



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Geremias Farias, Rosimeri; Azevedo dos Santos, Silvia Maria
Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 21, núm. 1, marzo, 2012, pp. 167-176
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71422299019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE IDOSOS MAIS IDOSOS¹

Rosimeri Geremias Farias², Silvia Maria Azevedo dos Santos³

¹ Este estudo é parte da dissertação - Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 2010.

² Mestre em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí. Santa Catarina, Brasil. E-mail: rosimeri_farias@yahoo.com.br

³ Doutora em Educação. Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: silvia@nfr.ufsc.br

RESUMO: Estudo quantitativo, transversal, exploratório-descritivo, cujo objetivo foi averiguar o envelhecimento ativo, segundo seus determinantes, entre os idosos mais idosos de um município do interior de Santa Catarina. A coleta dos dados ocorreu de julho a agosto de 2009, através de entrevistas com 87 idosos, com 80 anos ou mais, de ambos os sexos, utilizando-se de *check-list* elaborado a partir dos determinantes do envelhecimento ativo. Fizeram-se análises descritivas dos dados, medidas descritivas de centralidade e dispersão. Os resultados mostraram paridade de gênero, que os sujeitos eram na maioria brancos, católicos, com baixa renda e escolaridade. Mesmo aposentados, 60,92% continuam exercendo atividades laborais; 70,11% têm casa própria; 48,28% frequentam ambientes coletivