ativo, e, permitiu melhor compreensão dos fatores que o determinam em idosos da comunidade e segundo sexo.

Além de contribuir com respostas às demandas sociais, à intervenção em saúde e com a formação profissional, esses resultados poderão subsidiar a proposição de ações tanto da equipe multiprofissional, como as específicas da enfermagem para a avaliação e a abordagem do idoso na APS, bem como, o desenvolvimento de políticas pública, relacionadas à organização da atenção à saúde do idoso, no Estado de Minas Gerais.

Conclusão

8 CONCLUSÃO

Nos determinantes comportamentais a média de itens adequados, que compuseram a variável perfil antropométrico, foi maior entre os homens idosos. Já nos hábitos de vida saudáveis e nas práticas de autocuidado a média foi superior entre as idosas.

Nos determinantes pessoais houve predomínio de idosos sem indicativo de sintomas depressivos e declínio cognitivo, com antecedentes familiares para DCNT, bom funcionamento dos sentidos e cinco ou mais morbidades. As idosas apresentaram menores escores de resiliência e percentual de boa avaliação do funcionamento dos sentidos, maiores proporções de sintomas depressivos, morbidades e antecedentes familiares para DCNT em comparação aos homens.

No ambiente físico, a maioria sentia-se bastante segura na vida diária, estava satisfeita com o meio de transporte e condições de moradia, com maior proporção entre as mulheres. Ademais, o ambiente físico foi considerado bastante saudável pela maioria dos idosos, com maior proporção nos homens.

As redes sociais dos idosos foram constituídas, principalmente, por familiares, sendo maior no sexo masculino. Verificou-se melhor nível de apoio material entre os idosos no geral e em ambos os sexos. Houve predomínio de idosos com maior participação nas AAVD, sendo a maior média entre os homens, em comparação às idosas. A maioria relatou estar satisfeita com suas relações pessoais, atividades na comunidade e oportunidades de lazer, com maior proporção entre as mulheres. A média dos anos de estudo entre os idosos foi de 4,45 anos.

Nos determinantes econômicos, maior percentual possuía renda individual mensal de 1-3 salários mínimos, tinha mais ou menos dinheiro para satisfazer suas necessidades, com maior proporção nos homens. A maioria não exercia trabalho remunerado e maior proporção de homens idosos trabalhava em relação às mulheres.

Nos serviços sociais e de saúde, os idosos estavam satisfeitos com o acesso e nem sempre os medicamentos de uso contínuo eram ofertados pelo serviço público. Maior percentual avaliou a saúde como boa e relatou que esta permaneceu igual no decorrer de 12 meses, sendo maior a proporção no sexo masculino.

O modelo de envelhecimento ativo apresentou indicadores compatíveis a um ajuste adequado entre os idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG). As trajetórias entre os seis determinantes e o fator de 2ª ordem, Envelhecimento Ativo, foram estatisticamente significativas, e os determinantes serviços sociais e de saúde apresentaram maior relevância,

ou seja, estar satisfeito com o acesso aos serviços de saúde e autoavaliar positivamente a saúde e sua evolução, são fatores que contribuem com um envelhecer mais ativo.

A estrutura fatorial do modelo foi equivalente entre os idosos do sexo feminino e masculino, entretanto, as cargas fatoriais dos itens observados, variaram significativamente entre os grupos. Sendo que entre as mulheres os determinantes que mais contribuíram com o envelhecimento ativo foram os serviços sociais e de saúde, e entre os homens idosos o ambiente físico.

Na autoavaliação da QV, a maioria dos idosos a classificou como boa. Os maiores escores médios foram para o domínio das relações sociais e faceta morte e morrer, enquanto os menores, para o físico e autonomia, respectivamente.

O envelhecimento ativo exerceu efeito direto e positivo sobre a QV, indicando que quanto mais se envelhece ativamente, melhor a autoavaliação da QV.

A partir dos resultados obtidos na atual investigação, pode-se concluir que esse paradigma ultrapassa a objetividade da saúde física, necessitando ser pensado em suas múltiplas dimensões. Ademais, esses achados reforçam a importância do desenvolvimento de estratégias de promoção do envelhecimento ativo, adaptadas e apropriadas, para homens e mulheres de diferentes grupos etários, de forma a evitar a permanência e o aumento das desigualdades de gênero.

Referências

REFERÊNCIAS

- AARABI, G. et al. Oral health and access to dental care – a comparison of elderly migrants and non-migrants in Germany. **Ethnicity & Health**, v.1, n.1, p.02-16, 2017.
- ABRAHAM, O. et al. Factors contributing to poor satisfaction with sleep and health-care seeking behavior in older adults. **Sleep Health**, v.3, p.43-48, 2017.
- ABREU, F.A. et al. Prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino em idosas de um grupo de convivência. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v.78, n.1, p. 01-06, 2016.
- ADAMO, C.E. et al. Universidade aberta para a terceira idade: o impacto da educação continuada na qualidade de vida dos idosos. **Rev Bras de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 550-560, 2017.
- AFONSO, L.E.; FERNANDES, R. Uma estimativa dos aspectos distributivos da previdência social no Brasil. **Rev. Bras. Econ.**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 3, p. 295-334, 2005.
- AGUIAR, V.F.F. et al. Avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida do idoso no Brasil residente em comunidade. **Revista de Enfermagem Referência**, v.21, n.4, p. 59-66, 2019.
- AGUILAR-PALACIO, I. et al. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). **Gaceta Sanitaria**, v. 29, n.1, p.37-43, 2015.
- ALCÂNTARA, A.R. et al. Análise comparativa qualidade de vida entre idosas praticantes e não praticantes de atividade física em Teresina-Piauí. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Saúde do Idoso**, v.5, n.5, p. 3004- 14, 2015.
- ALLIGOOD, M. R. Nursing Theorists and their work. 8. ed. Missouri: **Elsevier**, 2014.
- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-26, 1999.
- ALMEIDA-BRASIL, C.C. et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1705-1716, 2017.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n.1, p.45-54, 2004.
- ALVES, E.S. et al. Pain and sleeping problems in the elderly. **BrJP**. São Paulo, v. 2, n.3, p.217-24, 2019.
- AMARAL, T.L.M. et al. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3077-3084, 2018.

AMARAL, T.M.R.; MELO, E.M.; OLIVEIRA, G.L. Comparação do perfil de idosos ativos e não ativos do Programa Bolsa Família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n.2, p. 351-360, 2015.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, American Academy of Family Physicians, National Council on the Aging. Nutrition interventions manual for professionals caring for older Americans. Washington (US): **Nutrition Screening Initiative**; 1992.

AMORIM, J.S.C.; SALLA, S.; TRELHA, C.S. Factors associated with work ability in the elderly: systematic review. **Rev Bras Epidemiol**, v.17, n.4, p.830-41, 2014.

ANDRADE, F.B. et al. Perfil de saúde bucal de idosos não institucionalizados e sua associação com autoavaliação da saúde bucal. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, supl. 2, e180012, 2018a.

ANDRADE, S.J. et al. Qualidade de vida de idosos atendidos em um centro de referência em Minas Gerais, Brasil. **Rev Med UFC**, v.58, n.1, p.26-30, 2018b.

ANTUNES, J.L.F. et al. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, supl. 2, e180010, 2018.

ANTUNES, M.H.; MORE, C.L.O.O. Aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador: Revisão integrativa da produção brasileira. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 16, n.3, p. 248-258, 2016.

ARAGÃO, E.I.S. et al. Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.7, p.2339-2350, 2018.

ARAÚJO, C.A.H. et al. Ambiente construído, renda contextual e obesidade em idosos: evidências de um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.5, e00060217, p. 01-15, 2018b.

ARAÚJO, G. K. N et al. Capacidade funcional e depressão em idosos. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, Recife, v.11, n.10, p.3778-3786, out. 2017a.

ARAÚJO, G.K.N. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 312-318, 2019.

ARAÚJO, G.K.N. et al. Caracterização da saúde de idosos cadastrados em uma unidade de saúde da família. **Rev baiana enferm**, v.32, e28041, 2018a.

ARAÚJO, L.F.; SILVA, R.J.S.; SANTOS, J.V.O. Resiliência e Velhice: um estudo comparativo entre idosos de diferentes níveis socioeconômicos. **Revista Kairós: Gerontologia**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 389-407, mar. 2017b.

AREM, H.; MATTHEWS, C. E.; LEE, I.-M. Physical Activity Is Key for Successful Aging - Reply: Even a Little Is Good. **JAMA internal medicine**, v. 175, n. 11, p. 1863-1863, 2015.

ARRUDA, D.C.J. et al. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 327-337, June 2015.

ARRUDA, G. O.; MATHIAS, T.A.F.; MARCON, S.S. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 279-290, 2017.

ARRUDA, N.M.; MAIA, A.G.; ALVES, C.C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública** [online], v.34, n.6, e00213816, 2018.

AUGUSTO, D.K et al. Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, e2018128, 2019.

AZEVEDO, P.R.A. et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care**, v.10, n.1, p. 260-267, 2018.

BACURAU, A.G.M.; FRANCISCO, P.M.S.B. Prevalência de vacinação contra a influenza em idosos brasileiros com doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00230518, 2019.

BALDONI, A.O. et al. Dificuldade de acesso aos serviços farmacêuticos pelos idosos. **Ver Ciênc Farm Básica Apl.** v.35, n.4, p. 615-621, 2014.

BARBOSA, K.T. et al.. Qualidade do sono em pacientes idosos em atendimento ambulatorial. **Rev Enferm UFPE.** v.10, Suppl 2, p.756-61, 2016.

BARBOSA, K.T.F.; OLIVEIRA, F.M.R.L.; FERNANDES, M.G.M. Vulnerabilidade da pessoa idosa no acesso aos serviços prestados na Atenção Primária. **Rev. Eletr. Enf**, v.19, n.37, p. 01-11, 2017.

BARBOSA, M.B et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.125-135, 2018.

BÁRRIOS, M.J.; FERNANDES, A.A. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. **Rev. Port. Saúde Pública**, v.32, n.2, p. 188-196, 2014.

BARROS, M.B.A.; GOLDBAUM, M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. **Rev Saúde Publica**, v.52, Supl 2, p. 1-3, 2018.

BASS, S. A., CARO, F. G.; CHEN, Y. Achieving a Productive Aging Society. Westport, Conn.: **Auburn House**, 1993.

BECKER, N. B. et al. Depression and quality of life in older adults: Mediation effect of sleep quality. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 18, n. 1, p. 8-17, 2018.

BEKKER-GROB, E.W. et al. The impact of vaccination and patient characteristics on influenza vaccination uptake of elderly people: A discrete choice experiment. **Vaccine**, v.36, n.1, p. 1467–1476, 2018.

BÉLANGER, E. et al. An Empirical Comparison of Different Models of Active. **Gerontologist**, v. 57, n. 2, p. 197-205, 2017.

BELEM, P.L.O. et al. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 265-276, 2016.

BELL, J.A.; SHANKAR, A.; HAMER, M. Gender-specific associations of objective and perceived neighborhood characteristics with body mass index and waist circumference among older adults in the English Longitudinal Study of Ageing. **Am J Public Health**, v.104, n.1, p. 279-86, 2014.

BELMONTE, J.M.M.M. et al. Associação entre autoavaliação de saúde e indicadores de capacidade funcional. **Geriatr Gerontol Aging**, v.11, n.2, p. 61-7, 2017.

BELTRAME, D.P.C et al. Tabagismo em idosos: fatores associados e influência na hipertensão arterial sistêmica. **Revista Saúde (Sta. Maria)**. v.44, n.3, p. 01-15, 2018.

BENEDETTI, T.R.B.; MAZO, G.Z.; BARROS, M.V.G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira de Ciência do Movimento**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 25-33, 2004.

BENTO, I.C.; SOUZA, M.A.N.; PEIXOTO, S.V. Associação entre número de medicamentos consumidos e marcadores nutricionais entre idosos com doenças crônicas: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e180112, 2019.

BERNSTEIN, J.P.K. et al. Examining Relationships between Multiple Self-Reported Sleep Measures and Gait Domains in Cognitively Healthy Older Adults. **Gerontology**, v.1, n.1, p.01-08, 2019.

BERTI, K.M. **Educação para o envelhecimento: um projeto intergeracional desenvolvido por idosos com crianças e adolescentes nas escolas de Porto Alegre**. In: TERRA, N.L.; BÓS, Â. J. G.; CASTILHOS, N. Temas sobre envelhecimento ativo. Porto Alegre: Edipucrs, 2013.

BERTOLINI, D.N.P.; SIMONETTI, J.P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, out-dez, 2014.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BEZERRA, T.A. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma unidade básica de saúde da família. **Cogitare Enferm**, v.21, n.1, p. 01-11, 2016.

BIDEL, R. M. R. et al. Envelhecimento ativo na concepção de um grupo de enfermeiros. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n.22, p. 207-225, 2016.

BILGILI, N.; ARPACI, F. Quality of life of older adults in Turkey. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.59, n.1, p. 415–421, 2014.

BLANCO, P.H.M et al. Mobilidade urbana no contexto do idoso. **Rev. Cesumar Ciênc Hum Soc Aplic**, v.19, n.1, p.143-55, 2014.

BOELL, J.E.W.; SILVA, D.M.G.V.; HEGADOREN, K.M. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24, e2786, 2016.

BORGES, A.M. et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev Bras Geriatr Gerontol** [Internet], v.17, n.1, p.79-86, 2014.

BORGES, L.M.; SEIDL, E.M.F. Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n.1, p. 66-81, 2012.

BORIM, F.S.A.; FRANCISCO, P.M.S.B.; NERI, A.L. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-12, 2017.

BOWLING, A. et al. Let's ask them: A national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. **Internacional Journal of Aging and Human Development**, v.56, n.4, p. 269-306, 2003.

BOWLING, A. Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole Population samples. **Age Ageing**, v. 38, n.6, p. 703-710, 2009.

BOYANAGARI, V.K et al. Assessment of nutritional status, psychological depression, and functional ability of elderly population in South India. **Archives of Mental Health**. v.19, n.2, p. 150-154, 2018.

BRAGA, I.B. et al. A percepção do Idoso sobre a Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. **Revista de Psicologia**, v. 9, n. 26, p. 1-12, 2015.

BRAGA, M.C.P. et al. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Rev. APS**, v.14, n.1, p.93-100, 2011.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934**. Diário Oficial União, jul. 1934. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD19DEZ1935.pdf#page=1>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm

BRASIL. **Decreto nº 10.133, de 26 de novembro de 2019**. Instituição do Programa Viver: Envelhecimento Ativo e Saudável. Diário Oficial União, nov. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D10133.htm.

BRASIL. **Decreto nº 8.114/13, de 30 de setembro de 2013**. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. Diário Oficial União, out. 2013. Disponível em: <https://prespublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1036175/decreto-8114-13>.

BRASIL. **Lei complementar nº 152, de 3 de dezembro de 2015**. Dispõe sobre a aposentadoria compulsória por idade, com proventos proporcionais, nos termos do inciso II do § 1º do art. 40 da Constituição Federal. Diário Oficial da União 2015; 4 dez.

BRASIL. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a concessão do benefício de prestação continuada, e dá outras providências. Aprovada pelo Decreto nº 1.330, de 8 de dezembro de 1994. Brasília (DF), 1999. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/sobreministerio/legislacao/assistenciasocial/legislacao-2b0nivel>.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.

BRASIL. **Lei nº 7.498/86, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 1986. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, INCA. **Estimativa 2011: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação 2017**. Brasília (DF), 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista** [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 94, de 2017. **Orientações e indicações de dose única da vacina febre amarela**. Brasília: CGPNI, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL - Brasil 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. **Portaria 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 1999. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf.

BRASIL. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências**. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. **Projeto de Lei 2.029/15. Política Nacional do Cuidado**. Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília (DF), 2018a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1514225>.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF), p. 192, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico- Hepatites Virais 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018, incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, INCA, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. **Informações Populacionais e do Sistema de Internações Hospitalares**. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

BRAVO, V et al. Anthropometric Study among Chilean Older Adults. **J Ergonomics**, v. 9, n.244, p.01-07, 2019.

BRETANHA, A.F. et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Ver bras epidemiol**, v.18, n. 1, p.1-12, 2015.

BRIGOLA, A.G. et al. A educação formal limitada está fortemente associada com menor status cognitivo, incapacidade funcional e status de fragilidade em idosos.

Dement. neuropsychol. [Internet], v.13, n.2, p. 216-224, 2019.

BRITO, A.M.M. et al. Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social. *Liberabit*. **Revista de Psicologia**, v. 23, n.1, p.9-22, 2017.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev Bras Estud Popul**, v. 25, n.1, p. 5-26, 2008.

BRITO, T.R.P. et al. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Rev Bras Epidemiol**, v.21, e180003, supl.2, p.01-15, 2018.

BRITO, T.R.P.; PAVARINI, S.C.I. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet], v.20, n.4, p.1-9, 2012.

BROOKS-WILSON, A.R. Genetics of healthy aging and longevity. **Human Genetics**, v.132, n. 12, p. 1323–38, 2013.

BUAS, C.S. Educação Financeira com Idosos em um Contexto Popular. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 105-127, jan./mar. 2015.

BURR, M.L.; PHILLIPS, K.M. Anthropometric norms in the elderly. **Br J Nutr**, v. 51, p. 165-9, 1984.

CABRAL, J.F. et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.9, p.3227-3236, 2019.

CABRAL, J.R. et al. Oficinas de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida. **Rev. Enf**, v. 1, n.2, p.71-75, 2015.

CABRAL, M. et al. Processos de envelhecimento em Portugal. Fundação Francisco Manuel dos Santos. **Guide, Artes gráficas**. Lisboa, 2013.

CABRELLI, R. et al. Idosos na unidade de saúde da família: morbidade e utilização de serviços de saúde. **Rev Rene**, v.15, n.1, p. 89-98, 2014.

CALDWELL, J.C. Social upheaval and fertility decline. **Journal of Family History**, v.29, n.1, p. 382–406, 2004.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O. **Envelhecimento e pobreza e proteção social na América Latina**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007.

CAMARANO, A.A; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, A.M (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA;. p. 253-292, 2004.

CAMBOIM, F.E.F. et al. Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.11, n.6, p.2415-22, 2017.

CAMELO, L.V.; GAITTI, L.; BARRETO, S.M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev bras epidemiol**, v. 19, n. 2, p. 280-293, 2016.

CAMPANINI, M.Z. et al. Duration and Quality of Sleep and Risk of Physical Function Impairment and Disability in Older Adults: Results from the ENRICA and ELSA Cohorts. **Aging and Disease**. v.10, n.3; p.557-569, 2019.

CAMPOS, A. C. V. et al. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 545-559, 2016.

CAMPOS, A.C.V. et al. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.12, n.166, p. 01-11, 2014.

CAMPOS, A.C.V.; FERREIRA, E.F.; VARGAS, A.M.D. Determinants of active aging according to quality of life and gender. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2221-2237, 2015.

CARDOZO, N.R et al. Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. **BRASPEN J**. v. 32, n.1, p. 94-98, 2017.

CARMO, S.F.F. **Qualidade de vida dos idosos em ambiente urbano: A importância da percepção do estado de saúde, autonomia, identidade, vínculo ao lugar e características do bairro**. Dissertação. Mestrado Psicologia, Escola de Ciências Sociais, Évora, 2019.

CARNEIRO, J.A. et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos comunitários: estudo epidemiológico de base populacional. **Medicina (Ribeirão Preto, Online)**, v.51, n.4, p. 254-264, 2018.

CARNEIRO, L.A.F. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. São Paulo, Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), 2013.

CARRASCO, R.M.J. et al. Programas de entretenimento de memória. Método UMAM. **Cuadernos de trabajo social**, v.14, p. 255-78, 2001.

CARVALHO, A.D.; SOUZA, E.P. O Idoso e as Dores Crônicas: como Viver com Elas. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v.11, n. 38, 2017.

CARVALHO, C. et al. Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, 53, 2016.

CARVALHO, K.M. et al. Intervenções educativas para promoção da saúde do idoso: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**, v.31, n.4, p.446-54, 2018.

CARVALHO, M.L. et al. Situação de saúde na percepção de idosas viúvas assistidas pela atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.72, supl.2, p.199-204, 2019.

CASTANEDA, L.; BERGMANN, A.; BAHIA, L. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, n.2, p. 437-51, 2014.

CASTRO, C.M.S. et al. Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.11, p.4153-4162, 2019.

CASTRO, D. C. et. al. Incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária de idosos: estudo populacional. **Cienc Cuid Saude**, v. 15, n.1, p.109-117, 2016.

CAVALCANTI, A.D et al. O envelhecimento ativo e sua interface com os determinantes sociais da saúde. **Geriatr. Gerontol. Aging**, v.12, n.1, p. 15-23, 2018.

CECILIO, S.G. et al. Psychosocial aspects of living with diabetes mellitus in promoting self-care. **Rev Rene**, v. 17, n.1, p. 44-51, 2016.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL (ILC-BRASIL).

Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade. 1 ed. Rio de Janeiro, Brasil, 2015.

CHAVES, J. R.F. Educação ao longo da vida: perspectivas para uma sociedade que envelhece. In: Brasil 2050: Desafios de uma nação que envelhece. **Estudos estratégicos**, 2017.

CHEN, F.; SHORT, S.E. Household context and subjective well-being among the oldest old in china. **J Fam Issues**, v.29, n.10, p.1379-403, 2008.

CHEN, J.H.; LAUDERDALE, D.; WAITE, L. Social Participation and Older Adults' Sleep. **Social science & medicine (1982)**, v. 149, p. 164–173, jan. 2016.

CHERRY, K.E. et al. Social engagement and health in younger, older, and oldest-old adults in the Louisiana healthy aging study. **J Appl Gerontol**, v. 32, n.1, p. 51–75, 2013.

CHOI, Y. J.; MATZ-COSTA, C. Perceived neighborhood safety, social cohesion, and psychological health of older adults. **The Gerontologist**, v.58, p.196-206, 2018.

CLOSS, V.E et al. Medidas antropométricas em idosos assistidos na atenção básica e sua associação com gênero, idade e síndrome da fragilidade: dados do EMI-SUS. **Sci Med**, v. 25, n. 3, eid21176, 2015.

CLOSS, V.E. et al. Anthropometric Measures and Frailty Prediction in the Elderly: An Easy-to-Use Tool. **Current Gerontology and Geriatrics Research**, ID 8703503, n.8, 2017.

COELHO, J.S.; GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J.O.A. O cuidado em saúde na velhice: a visão do Homem. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.2, p.408-421, 2016.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2ed. Lawrence Earlbaum Associates, 1988.

CONFORTIN, S.C. et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.31, n.5, p.1049-1060, 2015.

CONFORTIN, S.C. et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 305-317, 2017.

CONFORTIN, S.C. et al. Associação entre doenças crônicas e força de preensão manual de idosos residentes em Florianópolis – SC, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.23, n.5, p.1675-1685, 2018.

CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depress Anxiety**, v. 18, n.2, p. 76-82, 2003.

CORRÊA, M.M. et al. Habilidade da razão cintura-estatura na identificação de risco à saúde. **Rev Saude Publica**, v.53, n.66, p. 01-12, 2019.

CÔRTE, B. et al. Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde, hoje e em 2030: o caso da Região Metropolitana de São Paulo. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.3, p.690-701, 2017.

COSTA, I.P. et al. Qualidade de vida de idosos e sua relação com o trabalho. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, e2017-0213, p. 01-09, 2018.

COSTA, K.S.; FRANCISCO, P.M.S.B.; BARROS, M.B.A. Utilização e fontes de obtenção de medicamentos: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2016, v.32, n.1, e00067814, 2016.

COSTA, T.B.; NERI, A.L. Fatores associados às atividades física e social em amostra de idosos brasileiros: dados do Estudo FIBRA. **Rev Bras Epidemiol**. v.22, e190022, p.01-15, 2019.

COURTENAY, W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med. Elsevier**, v.50, n.10, p.1385–401, 2000.

CRICHI, K. M. et al. Ações de Enfermagem e determinantes do envelhecimento ativo. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n.6, p.307-14, 2016.

CRUZ, M.F. et al. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.2, e00021916, 2017.

DA SILVA, A. A. et al. Sleep duration and mortality in the elderly: a systematic review with meta-analysis. **BMJ open**, v. 6, n. 2, p. e008119, fev. 2016.

DAHL, K.E. et al. Perceived oral health and its association with symptoms of psychological distress, oral status and socio-demographic characteristics among elderly in Norway. **BMC Oral Health**, v.18, n.93, p. 01-08, 2018.

- DALAZEN, C.E. et al. Fatores associados às necessidades de tratamento odontológico em idosos brasileiros: uma análise multinível. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.23, n.4, p.1119-1130, 2018.
- DALMOLIN, B.B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011.
- DAMÁSIO, B. F. Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) na avaliação de invariância de instrumentos psicométricos. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 18, n. 2, p. 211-220, 2013.
- DAWALIBI, N.W.; GOULART R, M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3505-12, 2014.
- DE BELL, S. et al. The importance of nature in mediating social and psychological benefits associated with visits to freshwater blue space. **Landscape and Urban Planning**, v. 167, p. 118–127, nov. 2017.
- DELORS, J. Educação um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. **UNESCO**, 2010.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DHHS). Physical activity guidelines for americans. Washington (DC). DHHS, 2008.
- DIAS, E. G.; ANDRADE, F. B.; DUARTE, Y. A. O. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p.1623-1635, ago. 2015.
- DIAS, E.G.et al. As atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. **Rev Ter Ocup Univ**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 225-232, 2014c.
- DIAS, E.N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Qualidade de vida: comparação entre os idosos na comunidade e institucionalizados. **Revista Kairós — Gerontologia**, v.21, n.1, p. 37-54, 2018.
- DIAS, K.C.C.O. et al. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online**, v.8, n.5, p.1337-46, 2014a.
- DIAS, O. V. et al. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade**, v.11, n.38, p. 1-13, 2017.
- DIAS, T.K. et al. Adesão ao tratamento de hipertensão em um programa de saúde da família. **Geriatr Gerontol Aging**. v.8, n.2, p.110-115, 2014b.
- DOMINGUES, M.A. et al. Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online], v.16, n.1, p. 49-59, 2013.

DONG, X.; BERGREN, S. M. The associations and correlations between self-reported health and neighborhood cohesion and disorder in a community-dwelling U.S. Chinese population. **The Gerontologist**, v.57, p.679-695, 2016.

DRESH, F.K. et al. Condição de saúde auto percebida e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos atendidos pela estratégia da saúde da família. **Conhecimento Online**, v.2, n.9, p. 118-127, 2017.

DUARTE, L.S.S. Análise da capacidade funcional de idosos atendidos pela estratégia saúde da família. **Rev. Para. Med.**, v. 26, n. 4, 2012.

DUQUE, A. M. et al. Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2199–2208, ago. 2012.

EL-GILANY, A.; ELKHAWAGA, G.O.; SARRAF, B.B. Depression and its associated factors among elderly: A community-based study in Egypt. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.77, n.1, p.103–107, 2018.

ELLEN, M. Fatores que influenciam as taxas de vacinação contra influenza em idosos: perspectivas dos enfermeiros. **J Nurs Manag.** v.26, n.2, p.158-166, 2018.

ENGEL, L. et al. Older adults' quality of life - Exploring the role of the built environment and social cohesion in community-dwelling seniors on low income. **Soc. Sci. Med**, v.164, n.1, p.1–11, 2016.

ERMEL, M.C. et al. Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 9, n.2, p.1315-1320, 2017.

ESLAMI, B. et al. Lifetime abuse and perceived social support among the elderly: a study from seven European countries. **The European Journal of Public Health**, v.27, n.4, p.686–692, 2018.

FARIAS, R.G.; SANTOS, S.M.A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-76, 2012.

FAWALE, M. B. et al. Correlates of sleep quality and sleep duration in a sample of urban-dwelling elderly Nigerian women. **Sleep Health**, v. 3, n. 4, p. 257-262, 2017.

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012 .

FERRARI, R.F.R. et al. Atitude do idoso da comunidade frente ao lazer: uma interface com a promoção da saúde. **Texto contexto - enferm**, v.25, n.4, e1280015, 2016.

FERREIRA, D.N., MATOS, D.L., LOYOLA FILHO, A.I. Ausência de consulta médica de rotina entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: Um estudo epidemiológico baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008. **Rev bras epidemiol**, v.18, n. 3, p.578-594, 2015.

FERREIRA, F.R. et al. Aspectos da participação social e a percepção da vizinhança: ELSI-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 2, 18s, 2018.

FIALHO, C.B. et al. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 599-610, 2014.

FIGUEIREDO, C. S. et al. Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: Longitudinal study. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 17, n.3, p. 297-306, 2013.

FIGUEIREDO, M. L. G. **Participação Social e Redes Sociais Pessoais de Idosos**. Dissertação em Psicologia Clínica Ramo de Especialização em Terapias Familiares e Sistêmicas. Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, 41 p, 2016.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.34, n.2, p.178-83, 2000.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.40, n.5, p.785-91, 2006.

FLORES, T.R et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, Sul do Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v.27, n.1, e201720112, 2018.

FONSECA, A.M. Desenvolvimento psicológico e processos de transição adaptação no decurso do envelhecimento. In: PAÚL, C.; O. RIBEIRO, Manual de gerontologia, p.95-106. Lisboa: **LIDEL**, 2012.

FONTES, A.P. et al, Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro; v.18, n.1, p.7-17, 2015.

FONTES, A.P.; NERI, A.L. Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1265-1276, 2019.

FRANÇA, C. L. et al. Intervenção breve na preparação para aposentadoria. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v.14, n.1, p. 99-110, 2013.

FRANCISCO, P.M.S.B. et al. Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. **Rev Saúde Pública**. v.53, n.86, p.01-13, 2019.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, Ansiedade, Outros Transtornos Afetivos e Suicídio. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.391-403, 2017.

FRAZÃO, M.C.L.O. et al. Resiliência e capacidade funcional de pessoas idosas com diabetes mellitus. **Rev Rene, Fortaleza**, v. 19, e3323, 2018.

FREIRE JUNIOR, R.C. et al. Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga, MG. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v.16, n.3, p. 541-58, 2013.

FRENCH, E.; JONES, J.B. Health, health insurance, and retirement: a survey. **Annu Rev Econ**, v.9. p.383-409, 2017.

FRISANCHO, A.R. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. **Michigam Press**; 1990.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Resumo Executivo. New York, 2012. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf

GAO, M.; AHERN, J.; KOSHLAND, C.P. Perceived built environment and health-related quality of life in four types of neighborhoods in Xi'an, China. **Health Place**, v.39, p.110–115, 2016.

GARCIA, C.A.M.S; MORETTO, M.C; GUARIENTO, M.E. Association between self-perceived health, nutritional status and quality of life of elderly. **Rev. Ciênc. Méd**, v.27, n.1, p.11-22, 2018.

GASCON, M. et al. Outdoor blue spaces, human health and well-being: A systematic review of quantitative studies. **International Journal of Hygiene and Environmental Health**, v. 220, n. 8, p. 1207–1221, 2017.

GAVASSO, W.C.; BELTRAME, V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n.3, p. 399-409, 2017.

GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**. v.389, n.10082, p.1885-1906, 2017.

GIDDENS, A. Sociologia. **Artmed**, 4 ed, São Paulo, p. 144.

GILDNER, T.E.; LIEBERT, M.A.; KOWAL, P. Associations between sleep duration, sleep quality, and cognitive test performance among older adults from six middle income countries: Results from the Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). **J Clin sleep Med (JCSM)**, v.10, n. 6, p. 613, 2014.

GISH, R.G. et al. Chronic hepatitis B virus in the Philippines. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v.31, p.945–52, 2016.

GIULLARI, S.; LEWIS, J. **The adult worker model family, gender equality and care: the search for new policy principles and the possibilities and problems of a capabilities approach**. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2005.

GOMES, C.; DOS, S. et al. Depressive symptoms and functional decline in an elderly sample of urban center in Northeastern Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 58, n. 2, p. 214–218, abr. 2014.

- GOMES, I.M. et al. O apoio da rede social no cuidado domiciliar. **Esc. Anna Nery** [online], v.20, n.3, e20160062, 2016.
- GOMES, M. et al. Physical inactivity among older adults across Europe based on the SHARE database. **Age Ageing**. v. 46, n. 1, p.71-7, 2017.
- GONÇALVES, C.D. Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 645-657, 2015.
- GONÇALVES, I.B et al. Estado nutricional de idosos fumantes e ex-fumantes da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. v. 21, e180013.supl.2, 2018.
- GONTIJO, C.F. et al. Um estudo longitudinal da associação do capital social e mortalidade entre idosos brasileiros residentes em comunidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, e00056418, 2019.
- GOUVEIA, O.M. R. et al. Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 1030-1040, 2016.
- GRDEN, C.R.B. et al. Fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental: estudo transversal. **Online braz j nurs** [internet], v.16, n.2, p.170-178, 2017.
- GRIEP, R.H et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.703-714, 2005.
- GUIDOLIN, B.R. et al. Patterns of alcohol use in an elderly sample enrolled in the Family Health Strategy program in the city of Porto Alegre, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.1, p.27-35, 2016.
- GUEDES, M.B.O.G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis**, v.27, n.4, p.1185-1204, 2017.
- GUSMÃO, B.M. et al. Análise do perfil sociodemográfico de notificados para hepatite B e imunização contra a doença. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 627-633, 2017.
- GUTIERREZ, B.A.O.; AURICCHIO, A.M.; MEDINA, N.V.J. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. **J Health Sci Inst** [Internet], v.29, n.3, p.186-190, 2011.
- HAIR JR., J et al. **Análise Multivariada de Dados**. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HALLAL, P. C et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, London, v. 380, p. 247-57, 2012.

- HE, W.; GOODKIND, D.; KOWAL, P. **An aging world: 2015**. U.S. Census Bureau. **International Population Reports P95/16-1**. Washington DC: U.S. Government Publishing Office, 2016.
- HÉBERT, R. A Revolução do envelhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 20, n. 12, 2015.
- HEKMATPOU, D.; SHAMSI, M.; ZAMANI, M. The effect of a healthy lifestyle program on the elderly's health in Arak. **Indian J Med Sci**, v.67, n.3-4, p. 70-77, 2013.
- HELLFRITZSCH, M. et al. Lifestyle, socioeconomic characteristics, and medical history of elderly persons who receive seasonal influenza 19 vaccination in a tax-supported healthcare system. **Vaccine**, v.35, p. 2396–403, 2017.
- HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3575–3584, nov. 2016.
- HIAGRA, T.M.; BATISTONI, S.S.T.; NERI, A.L. comportamentos relacionados à saúde em idosos brasileiros residentes na comunidade: dados do FIBRA – Polo UNICAMP. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 99-119, 2017.
- HILLSDON, M. et al. Physical activity in older women: associations with area deprivation and with socioeconomic position over the life course: observations in the British Women's Heart and Health Study. **J Epidemiol Community Health**. v.62, n.4, p. 344-50, 2008.
- HIRSHKOWITZ, M. et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. **Sleep Health**, v. 1, n. 4, p. 233–243, dez. 2015.
- HONOLD, J. et al. Restoration in urban spaces nature views from home, greenways, and public parks. **Environ. Behav**, v.48, p.796–825, 2016.
- HSU, W.C.; TSAI, A.C.; WANG, J.Y. Calf circumference is more effective than body mass index in predicting emerging care-need of older adults: results of a national cohort study. **Clin Nutr**. v.35, n.3, p. 735-40, 2016.
- HUNTER, R.H. et al. Environments for Healthy Aging: Linking Prevention Research and Public Health Practice. **Prev Chronic Dis**, v. 10, p. 1-6, 2013.
- ILHA, S. et al. Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. **J. res.: fundam. Care**, v. 8, n.2, p. 4231-4242, 2016.
- ILINCA, S. et al. **Gender and social class inequalities in active ageing: policy meets theory**. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2016.
- ILMAKUNNAS, P.; ILMAKUNNAS, S. Health and retirement age: comparison of expectations and actual retirement. **Scand J Public Health**, v.46, suppl 19, p.18-31, 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de

Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<www.ibge.gov.br>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=31&search=minas-gerais>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população por sexo e idade - Indicadores implícitos na projeção - 2010/2060**. IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da população: Brasil e unidades da Federação**. 2ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://goo.gl/y1UwJc>>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Dinâmica demográfica brasileira recente: padrões regionais de diferenciação**. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34317&Itemid=433.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Mercado de trabalho: conjuntura e análise. Brasília: IPEA; 2018.

INTERNATIONAL TOBACCO CONTROL. Relatório da Pesquisa ITC Brasil sobre publicidade, promoção e patrocínio do tabaco [Internet]. Ontario: ITC; 2016. Disponível em: <http://www.itcproject.org/resources/view/1513>.

ITANI, O. et al. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. **Sleep Medicine**, v. 32, p. 246–256, abr. 2017.

JACONDINO, C.B et al. Association of smoking with redox biomarkers and cardiometabolic risk factors in elder individuals. **Cad. Saúde Colet.**, v.27, n.1, p.45-52, 2019.

JACONDINO, C.B. **Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica acompanhados na estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica, 2013.

JESUS, I.T.M. et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v.27, n.4, e4300016, 2018.

- JIKE, M. et al. Long sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. **Sleep Medicine Reviews**, v. 39, p. 25–36, jun. 2018.
- JO, Y. et al. Association between Cigarette Smoking and Sarcopenia according to Obesity in the Middle-Aged and Elderly Korean Population: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2008–2011). **Korean J Fam Med**, v.40, p.87-92, 2019.
- JULIANO, M.C.C.; YUNES, M.A.M. Reflections on the social support network as a mechanism for the protection and promotion of resilience. **Ambient Soc**, v.17, n.3, p.135-54, 2014.
- JUNIOR, A.G.S. et al. Caracterização do uso de serviços de saúde por idosos de um centro de convivência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.8, e2468, p. 01-09, 2018.
- KALACHE, A. The Longevity Revolution: Creating a society for all ages. Adelaide Thinker in Residence 2012-2013. **Adelaide: Government of South Australia**, 2013.
- KAN, T.; ZANG, J. Factors influencing seasonal influenza vaccination behavior among elderly people: a systematic review. **Public Health**, v.156, n.1, p.67-78, 2018.
- KAUP, A. R. et al. Trajectories of Depressive Symptoms in Older Adults and Risk of Dementia. **JAMA Psychiatry**, v.73, n. 5, p. 525-531, 2016.
- KAYE, L.; BUTLER, S.; WEBSTER, N. Toward a productive ageing paradigm for geriatric practice. **Ageing International**, v. 28, n. 2, p. 200-213, 2003.
- KIRK, D.D. Demographic Transition Theory. **Population Studies**, v.50, n.1, p. 361-387, 1996.
- KLONOFF, E.A. Introduction to the special section on discrimination. **Heal Psychol**, v. 33, n.1, p.1–2, 2014.
- KNIGHT, L.; HESTER, M. Domestic violence and mental health in older adults. **International Review of Psychiatry**, v. 28, n. 5, p. 464–474, set. 2016.
- KOHLER, S.; LOH, S.M. Patient resilience in the fracture orthopaedic rehabilitation geriatric environment. **Australas J Ageing**, v. 36, n.1, p. 65-8, 2017.
- KORDA, R.J. et al. Income-related inequalities in chronic conditions, physical functioning and psychological distress among older people in Australia: cross-sectional findings from the 45 and up study. **BMC Public Health**, v.14, n. 1, p.741, 2014.
- KRUG, R.R.; LOPES, M.A.; MAZO, G.Z. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. **Rev Bras Med Esporte**. v. 21, n.1, p.57-64, 2015.
- KUEHNER, C. Why is depression more common among women than among men? **The Lancet. Psychiatry**, v. 4, n. 2, p. 146–158, fev. 2017.

KUMAR, S.G.; MAJUMDAR, A.G.P.; PAVITHRA, G. Quality of Life and Its Associated Factors Using WHOQOL-BREF Among Elderly in Urban Puducherry, India. **Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR**, v. 8, n.1, p. 54-57, 2014.

LAMPERT, C. D. T.; FERREIRA, V. R. N. Fatores Associados à Sintomatologia Depressiva em Idosos. **Avaliação Psicológica**, v.17, n.2, p. 205-212, 2018.

LARANJEIRA, C.A.S. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.23, n.3, p. 327-332, 2007.

LAROS, J. A. **O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores**. Em L. Pasquali (Org.), *Análise fatorial para pesquisadores*, p. 141-160. Brasília: LabPAM Saber e Tecnologia, 2012.

LAW, J.; RICHMOND, R.L.; KAY-LAMBKIN, F. The contribution of personality to longevity: findings from the Australian Centenarian Study. **Arch Gerontol Geriatr**, v.59, n.3, p.528-35, 2014.

LEÃO, L. R. B. et al. Capacidade funcional e resiliência em idosos hospitalizados. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 6, 1500-1506, jun. 2018.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial** – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 255p, 2003.

LEE, Y. et al. Dietary patterns with fresh fruits and vegetables consumption and quality of sleep among older adults in mainland China. **Sleep and Biological Rhythms**, v.16, n.3, p. 293-305, 2018.

LEE, Y.; CHEN, C.; LEE, C. Body anthropometric measurements of Singaporean adult and elderly population. **Measurement**. v.148, e.106949, 2019.

LEHNING, A.J.; SMITH, R.J.; DUNKLE, R.E. Age-friendly environments and self-rated health: An exploration of Detroit elders. **Res. Aging**, v.36, p.72–94, 2014.

LEITE, B.O. et al. A Percepção das Mulheres Idosas Sobre o Exame de Prevenção de Câncer do Colo de Útero. **J. res.: fundam. care**. v.11, n.5, p.1347-52, 2019.

LEITE, M.T. et al. Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. **Enfermería Global**, v.37, n.1, p.12-22, 2015.

LEMES, M.R.; ALVES, L.C.C.B.; YAMAGUCHI, M.U. Nível de resiliência em idosos segundo a escala de Connor-Davidson: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.22, n.3, e180209, 2019.

LEVASSEUR, M. et al. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. **Soc Sci Med**, v.71, n.12, p.2141-9, 2010.

- LEVORATO, C.D. et al . Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014.
- LI, J.; THENG, Y.L.; FOO, S. Does psychological resilience mediate the impact of social support on geriatric depression? An exploratory study among Chinese older adults in Singapore. **Asian journal of psychiatry**, v. 14, p. 22-27, 2015.
- LIBERATO, S.M.D. et al. Relações entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf.** v. 16, n.1, p. 191-8, 2014.
- LIMA, A.P. et al. Prevalência e fatores associados à realização de exames de câncer de próstata em idosos: estudo de base populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.21, n.1, p.55-61, 2018.
- LIMA, B.M.; ARAÚJO, F.A.; SCATTOLIN, F.A.A. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. **ABCS Health Sci**, v. 41, n. 3, p. 168-175, 2016.
- LÓPEZ-CERDÁ, E.; CARMONA-TORRES, J.M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M.A. Social support for elderly people over 65 years in Spain. **International Nursing Review**, v. 66, n.1, p. 104–111, 2019.
- LOWSKY, D.J. et al. Heterogeneity in healthy aging. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 69, n. 11, p. 640-649, 2014.
- LU, C. et al. Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 71, p. 34-42, 2017.
- LUCCHESI, G. Envelhecimento populacional: perspectivas para o SUS. In: Brasil 2050: Desafios de uma nação que envelhece. **Estudos estratégicos**, 2017.
- LUIS, M.A. et al. O uso de álcool entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Acta Paul Enferm**, v.31, n.1, p.46-53, 2018.
- LUTHAR, S.S., BROWN, P.J. Maximizar a resiliência por meio de diversos níveis de pesquisa: paradigmas, possibilidades e prioridades prevaletentes para o futuro. **Dev Psychopathol**, v. 19, n.3, p. 931-55, 2007.
- LUZ, E.P. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 303-314, 2014.
- MACEDO, J.P. et al. A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências e invisibilidades. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.11, n.2, p. 258-278, 2018.
- MACIEL, N.F. et al. Frequency of low adherence and related factors in older adults treated in Ponto dos Volantes, in the Jequitinhonha Valley. **Geriatr Gerontol Aging**, v.13, n.1, p.11-6, 2019.

- MADERS, A.M.; ANGELIN, R. Os movimentos feministas e de mulheres e o combate aos conflitos de gênero no Brasil. **Prisma Jurídico**, v. 11, n.1, p. 13-31, 2012.
- MAGALHÃES, A.C.R. et al. Avaliação da sonolência diurna e qualidade do sono em idosos e sua relação com a qualidade de vida. **Rev. Educ. Saúde**, v.5, n.2, p.94-104, 2017.
- MAIA, C.M.L. Identificação dos determinantes do envelhecimento ativo na população idosa de castelo branco. **INFAD Revista de Psicologia**, v.2, n. 2, p. 159-174, 2017.
- MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**, v.51, supl 1:4s, p. 01-10, 2017.
- MALTA, D.C. et al. Tendências de indicadores relacionados ao tabagismo nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 e 2017. **J Bras Pneumol**, v.45, n.5, e20180384, 2019.
- MANSO, M. E. G. et al. Adesão de idosos ao tratamento medicamentoso em diferentes níveis de Atenção à Saúde no município de São Paulo, Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, v.21, n.3, p. 347-358, 2018.
- MANSOLI, L. et al. Association between vaccination coverage decline and influenza incidence rise among Italian elderly. **The European Journal of Public Health**, v. 28, n. 4, p. 740–742, 2019.
- MANTOVANI, E.P.; LUCCA, S.R.; NERI, A.L. Associations between meanings of old age and subjective well-being indicated by satisfaction among the elderly. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 203-222, 2016.
- MARINHO, V.T. et al. Percepção de idosos acerca do envelhecimento ativo. **Rev enferm UFPE**, v.10, n.5, p. 1571-8, 2016.
- MAROCO, J. **Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações**. 2 ed. Perô Pinheiro: Report Number, 2014.
- MARSILLAS, S. et al. Does active ageing contribute to life satisfaction for older people? Testing a new model of active ageing. **Eur J Ageing**, v.14, n.1, p. 295-310, 2017.
- MARTIN, I.S.M. et al. Prevalence of alcohol and medication use among elderly individuals in Spain. **Drugs and Alcohol Today**. v. 18 n. 3, p. 198-204, 2018.
- MARTINS, A. et al. Prevalência do consumo de risco de álcool no idoso: estudo numa unidade dos cuidados primários da região de Braga. **Rev Port Med Geral Fam**, v.32, n.1, p. 270-4, 2016.
- MARTINS, J.J. et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos de terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p.443-56, 2007.
- MARTINS, S.S. **Envelhecimento ativo e o seu reflexo na qualidade de vida dos idosos**. Dissertação, Mestrado em Serviço Social, Universidade Lusíada, Lisboa. 2017.

MASEDA, A. et al. Quality of life, functional impairment and social factors as determinants of nutritional status in older adults: The VERISAÚDE study. **Clinical Nutrition**, p.01-07, 2017.

MATOS, F.S et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.10, p.3393-3401, 2018.

MAZO, G.Z. et al. Nível de resiliência em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico. **Motricidade**, v.12, n. 4, p. 4-14, 2016.

MCPHEE, J.S.; FRENCH, D.P.; JACKSON, D et al. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. **Biogerontology**, v. 17, n.3, p.567–80, 2016.

MELO, D.M.; FALSARELLA, G.R.; NERI, A.L. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. **Rev Bras Geriatr Gerontol** [Internet], v.17, n.3, p.471-84, 2014.

MELO, J. B et al. Fatores de risco cardiovasculares em mulheres climatéricas com doença arterial coronariana. **International Journal of Cardiovascular Sciences**. v. 31. n. 1. p. 4-11, 2018.

MELO, M.D.M. et al. Revisão integrativa das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: disposição para resiliência melhorada em ostomizados. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p.779-785, 2015.

MENDES-CHILOFF, C.L. et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2018, v.21, suppl.2, e180014, 2019.

MENDOZA-NÚÑEZ, V. M. et al. Relationship between Social Support Networks and Physical Functioning in Older Community-Dwelling Mexicans. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.14, n.993, p. 01-09, 2017.

MENEGUCI, J. **Sintomatologia depressiva em idosos residentes na comunidade: prevalência e associação com a atividade física e o comportamento sedentário**. Tese em Atenção à Saúde. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 137 p, 2018.

MENG, M. et al. Factorial Invariance of the 10-Item Connor-Davidson Resilience Scale Across Gender Among Chinese Elders. **Frontiers in Psychology**, v.10, n.1237, 2019.

MENIN, A.P. Estado nutricional, alimentação e saúde oral em idosos de um município da Serra Gaúcha. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 51-74, 2017.

MILAGRES, C. S. et al. Condição de saúde bucal autopercebida, capacidade mastigatória e longevidade em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1495-1506, 2018.

MILAGRES, L.C et al. Relação cintura/estatura e índice de conicidade estão associados a fatores de risco cardiometabólico em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.4, p.1451-1461, 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. **Apresentação cartográfica PDR 2011**.

MINI, G.K.; THANKAPPAN, K.R. Pattern, correlates and implications of non-communicable disease multimorbidity among older adults in selected Indian states: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v.7, e013529, p.01-06, 2017.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.507-519, 2016.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. **Interface (Botucatu)**, v.21, n.61, p.309-20, 2017.

MIRANDA, L.C.V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.11, p. 3533-3544, 2016.

MO, P.K.H.; LAU, J.T.F. Influenza vaccination uptake and associated factors among elderly population in Hong Kong: the application of the Health Belief Model. **Health Education Research**, v. 30, n.5, p. 706-718, 2015.

MONTEIRO, C.N. et al . Cobertura vacinal e utilização do SUS para vacinação contra gripe e pneumonia em adultos e idosos com diabetes autorreferida, no município de São Paulo, 2003, 2008 e 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017272, 2018.

MONTEIRO, O.R.B. et al. The occurrence of polypharmacy among elderly assisted by the family health strategy. **Rev Enferm UFPI**. v.3, n.2, p. 56-61, 2014.

MORAES, E.N et al. **Avaliação multidimensional do idoso**. Secretaria de estado da saúde do Paraná. Curitiba: SESA, p. 113, 2018.

MORENO, C.R.C. et al. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. **Rev Bras Epidemiol**, v.21, suppl 2, e180018, p.01-08, 2018.

MOTTA, M.D.C. et al. Educação em saúde junto a idosos com hipertensão e diabetes: estudo descritivo. **Revista UNINGÁ Review**, v.18, n.2, p.48-53, 2014.

MOULAERT, T; PARIS, M. Social policy on ageing: the case of Active Ageing as a Theatrical Metaphor. **International Journal of Social Science Studies**, v.1, n.2, p, 113-123, 2013.

MOURA, R.F. et al. Fatores associados à adesão à vacinação antiinfluenza em idosos não institucionalizados, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.10, p. 2157-2168, 2015.

- MOYSÉS, T.G.; ALVIM, A.T. Active and healthy aging in public spaces: the cases of victor civita square and cantinho do céu linear park in São Paulo (Brazil). **Oculum ens**, Campinas, v.16, n.3, p. 543-561, 2019.
- MUNOZ, M. et al. Alcohol use, abuse and dependence in an older European population: Results from the MentDis_ICF65+ study. **PLoS ONE**, v.13, n.4, e0196574, 2018.
- NAKATA, P.T.; COSTA, F.M.; BRUZAMOL, C.D. Cuidados de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online**, v.11, Supl. 1, p.393-402, 2017.
- NASCIMENTO, M. C.; CALSA, G. C. Resiliência e idosos: Revisão da produção acadêmica brasileira, 2000-2015. **Revista Kairós Gerontologia**, v.19, n.1, p. 255-272, 2016.
- NASCIMENTO, R.A.S.A. et al. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. **J Bras Psiquiatr**, v. 64, n.3, p.187-92, 2015.
- NAVARRO, J.H.N. et al. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.20, n.2, p.461-470, 2015.
- NERI, A.L. Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais. **Editora Papirus**, São Paulo, p. 39, 2001.
- NERI, A.L. Qualidade de vida no adulto Maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri, A.L. Qualidade de vida em idade Madura. **Editora Papirus**, 9 ed, p.9-50, 2012.
- NETA, D.S.R; SILVA, A.R.V; SILVA, G.R.F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm**. v. 68, n.1, p. 111-6, 2015.
- PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice: histórico do envelhecimento e da velhice. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 103-24, 2017.
- NEUMAN, T.; CUBANSKI, J.; HUANG, J.; DAMICO, A. The Rising Cost of Living Longer: Analysis of Medicare Spending by Age for Beneficiaries in Traditional Medicare. **Kaiser Family Foundation**, 2015.
- NEVES, R.G.; DURO, S.M.S.; TOMASI, E. Vacinação contra influenza em idosos de Pelotas-RS, 2014: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.25, n.4, p.755-66, 2016.
- NICOLATO, F.V.; COUTO, A.M.; CASTRO, E.A.B. capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. **Enferm. Cent. O. Min**. v.6, n.2, p.2199-2211, 2016.
- NOGUEIRA, C.M.R. et al. Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 7-19, 2017.

NORONHA, B.P et al. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.11, p.4171-4180, 2019.

NUNES, B.P. et al. Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan. **Revista de Saúde Pública** [online], v.51, n.43, 2017.

NUNES, B.P. et al. Multimorbididades em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 52, Supl. 10s, 2018.

OESEBURG, B. et al. Interprofessional education in primary care for the elderly: a pilot study. **BMC Medical Education**, v. 13, p. 161, 2013.

OHAYON, M. et al. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. **Sleep Health** [Internet], v. 3, n.1, p. 6-19, 2017.

OLIVEIRA, D.S. et al. Atuação da enfermeira frente aos fatores que interferem na adesão de mulheres idosas ao exame de Papanicolau. **Rev Enferm Contemp**. v, 8, n. 1, p.87-93, 2019b.

OLIVEIRA, D.V et al. O nível de atividade física como um fator interveniente no estado cognitivo de idosos da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.11, p.4163-4170, 2019a.

OLIVEIRA, E.M.D. et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. **Psico-USF, Bragança Paulista**, v. 20, n. 1, p. 109-120, jan./abr. 2015.

OLIVEIRA, G.S.R.A et al. Educação em saúde e qualidade de vida para o combate da hipertensão arterial sistêmica em uma unidade comercial de salvador, BA. **Em Extensão**, Uberlândia, v. 12, n. 1, p. 113-120, 2013.

OLIVEIRA, H.S.B.; MANSO, M.E.G. Tríade iatrogênica em um grupo de mulheres idosas vinculadas a um plano de saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e180188, 2019.

OLIVEIRA, J.R.; ROCHA JUNIOR, P.R. Qualidade de vida e Capacidade Funcional do idoso institucionalizado. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 3, pp.343-353, 2014.

OLIVEIRA, L.P. et al. Perfil e situação vacinal de idosos em unidade da Estratégia Saúde da Família. **Rev Pesq Saúde**, v.17, n.1, p.23-26, 2016a.

OLIVEIRA, M.F. Et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.17, n.8, p. 2191-98, 2012.

OLIVEIRA, R.F.R. et al . Equidade no uso de serviços odontológicos provenientes do SUS entre idosos: estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3509-3523, 2016b.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Q**, v.83, n.4, p. 731-57, 2005.

OREM, D. E. Nursing- concepts of practice. 6a. ed. Missouri: **Mosby**, 2001. 542 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta da Organização Mundial de Saúde**. OMS, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. OMS, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia Global: Cidade amiga do idoso**. Suíça: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde (WHO)**. OPAS, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

PAES, N.L. Economic factors and gender differences in the prevalence of smoking among adults [Article in Portuguese]. **Cien Saude Colet**. v.21, n. 1, p.53-61, 2016.

PAGOTTO, V. et al. Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n.2, p.343-50, 2019.

PAIVA, M.H.P. et al . Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3347-3356, 2016.

PAOLINI, K.S. Desafio da inclusão do idoso no mercado de trabalho. **Rev Bras Med Trab**, v.14, n.2, p.177-82, 2016.

PARENTE, S.A. et al. Satisfação dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família em um município do interior de Pernambuco. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 68, p. 01-15, 2017.

PARK, S.; LEE, S. Age-friendly environments and life satisfaction among South Korean elders: Person-environment fit perspective. **Ageing Ment. Health**, v.1, p.1–10, 2016.

PARRA, D.C. et al. Perceived and objective neighborhood environment attributes and health related quality of life among the elderly in Bogota, Colombia. **Soc. Sci. Med**, v.70, p. 1070–1076, 2010.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico** [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

PATE, R.R. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA: the journal of the American Medical Association, Chicago**, v. 273, n.5, p. 402-7, 1995.

PAÚL, C.; RIBEIRO, O. E.; TEIXEIRA, L. Active ageing: An empirical approach to the WHO Model. **Current Gerontology and Geriatrics Research**, v. 2012, p. 1-10, 2012.

PAÚL, C.; TEIXEIRA, L.; RIBEIRO, O. Active Aging in Very Old Age and the Relevance of Psychological Aspects. **Frontiers in Medicine**, v. 4, n. 181, p. 1-7, 2017.

PAULA, G.R. et al . Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 242-249, 2016.

PEDRAZA, D.F. et al . Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 923-933, 2018.

PEDRO, W.J.A. Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 5, p. 9-32, 2013.

PEIXOTO, S.V et al. Prática de atividade física entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.52, Supl 2:5s, p. 01-09, 2018.

PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M. F. Condições de saúde e tabagismo entre idoso residentes em duas comunidades brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1925-1934, 2006.

PEREIRA, D.S et al. Percepção de ambiente e nível de atividade física em idosos do nordeste brasileiro. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v.18, n.3, 2019.

PEREIRA, D.S. et al. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia**, v.18, n.14, p. 893-908, 2015.

PEREIRA, H.E.F.et al. Perfil nutricional e dietético de idosos atendidos nas Estratégias de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. **Rev. APS**, v.21, n.2, p.259 – 266, 2018.

PEREIRA, I.F.S.; SPYRIDES, M.H.C.; ANDRADE, L.M.B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.5, e00178814, 2016.

PEREIRA, J.K.; FIRMO, J.O.A.; GIACOMIN, K.C. Ways of thinking and acting of the elderly when tackling functionality/disability issues. **Cien Saude Colet**, v.19, n.8, p.3375–84, 2014.

PÉREZ-ZEPEDA, M.U.; GUTIÉRREZ-ROBLEDO, L.M. Calf circumference predicts mobility disability: a secondary analysis of the Mexican health and ageing study. **Eur Geriatr Med**. v.7, n.3, p. 262-6, 2016.

PESQUISA POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO (PAD – MG). **Indicadores básicos e documento metodológico**. PAD – MG, 2013. Disponível em: <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/pad/502-boletim-pad-7-dezembro-19-11-2014-site-2/file>.

PETRONI, T.N et al. Idosos não japoneses, japoneses e descendentes de japoneses no Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: condições funcionais e de saúde. **Rev Bras Epidemiol**. v.21, suppl 2, e180005, 2018.

PIANI, M. C. et al. Prevalence of depressive symptoms among elderly women from a Center of Reference and Care for the Elderly in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 930–938, dez. 2016.

PILGER, C et al. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. **Ciencia y Enfermeria**, v. 19, n.1, p. 61-73, 2013.

PIMENTA, F.B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.8, p.2489-98, 2015.

PINTO, B.K. et al. Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 942-948, 2014.

PINTO, J. M.. NERI, A. L. Relationships between levels of social participation, self-rated health and life satisfaction in older adults according to gender. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n.4, p. 255-272, 2016.

PINTO, J.L.; NERI, A.L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.12, p.3449-3460, 2013.

PINTO, J.M.; NERI, A.L. Fatores relacionados à baixa participação social em idosos: achados do estudo Fibra, Brasil. **Cad. saúde colet.**, v.25, n.3, p.286-293, 2017.

PINTO, M.T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n.6, p. 1283-97, 2015.

PODER, T. What is really social capital? A critical review. **Am Sociol**, v.42, n.1, p.341-67, 2011.

POLISELLO, C. et al. Percepção de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 9, n.33, p.323-335, 2014.

PONCE, M. S.; ROSAS, R. P.; LORCA, M. B. Capital social, participación em asociaciones y satisfacción personal de las personas mayores em Chile. **Saúde Pública**, v. 48, 739-749, 2014.

PRENTICE, A.M.; JEBB, S.A. Beyond body mass index. **Obes Rev**. v.2, n.3, p.141-7, 2001.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD).

Relatório do desenvolvimento humano 2015: O trabalho como motor do desenvolvimento humano. Disponível em: [http:// www.undp.org](http://www.undp.org).

RACHED, A.A. et al. Epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in Lebanon. **Arab Journal of Gastroenterology**, v.17, p.29–33, 2016.

RAMOS, G.P. et al. A importância de exames clínico laboratoriais no diagnóstico precoce do câncer de próstata. **Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v.5, n.1, p.67-78, 2017.

RAMOS, L.R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **J Cross-Cultural Gerontology**, New York, v. 8, n. 4, p. 3313-23, 1993.

RANTAKOKKO, M. et al. Quality of life and barriers in the urban outdoor environment in old age. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.58, p. 2154–2159, 2010.

RAPOSO, F. M. O. **As alterações do sono no idoso**. 2015. 74 f. Dissertação (Mestrado Integral em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

REIS, C.M.; MONTEIRO, C.F.B. Velhice na contemporaneidade: uma análise psicossocial. **Revista UNINGÁ**, v.50, n.1, p.71-76, 2016.

REIS, S.A.A; VERISSIMO,M.T.M. **A importância da vacinação no idoso**. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2015.

RENE, I.; GOBBENS, R.J.J. Effects of frailty and chronic diseases on quality of life in Dutch community-dwelling older adults: a cross-sectional study. **Clinical Interventions in Aging**, v.13, p. 325-333, 2018.

REZENDE, F.A.C et al. Anthropometric differences related to genders and age in the elderly. **Nutrición Hospitalaria**, v. 32, n. 2, p. 757-764, 2015.

RIBEIRO, E.G et al. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/Minas Gerais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.71, supl. 2, p. 860-867, 2018.

RIBEIRO, L.H.M.; NERI, A.L. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2169-80, 2012.

RIGO, L. et al. Autopercepção da qualidade de saúde e satisfação de idosos acompanhados por equipe Estratégia Saúde da Família. **Einstein**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 428-434, out. 2017.

RINALDI, F.C. et al. O papel da enfermagem e sua contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n.2, p.454-466, 2013.

RODRIGUES, L.R. et al. Qualidade de vida de idosos comunitários e fatores associados. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11, Supl. 3, p.1430-8, 2017.

RODRIGUES, N.C. Política Nacional do Idoso: Retrospectiva Histórica. **Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 3, p.149-158. Porto Alegre, 2001.

RODRIGUES, S.C. et al. Nível de atividade física em idosos residentes em um município de pequeno porte: dados do estudo base. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo. v.13. n.82. p.295-302, 2019.

ROZEMBERG, L. et al. Resilience, gender and family during adolescence. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p.673-684, mar. 2014.

RUEDA, F.J.M. Confirmatory Factorial Analysis of the Job Satisfaction Scale 25-items and 15 items versions. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 15, n. 1, p. 82-88, 2015.

SAGAYADEVAN, V. et al. Prevalence and correlates of sleep problems among elderly Singaporeans. **Psychogeriatrics** [Internet], v.17, n.1, p.43-51, 2017.

SALES, M.V. G.; FERNANDES NETO, J.A.; CATÃO, M.H.C.V. Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura. **Arch Health Invest**, v.6, n.3, p.120-124, 2016.
SÀNCHEZ RODRIGUES, M.M. et al. Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. **Ageing Soc**, v.34, 330–54, 2014.

SANT'ANA, L.A.J.; ELBOUX, M.J. Comparação da rede de suporte social e a expectativa para o cuidado entre idosos em diferentes arranjos domiciliares. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e190012, 2019.

SANTANA, R.F. et al. Efetividade de intervenções para oficinas de estimulação cognitiva em idosos: estudo antes e depois. **Rev Enferm UFPE**, v.8, n. 12, p.4269-77, 2014.

SANTOS, A.M.M.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Fatores associados à baixa qualidade de vida em mulheres idosas residentes no município de Jequié – BA. **Arq Cien Esp**, v.3, n. 1, p.11-15, 2015.

SANTOS, A.S et al. Estudo de base populacional: perfil sociodemográfico e de saúde em idosos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.26, e21473, p. 01-08, 2018.

SANTOS, C.F.E.; CAMPOS, H.L.M. Perfil nutricional de idosos do município de Vitória nos anos de 2009 a 2012 por meio do sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN®). **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. v.20, n.4, p.63-70, out-dez, 2018.

SANTOS, E.C.; COUTO, B.M.; BASTONE, A.C. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. **ABCS Health Sci**, v.43, n.1, p.47-54, 2018.

SANTOS, E.I. et al. Imunização dos idosos na América Latina: revisão integrativa da literatura. **Cient Ciênc Biol Saúde**, v.16, n.3, p.221-7, 2014.

SANTOS, G.S.; CUNHA, I.C.K.O. Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, e1271, p. 01-08, 2017.

SANTOS, H.P et al. Atividade física e seus benefícios para qualidade de vida do idoso. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.11, n.7, p. 110 – 121, 2017a.

SANTOS, M.D. et al. Falta de acessibilidade no transporte público e inadequação de calçadas: efeitos na participação social de pessoas idosas com limitações funcionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.161-174, 2017b.

SANTOS, P.P.C. et al. Relação entre a presença dos agentes comunitários de saúde e adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Colloq Vitae**, v.11, n.1, p.70-75, 2019.

SANTOS-JUNIOR, A.G. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos de um centro de convivência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.9, e3053, p. 01-08, 2019.

SARAIVA, L.B. et al. Avaliação Geriátrica Ampla e sua Utilização no Cuidado de Enfermagem a Pessoas Idosas. **J Health Sci**, v.19, n.4, p.262-7, 2017.

SARKAR, C.; WEBSTER, C.; GALLACHER, J. Residential greenness and prevalence of major depressive disorders: a cross-sectional, observational, associational study of 94 879 adult UK Biobank participants. **The Lancet. Planetary Health**, v. 2, n. 4, p. e162–e173, abr. 2018.

SASS, A.; SILVA MARCON, S. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 361-372, 2015.

SCHENKER, M.; COSTA, D.H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.4, p.1369-1380, 2019.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.897-908, 2004.

SELIGMAN, M.E.P.; MARTIN E. P. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. **Free Press**. New York: Simon and Schuster, 2012.

SENGUPTA, P.; BENJAMIN, A. I. Prevalence of Depression and Associated Risk Factors among the Elderly in Urban and Rural Field Practice Areas of a Tertiary Care Institution in Ludhiana. **Indian J Public Health**, v.59, n.1, p.3-8, 2015.

SHAFFER, S.E. et al. Does Mental Health Differ by Alcohol Use in Elderly Male Veterans? **Gerontology & Geriatric Medicine**, v.5, p.1–8, 2019.

SHAIN, D.S. et al. Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. **Educational Gerontology**, v.1, n.1, 2019.

SHERBOURNE C.D.; STEWART A L. The MOS Social Support Survey. **Social Science and Medicine**, v. 38, n.6, p. 705-714, 1991.

SHIELDS, M.; MARTEL, L. Healthy living among seniors. **Heal Reports**, v. 16, p. 7–20, 2005.

SILVA, A.C.L.A.; COELHO, E.B.S.; MORETTI-PIRES, R.O. What we know about men who commit violence against their intimate partners: a systematic review. **Rev Panam Salud Publica** [Internet], v.35, n.4, p.278–83, 2014.

SILVA, A.E.R. et al. Uso regular de serviços odontológicos e perda dentária entre idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p.4269-4276, 2018a.

SILVA, A.R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J Bras Psiquiatr**, v.66, n.1, p.45-51, 2017b.

SILVA, C. S. O.; BARBOSA, M. M. S.; PINHO, L. Family health strategy: relevance to the functional capacity of older people. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 71, n. 2, p.740-746, mar. 2018.

SILVA, E.A.R.; ELALI, G.A. O papel das praças para o envelhecimento ativo sob o ponto de vista dos especialistas. **Pesquisas e Práticas psicossociais**. São João Del Rei, v.10, n.2, p. 430-449, 2015.

SILVA, E.F. et al. Consumo de álcool e tabaco: fator de risco para doença cardiovascular em população idosa do sul do Brasil. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**. v.5, n.1, p. 23-33, 2017a.

SILVA, I.T.; JUNIOR, E.P.P.; VILELA, A.B.A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Rev Bras Geriatr Gerontol** [Internet], v.17, n.2, p.275-87, 2014.

SILVA, J.A.L. **Envelhecimento ativo e qualidade de vida: uso do tempo e condições de vida dos idosos do Bonfim**. Universidade Fernando Pessoa, Porto [Dissertação], p. 212, 2015.

SILVA, K.M.; SANTOS, S.M.A.; SOUZA, A.I.J. Reflexões sobre a necessidade do cuidado humanizado ao idoso e família. **Sau. &Transf. Soc**, v.5, n.3, p.20- 4, 2014.

SILVA, K.M.; VICENTE, F.R.; AZEVEDO, S.M.S. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.17, n.3, p.681-687, 2014.

SILVA, M.M. et al. Idoso, depressão e aposentadoria: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 119-136, Jul.-Dez., 2018b.

SILVA, N.M. **Direito à moradia adequada para a pessoa idosa de baixa renda: um estudo quanti-qualitativo sobre políticas públicas habitacionais no interior do estado de São Paulo**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos – PPGero/UFSCar. São Carlos, 2019, 183 p.

SILVA, P.A.B. et al. Sociodemographic and clinical profile of elderly persons accompanied by Family Health teams under the gender perspective. **J. res.: fundam. care**. Online, v.10, n.1, p. 97-105, 2018c.

SILVA, P.L.M. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de uma unidade básica de saúde de Minas Gerais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 2, p. 24-35, 2016.

SILVA, R.C.F.; HORTALE, V.A. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012.

- SILVEIRA, E.A.; VIEIRA, L.L.; SOUZA, J.D. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.3, p.903-912, 2018.
- SILVEIRA, N.S.P. et al. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame colpocitológico e sua relação com a idade feminina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2699, p.01-07, 2016.
- SIMÕES, A. A nova velhice. Um novo público a educar. Porto: **Ambar**, 1 ed. p. 174, 2006.
- SIMON, E. B.; WALKER, M. P. Sleep loss causes social withdrawal and loneliness. **Nature Communications**, v. 9, n. 1, p. 3146, 14 ago. 2018.
- SOARES, M.B.O. et al. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. **Esc. Anna Nery** [online], v.14, n.4, p.705-711, 2010.
- SOARES, M.M. et al. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** v. 17, n.1, p.144-50, 2012.
- SOARES, S.M et al. R. Consumo de álcool e qualidade de vida em idosos na saúde da família. **Enferm. Cent. O. Min.** v.6, n.3, p. 2362-2376, 2016.
- SOLANO, J.P.C. et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. **Sao Paulo Med J**, v. 134, n.5, p. 400-6, 2016.
- SÓRIA, D.A.C. et al. A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 547-551, 2006.
- SORIA, G.S et al . Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.4, e00191718, 2019.
- SOUSA, F.J.D. et al. Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.12, n.4, p.824-31, abr., 2018b.
- SOUSA, K. A. et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Min Enferm.**, v.21, e-1018, 2017.
- SOUSA, N.F.S. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública** [online], v.34, n.11, e00173317, 2018a.
- SOUSA-SANTOS, A.R. et al. Weakness: The most frequent criterion among pre-frail and frail older Portuguese. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.74, p.162-168, 2018.
- SOUZA, A.R.F.S. **Fatores associados a não adesão de pessoas com hipertensão arterial sistêmica ao tratamento medicamentoso.** Trabalho de conclusão de curso em enfermagem. Universidade de Brasília/UnB. 2014.
- SOUZA, D.P. et al. Qualidade de Vida em Idosos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Id on Line Rev. Psic.** v.10, n. 31, p. 56-68, 2016.

SOUZA, Y.P et al. A Qualidade de Vida de idosos com obesidade ou sobrepeso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.22, n.2, p.155-164, 2018.

SPOSITO, G. et al. Advanced Activities of Daily Living (AADLs) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: Data from the FIBRA Study - UNICAMP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.7-20, fev. 2016.

STEFANO, I.C.P. et al. Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 679-690, 2017.

STEIN, J. et al. **Environmental threats to healthy aging**. Boston (MA): Greater Boston Physicians for Social Responsibility and Science and Environmental Health Network, 2008.

STOECKEL, K.J.; LITWIN, H. The impact of social networks on the relationship between functional impairment and depressive symptoms in older adults. **International Psychogeriatrics**, n.28, n.1, p. 39–47, 2016.

STOPA, S.R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saúde Pública**, v. 51, supl. 1:3s, p. 1-11, 2017.

STREIT, I.A. et al. Nível de atividade física e hábitos no lazer de idosos centenários. **Revista Kairós Gerontologia**, v.18, n.4, p. 165-177, 2015.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A. Influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 8, n. 4, p. 343-348, 2003.

TAVARES, D.M.S et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3557-3564, 2016.

TAVARES, D.M.S. et al. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.68, n.6, p.122-9, 2015.

TAVARES, D.M.S.; DIAS, F.A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto contexto-enferm**, v.21, n.1, p.112-20, 2012.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment: position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n.10, p.1403-1410, 1995.

TIMMERANS, E. J et al. Smoking Cessation and 16-year Trajectories of Functional Limitations Among Dutch Older Adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 00, n. 00, p. 1–7, 2018.

TIRAPHAT, S. et al. The Role of Age-Friendly Environments on Quality of Life among Thai Older Adults. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.14, n.282, p.01-13, 2017.

TOMIOKA, K. et al. Social participation and the prevention of decline in effectiveness among community-dwelling elderly: a population-based cohort study. **PLoS One**, v.10, e0139065, 2015.

TORRES, J.L.; CASTRO, C.M.S.; LUSTOSA, L.P. Manutenção do trabalho e presença de condições crônicas em idosos comunitários: evidências da Rede Fibra-BH. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1845-1852, 2019.

TOSUN, S. et al. Tetanus in adults: results of the multicenter IDIRI study. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis**, v.36, p.1455–62, 2017.

TRAN, T.T et al. Environmental tobacco smoke exposure and health disparities: 8-year longitudinal findings from a large cohort of Thai adults. **BMC Public Health**, v. 15, p.1-11, 2015.

TSAI, A.C.; LAI, M.C.; CHANG, T.L. Mid-arm and calf circumferences (MAC and CC) are better than body mass index (BMI) in predicting health status and mortality risk in institutionalized elderly Taiwanese. **Arch Gerontol Geriatr**. v.54, n.3, p. 443-7, 2012.

TSAPANOU, A. et al. Sleep quality and duration in relation to memory in the elderly: initial results from the Hellenic Longitudinal Investigation of Aging and Diet. **Neurobiol Learn Memory** [Internet], v. 121, n.1, p.217-25, 2017.

UCHOA, V.S. et al. Fatores associados a sintomas depressivos e capacidade funcional em idosos. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 24, out. 2019.

UNITED NATIONS (ONU). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: the 2017 revision**. New York, 2017. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

UNITED NATIONS (ONU). **Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento**. Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Viena 1982.

UNITED NATIONS (ONU). Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. **World population prospects: the 2010 revision**. ONU, 2011. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2010/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf

UNITED NATIONS (ONU). **World Population Prospects The 2015 Revision**, ONU, New York, 2015. Disponível em: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf.

VAHIA, I.V. et al. Subthreshold depression and successful aging in older women. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v.8, n.3, p.212-220, mar. 2010.

VAN DER VORST, A. et al. Limitations in Activities of Daily Living in Community-Dwelling People Aged 75 and Over: A Systematic Literature Review of Risk and Protective Factors. **Plos One**, v.11, n.10, p.1-18, 2016.

VAN DYCK, D. et al. Relationship of the perceived social and physical environment with mental health-related quality of life in middle-aged and older adults: Mediating effects of physical activity. **PLoS ONE**, v.10, e0120475, 2015.

VANCAMPFORT, D. et al. Correlates of physical activity among depressed older people in six low-income and middle-income countries: A community-based cross-sectional study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 33, n. 2, p. e314–e322, 1 fev. 2018.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n.4, p. 539-548, 2012.

VAZ DE MELO, N.C.; FERREIRA, M.A.M.; TEIXEIRA, K.M.D. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 25, n.1, p. 004-019, 2014.

VELOSO, A. **Envelhecimento, Saúde e Satisfação. Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida**. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, 2015.

VELOSO, L.S.G. et al. Condições Cognitivas e Sintomas Depressivos em Pessoas Idosas Inseridas na Atenção Básica. **J. res.: fundam. care**. Online, v. 10, n.4, p. 1182-1187, 2018.

VEMURI, P. et al. Association of lifetime intellectual enrichment with cognitive decline in older population. **JAMA Neurology**, v. 71, n.8, p. 10-24, 2014.

VERAS, R.P; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

VIANA, D.A.; RODRIGUES, L.R; TAVARES, D.M.S. Fatores sociodemográficos e econômicos associados ao tabagismo na população idosa. **J Bras Psiquiatr**. v.63, n.3, p.220-6, 2014.

VIANA, P. K. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idoso, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.49, n. 1, p.1-10, 2015.

VICENTE, F.R; SANTOS, S.M.A. Multidimensional evaluation of determinants of active aging in older adults in a municipality in Santa Catarina. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n.2, p. 370-8, 2013.

VICENTE, M.C. et al. Resiliência e autocuidado de pessoas idosas com diabetes mellitus. **Rev Rene**, v.20, n.1, e33947, 2019.

VIOLAN, C. et. al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. **PLoS ONE**, v.9, n.7, p.1-9, 2014.

WANG, H. H.; TSAY, S.F. Elderly and long-term care trends and policy in Taiwan: challenges and opportunities for health care professionals, **Kaohsiung J Med Sci**, v.28, n.9, p. 465-469, 2012.

WANG, Q et al. Association of Anthropometric Indices of Obesity with Hypertension in Chinese Elderly: An Analysis of Age and Gender Differences. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.15, n.108, p. 02-14, 2018.

WANKA, A. Disengagement as withdrawal from public space: Rethinking the relation between place attachment, place appropriation, and identity-building among older adults. **The Gerontologist**, v.58, p.130-139, 2017.

WEBBER, S.C.; PORTER, M.M.; MENEZES, V.H. Mobility in older adults: a comprehensive framework. **Gerontologist**, v. 50, n.4, p.443-50, 2010.

WESTLAND, C.J. Lower bounds on sample size in structural equation modeling. **Electronic Commerce Research Application**. v. 9, n.6, p. 476-487, 2010.

WHITEFORD, H. A. et al. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the global burden of disease study 2010. **PLoSOne**, v.10, n.2, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>>.

WONG, W.P. et al. The well-being of community-dwelling near-centenarians and centenarians Hong Kong a qualitative study. **BMC Geriatrics**, v.1, n.1, p.14-63, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active Ageing: A Policy Framework**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alcohol** [Internet]. Fact sheet. WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world**. World Health Organization, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health observatory data repository**. WHO, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, 2010a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=F383172248916ED0B8CE1AC560883E9A?sequence=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mortality attributable of tobacco: WHO Global Report**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: prevent in gand managing the global epidemic**. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. First International Conference on Health Promotion. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

YANG, J. et al. The Association between Social Contacts and Depressive Symptoms among Elderly Koreans. **Psychiatry Investigation**, v. 15, n. 9, p. 861–868, set. 2018.

YAP, A.F.; THIRUMOORTHY, T.; KWAN, Y.H. Medication adherence in the elderly. **Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics**, v.7, n.1, p.64-67, 2016.

YOKOTA, R.T.C.; MOURA, L.; ANDRADE, S.S.C.A. Contribution of chronic conditions to gender disparities in disability in the older population in Brazil, 2013. **Int J Public Health**, v. 61, n.1, p. 1003–1012, 2016.

YOU, S.; PARK, M. Resilience Protected against Suicidal Behavior for Men But Not Women in a Community Sample of Older Adults in Korea. *Front Psychol*. **Frontiers in psychology**, v. 8, p. 401, 2017.

ZAITUNE, M.P et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad Saúde Pública**, v.28, n.3, p. 583-96, 2012.

ZHONG, X. et al. Parenting style, resilience, and mental health of community-dwelling elderly adults in China. **BMC Geriatrics**, v. 16, p.1-8, 2016.

Anexos e Apêndices

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Início da entrevista: _____ Término: _____ Data da Coleta: ____/____/____

Bairro: _____ Endereço: _____ Tel: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: (anos completos).....

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter 60 anos ou mais de idade. Solicite ao entrevistado um documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

Sexo.....

1) Masculino 2) Feminino

DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Para responder as questões lembre que:

- ✓ Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal;
- ✓ Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal;
- ✓ Atividades físicas **LEVES** são aquelas em que o esforço físico é normal, fazendo que a respiração seja normal.

Pontuação (seção 1+ seção2 + seção3 + seção4) = _____ min/sem

SEÇÃO 1- Atividade Física no Trabalho Tempo (1b + 1c + 1d) = _____ min/sem

Nesta seção constam as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade (trabalho intelectual) e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa, **NÃO** incluem as tarefas que você faz na sua casa, como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente o (a) Senhor (a) trabalha ou faz trabalho voluntário?

(1) Sim (2) Não (*Caso você responda não Vá para seção 2: Transporte*)

As próximas questões estão relacionadas a toda a atividade física que o (a) Senhor (a) faz em uma semana **usual** ou **normal** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado, **Não** incluir o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por, **pelo menos, 10 min contínuos:**

1b. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) gasta fazendo atividades **vigorosas**, por, **pelo menos, 10 min contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar

grandes pesos, trabalhar com enxada, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas **como parte do seu trabalho?** (*Coloque o nº de minutos em cada dia da semana do quadro abaixo e o nº total de minutos a seguir*)

_____ minutos () nenhum - **Vá para a questão 1c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

1c. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas**, por, **pelo menos, 10 min contínuos**, como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, lavar roupa com a mão **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário?**

_____ minutos () nenhum - **Vá para a questão 1d**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

1d. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) **anda/caminha**, durante, **pelo menos, 10 min contínuos, como parte do seu trabalho?** Por favor, **NÃO** incluir o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que o (a) Senhor (a) e voluntário.

_____ minutos () nenhum - **Vá para a seção 2 - Transporte**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 2 - Atividade Física como meio de Transporte

Tempo (2b + 2c) = _____ min/sem

Estas questões se referem à forma normal como o (a) Senhor (a) se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, feira, igreja, cinema, lojas, supermercado, encontro do grupo de terceira idade ou qualquer outro lugar.

2a. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) anda de carro, ônibus ou moto?

_____ minutos () nenhum - **Vá para questão 2b**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

2b. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) anda de bicicleta por, **pelo menos, 10 min contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** incluir o pedalar por lazer ou exercício).

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para a questão 2c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

2c. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) caminha por, **pelo menos, 10 min contínuos** para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, feira, medico, banco, visita um parente ou vizinho? (**NÃO** incluir as caminhadas por lazer ou exercício).

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para a Seção 3**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 3 – AF em casa: trabalho, tarefas domésticas e cuidar da família

$$\text{Tempo } (3a + 3b + 3c) = \text{_____ min/sem}$$

Esta parte inclui as atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz em uma semana **Normal/habitual** dentro e ao redor de sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente, pense **somente** naquelas atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz **por, pelo menos, 10 min contínuos.**

3a. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por, pelo menos, 10min como: carpir, lavar o quintal, esfregar o chão, cortar lenha, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama com tesoura:

_____ minutos

() nenhum - **Vá para a questão 3b**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

3b. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas no jardim ou quintal** por, pelo menos, 10 min como: carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, limpar a garagem, brincar com crianças, rastelar a grama, serviço de jardinagem em geral.

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para questão 3c.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

3c. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas dentro de sua casa** por pelo menos 10 minutos como: carregar pesos leves, limpar vidros ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro, varrer ou limpar o chão.

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para seção 4**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 4, Atividades Físicas de Recreação, Esporte, Exercício e de Lazer

Tempo (4a + 4b + 4c) = _____ min/sem

Esta seção se refere às atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz em uma semana **Normal** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** incluir atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que o (a) Senhor (a) faça como forma de transporte (para se deslocar de um lugar para outro), em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) caminha **por, pelo menos, 10 min contínuos no seu tempo livre?**

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para questão 4b.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

4b. Em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** por, pelo menos, 10 min, como correr, nadar rápido, musculação, remo, pedalar rápido, enfim esportes em geral:

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para questão 4c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

4c. Em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas no seu tempo livre** por, pelo menos, 10 min, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis, natação, hidroginástica, ginástica para terceira idade, dança e peteca.

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para seção 5**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 5 - Tempo Gasto Sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que o (a) Senhor (a) permanece sentado em diferentes locais, como, por exemplo, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório medico e durante seu tempo livre, Isto inclui o tempo sentado enquanto descansa, assiste TV, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas, na missa/culto e realiza as refeições. Não incluir o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, carro ou moto.

5a. Quanto tempo no total o (a) Senhor (a) gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total o (a) Senhor (a) gasta sentado durante um dia no **final de semana**?

_____ horas _____ minutos

Escore: (1) Ativo (150 min ou mais); (2) Inativo (0 – 149 min)

O idoso foi considerado como ativo (1) ou inativo (2) ?.....

**ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATITUDE FRENTE À
TOMADA DE REMÉDIOS**

PERGUNTAS	SIM	NÃO
1) Você anota horário para não esquecer de tomar os remédios?	1	0
2) Você toma os remédios sempre no mesmo horário?	1	0
3) Você associa o horário de tomar remédio com as atividades do dia a dia?	1	0
4) Quando tem que sair de casa você toma os remédios?	1	0
5) Você providencia nova caixa de remédio antes de ela acabar?	1	0
6) Você leva os remédios consigo quando viaja?	1	0
7) Você toma os remédios mesmo quando há diminuição dos sintomas?	1	0
8) Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica?	0	1
9) Você deixou de tomar algum dos remédios nos últimos dias?	0	1
10) Faltou alguma vez à consulta médica nos últimos seis meses?	0	1
TOTAL		

Score: (1) ≤ 7 pontos: atitude negativa; (2) > 7 pontos: atitude positiva

O idoso teve atitude negativa (1) ou atitude positiva (2)?

APÊNDICE A – PERFIL ANTROPOMÉTRICO

(Anotar as respostas nos espaços ao lado)

Peso (Kg).....

Altura (m):

Circunferência da panturrilha (cm):.....

Circunferência braquial (cm):.....

Circunferência abdominal (cm):

APÊNDICE B – CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA, TABAGISMO E QUALIDADE DO SONO

O (a) Senhor (a) costuma consumir bebidas alcoólicas (cachaça, vinho, cerveja, etc)?.....

(1) Sim

(2) Não

Se sim, com qual frequência?.....

(1) Diariamente

(2) De 1 a 6 vezes na semana

(3) Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)

O (a) Senhor (a) fuma?.....

(1) Sim - Há quanto tempo?

(2) Fumava – Parou há quanto tempo?.....

(3) Nunca fumei.

O Senhor tem algum problema para dormir?.....

(1) Sim, qual? _____ (2) Não

Faz uso de algum medicamento para dormir?.....

(1) Sim, qual? _____ (2) Não

APÊNDICE C – AUTOCUIDADO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O (a) Senhor (a) realizou consulta de rotina, nesse último ano?.....

- (1) Não
- (2) Sim

Se sim, com qual (is) profissional (is)?.....

O (a) Senhor (a) realizou exame preventivo, nesse último ano?.....

- (1) Não
- (2) Sim

Se sim, qual (is)?.....

SE FOR IDOSA	SE FOR IDOSO
(1) Exame de Papanicolau; (2) Mamografia; (3) Exames de rotina (hemograma; sumário de urina).	(1) Exame de próstata (2) Exames de rotina (hemograma; sumário de urina).

O idoso recebeu todas as vacinas recomendadas?.....

- (1) Sim, o cartão possui todas as vacinas recomendadas.
- (2) Não, o cartão está incompleto. Quais vacinas estão faltando?.....
- (3) Não recebeu nenhuma das vacinas recomendadas.
- (4) Não tem cartão de vacina.

	VACINA	DOSES
60 ANOS OU MAIS	Hepatite B	Três doses (0-1-6 meses)
	Febre Amarela	Uma dose a cada dez anos
	Influenza Sazonal	Dose anual
	Dupla tipo adulto (dT) Difteria e Tétano	Uma dose a cada dez anos (reforço) *O cartão deve conter três doses dessa vacina.

Quando foi ao dentista pela última vez?.....

- (1) Menos de 1 ano
- (2) De 1 ano a 2 anos
- (3) A mais de 3 anos
- (4) Nunca foi ao dentista

DETERMINANTES PESSOAIS

ANEXO D - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

	QUESTÕES	NÃO	SIM
1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3	Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4	Você se aborrece com frequência?	0	1
5	Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8	Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13	Você se sente cheio de energia?	1	0
14	Você acha que a sua situação é sem esperanças?	0	1
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL			

A soma total de pontos maior que cinco é indicativa de presença de sintomas depressivos.

Presença de indicativo de sintomas depressivos.....

(1) Sim

(2) Não

ANEXO E - QUESTIONÁRIO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL E MULTIDIMENSIONAL

O (a) senhor (a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

Morbidades autorreferidas	IDOSO			ANTECEDENTE FAMILIAR		
	Sim	Não	Ignorado	Sim	Não	Ignorado
A) Reumatismo	1	2	99	1	2	99
B) Artrite/artrose	1	2	99	1	2	99
C) Osteoporose	1	2	99	1	2	99
D) Asma ou bronquite	1	2	99	1	2	99
E) Tuberculose	1	2	99	1	2	99
F) Embolia	1	2	99	1	2	99
G) Pressão alta	1	2	99	1	2	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	99	1	2	99
I) Problemas cardíacos	1	2	99	1	2	99
J) Diabetes	1	2	99	1	2	99
K) Obesidade	1	2	99	1	2	99
L) Derrame	1	2	99	1	2	99
M) Parkinson	1	2	99	1	2	99
N) Incontinência urinária	1	2	99	1	2	99
O) Incontinência fecal	1	2	99	1	2	99
P) Prisão de ventre	1	2	99	1	2	99
Q) Problemas para dormir	1	2	99	1	2	99
R) Catarata	1	2	99	1	2	99
S) Glaucoma	1	2	99	1	2	99
T) Problemas de coluna	1	2	99	1	2	99
U) Problema renal	1	2	99	1	2	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	99	1	2	99
W) Tumores malignos	1	2	99	1	2	99
X) Tumores benignos	1	2	99	1	2	99
Y) Problema de visão	1	2	99	1	2	99
Z) Depressão	1	2	99	1	2	99
Outras _____	1	2	99	1	2	99

Número de doenças.....

Antecedentes pessoais.....

(1) Sim (2) Não

APÊNDICE D – FUNCIONAMENTO DOS SENTIDOS

Como o (a) senhor (a) avaliaria o funcionamento da audição, visão, paladar, olfato, tato?.....

Muito ruim	Ruim	Nem ruim/ nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

ANEXO F - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta; 0 se incorreta)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta; 0 se incorreta)

Em que estado vive? _____
 Em que cidade vive? _____
 Em que bairro estamos? _____
 Em que local estamos? _____
 Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente). "Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____
 Tapete _____
 Tijolo _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora lhe peço que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65

Nota: _____

b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente"

O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 8 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca _____
 Tapete _____
 Tijolo _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____
 Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota:_____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita_____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota:_____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

Nota:_____

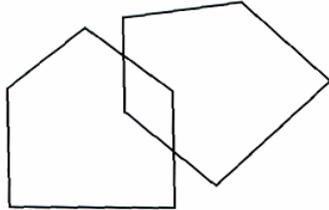
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:_____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota:_____

8) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: Analfabetos ≤ 13 pontos; Um a 11 anos de escolaridade ≤ 18 pontos; Escolaridade superior a 11 anos ≤ 26 pontos.

9) O idoso apresentou declínio cognitivo?

(1) Sim

(2) Não

ANEXO G – QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS

Pergunte ao **informante (Cuidador/Familiar)** sobre o idoso:

1) (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?

- | | | |
|-------------------|--|-------------------------|
| (0) Sim, é capaz | (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora | (1) Nunca o fez e teria |
| dificuldade agora | (1) Com alguma dificuldade, mas faz | (2) Necessita de ajuda |
| (3) Não é capaz | | |

Ponto_____

2) (PESSOA IDOSA) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?

- | | | |
|-------------------|--|-------------------------|
| (0) Sim, é capaz | (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora | (1) Nunca o fez e teria |
| dificuldade agora | (1) Com alguma dificuldade, mas faz | (2) Necessita de ajuda |
| (3) Não é capaz | | |

Ponto_____

3) (PESSOA IDOSA) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?

- | | | |
|-------------------|--|-------------------------|
| (0) Sim, é capaz | (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora | (1) Nunca o fez e teria |
| dificuldade agora | (1) Com alguma dificuldade, mas faz | (2) Necessita de ajuda |
| (3) Não é capaz | | |

Ponto_____

4) (PESSOA IDOSA) é capaz de preparar comida?

- | | | |
|-------------------|--|-------------------------|
| (0) Sim, é capaz | (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora | (1) Nunca o fez e teria |
| dificuldade agora | (1) Com alguma dificuldade, mas faz | (2) Necessita de ajuda |
| (3) Não é capaz | | |

Ponto_____

5) (PESSOA IDOSA) é capaz de manter-se a par do acontecimentos e do que se passa na vizinhança?

- | | | |
|-------------------|--|-------------------------|
| (0) Sim, é capaz | (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora | (1) Nunca o fez e teria |
| dificuldade agora | (1) Com alguma dificuldade, mas faz | (2) Necessita de ajuda |
| (3) Não é capaz | | |

Ponto_____

6) (PESSOA IDOSA) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?

- | | | |
|-------------------|--|-------------------------|
| (0) Sim, é capaz | (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora | (1) Nunca o fez e teria |
| dificuldade agora | (1) Com alguma dificuldade, mas faz | (2) Necessita de ajuda |
| (3) Não é capaz | | |

Ponto_____

7) (PESSOA IDOSA) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?

- | | | |
|-------------------|--|-------------------------|
| (0) Sim, é capaz | (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora | (1) Nunca o fez e teria |
| dificuldade agora | (1) Com alguma dificuldade, mas faz | (2) Necessita de ajuda |
| (3) Não é capaz | | |

Ponto_____

8) (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?

(0) Sim, é capaz (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
dificuldade agora (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda

(3) Não é capaz

Ponto_____

9) (PESSOA IDOSA) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?

(0) Sim, é capaz (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
dificuldade agora (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda

(3) Não é capaz

Ponto_____

10) (PESSOA IDOSA) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?

(0) Sim, é capaz (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
dificuldade agora (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda

(3) Não é capaz

Ponto_____

11) (PESSOA IDOSA) é capaz de ficar sozinho(a) em casa sem problemas?

(0) Sim, é capaz (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) Nunca o fez e teria
dificuldade agora (1) Com alguma dificuldade, mas faz (2) Necessita de ajuda

(3) Não é capaz

Ponto_____

12) TOTAL DE PONTOS_____

OBS.: se o total de pontos for < 6 pontos a entrevista se procederá com o idoso, sendo as informações COMPLEMENTADAS, SE NECESSÁRIO, pelo informante, denominado auxiliar. Caso o score final seja ≥ 6 , a entrevista deverá ser encerrada.

DETERMINANTE AMBIENTE FÍSICO

APÊNDICE E – AMBIENTE FÍSICO

O (a) Senhor (a) sente-se seguro (a) em sua vida diária?.....

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

O seu ambiente físico (clima, barulho, poluição) é saudável?.....

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

Está satisfeito (a) com o seu meio de transporte?.....

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Está satisfeito (a) com as condições do local onde mora?.....

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

DETERMINANTES SOCIAIS

ANEXO H - ESCALA DE REDE E DE APOIO SOCIAL

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

(1) Com quantos PARENTES, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (*se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta*).....

(2) Com quantos AMIGOS, você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (*Não inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta*).....

(3) Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:

PERGUNTAS	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
APOIO MATERIAL					
a) que o ajude se você ficar de cama?	1	2	3	4	5
b) para leva-lo ao médico?	1	2	3	4	5
c) ajuda-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	1	2	3	4	5
d) para preparar as suas refeições se não puder prepará-las?	1	2	3	4	5
APOIO AFETIVO					
e) que demonstre amor e afeto por você?	1	2	3	4	5
f) que lhe dê um abraço?	1	2	3	4	5
g) que você ame e que faça você se sentir querido?	1	2	3	4	5
APOIO EMOCIONAL					
h) para ouvi-lo quando você precisar falar?	1	2	3	4	5
i) em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1	2	3	4	5
j) para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	1	2	3	4	5
l) que compreenda os seus problemas?	1	2	3	4	5
APOIO DE INFORMAÇÃO					
m) para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1	2	3	4	5
n) para lhe dar informações que o ajude a compreender determinada situação?	1	2	3	4	5
o) de quem você realmente quer conselho?	1	2	3	4	5
p) para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	1	2	3	4	5
INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA					
q) com quem fazer coisas agradáveis?	1	2	3	4	5
r) com quem distrair a cabeça?	1	2	3	4	5
s) com quem relaxar?	1	2	3	4	5
t) para se divertir junto?	1	2	3	4	5

ANEXO I - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA

Circule o item correspondente para cada questão:

AAVD	Frequência		
	Nunca Fiz	Parei fazer	Ainda faço
1. Fazer visitas	1	2	3
2. Receber visitas	1	2	3
3. Ir à igreja	1	2	3
4. Ir à reuniões sociais	1	2	3
5. Ir a eventos culturais	1	2	3
6. Guiar automóvel	1	2	3
7. Fazer viagens de um dia para locais próximos	1	2	3
8. Fazer viagens de maior duração para lugares mais distantes	1	2	3
9. Desempenhar trabalho voluntário	1	2	3
10. Desempenhar trabalho remunerado	1	2	3
11. Participar de diretorias	1	2	3
12. Participar de universidades da terceira idade	1	2	3
13. Participar de grupos de convivência	1	2	3

Total de AAVD realizadas (3).....

ANEXO J – INSTRUMENTO ELABORADO PELO GRUPO DE PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA DA UFTM

O (a) senhor (a) tem quantos anos completos de estudo?.....

APÊNDICE F – SATISFAÇÃO COM AS RELAÇÕES PESSOAIS E PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DA COMUNIDADE E DE LAZER

O quanto o (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com suas relações pessoais?.....

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Em que medida o (a) Senhor (a) tem oportunidades de atividades de lazer?.....

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

O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade?.....

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

DETERMINANTES ECONÔMICOS

**ANEXO J – INSTRUMENTO ELABORADO PELO GRUPO DE PESQUISA EM
SAÚDE COLETIVA DA UFTM**

Qual a sua renda individual mensal:.....

- 1) Não tem renda 2) Menos que 1 salário mínimo 3) 1 salário mínimo 4) De 1 – 3 salários mínimo 5) De 3 – 5 salários mínimo 6) mais de 5 salários mínimo

No seu entender, a sua condição econômica é.....

- 1) Ruim 2) Regular 3) Boa

Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de.....

- | | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| 1) Aposentadoria | 2) Pensão |
| 3) Renda/ aluguel | 4) Doação (família) |
| 5) Doação (outros) | 6) Trabalho contínuo (formal ou não) |
| 7) Trabalho eventual | 8) Renda mensal vitalícia |
| 9) Aplicação financeira | 10) Sem rendimento próprio |

Atualmente o (a) senhor (a) exerce trabalho remunerado?.....

- 1) Sim 2) Não

Qual a razão pela qual o (a) senhor (a) se aposentou?.....

- 1) Tempo de Serviço 2) Idade 3) Problema de Saúde: _____
4) Não se aposentou 99) Ignorado

APÊNDICE G – DINHEIRO PARA SATISFAZER AS NECESSIDADES

O (a) Senhor (a) tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde)?.....

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

DETERMINANTES SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE

APÊNDICE H – ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O (a) Senhor (a) está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?.....

**ANEXO K – VÍNCULO COM O SERVIÇO DE SAÚDE E ACESSO AOS
MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO**

O (a) Senhor (a) costuma procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?.....

(1) Sim (2) Não

O (a) Senhor (a) tem acesso aos medicamentos de uso contínuo?.....

(1) Sim (2) Não

Na última vez que precisou obter medicamento(s) de uso contínuo, recebeu gratuitamente:..

- (1) Todos os medicamentos
(2) Parte dos medicamentos
(3) Nenhum dos medicamentos

Do(s) medicamento(s) de uso contínuo que não recebeu gratuitamente, comprou:.....

- (1) Todos os medicamentos
(2) Parte dos medicamentos
(3) Nenhum dos medicamentos

**ANEXO E - QUESTIONÁRIO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL E
MULTIDIMENSIONAL**

Como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde?.....

(1) Péssima (2) Má (3) Regula (4) Boa (5) Ótima

Comparando sua saúde de hoje com a de um ano atrás, diria que sua saúde está.....

(1) Pior; (2) Igual; (3) Melhor.

ANEXO L - WHOQOL-BREF

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.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1) Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2) O quão satisfeito você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas 2 últimas semanas

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3) Em que medida você acha que a 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 a 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 sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7) O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8) Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam 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 atividades 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) O quão satisfeito você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17) Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-dia?	1	2	3	4	5
18) Quão satisfeito você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19) Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20) Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21) Quão satisfeito você está com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22) Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23) Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24) Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25) Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO M - WHOQOL-OLD

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão. As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1) Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
2) Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5
3) Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
4) Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
5) O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
6) Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
7) O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
8) O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
9) O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5

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

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
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?	1	2	3	4	5
11) Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
12) Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5
13) O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
14) Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	1	2	3	4	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.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
15) Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5

16) Quão satisfeito você está com a maneira com a qual usa o seu tempo?	1	2	3	4	5
17) Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
18) Quão satisfeito você está com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5
19) Quão feliz você está com as coisas que pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
20) Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	1	2	3	4	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.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
21) Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
22) Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
23) Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
24) Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo **Envelhecimento Ativo, Funcionalidade Global e Qualidade de Vida entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG)**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: analisar o envelhecimento ativo entre os idosos residentes na Microrregião de Saúde de Uberaba (MG); descrever os determinantes do envelhecimento ativo dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG) e segundo sexo; mensurar a qualidade de vida dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG); propor um modelo estrutural de envelhecimento ativo, entre idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG), com base no referencial teórico da OMS; verificar se o modelo de envelhecimento ativo é equivalente entre idosos do sexo masculino e feminino; e identificar o efeito do envelhecimento ativo sobre a QV dos idosos da Microrregião de Saúde de Uberaba (MG). Para participar você deverá responder umas perguntas sobre os seus dados pessoais e sua saúde. Além disto, realizar testes de desempenho funcional realizados pela verificação da sua força das mãos e sua capacidade de andar. Você poderá obter todas as informações que quiser; e poderá não participar da pesquisa e o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento. Pela participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ele será identificado por um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não me afetará. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade:

Assinatura do pesquisador orientador

Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores caso tenha dúvidas sobre esta pesquisa:

(34) 3700-6015 e 3700-6154 Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

(34) 9 9160-9386 Enfa. Ms. Nayara Cândida Gomes.

ANEXO N - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Envelhecimento ativo, funcionalidade global e qualidade de vida de idosos da macrorregião de saúde do Triângulo Sul - Minas Gerais

Pesquisador: Darlene Mara dos Santos Tavares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65885617.8.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.053.520

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 09 de Maio de 2017

Assinado por:
Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)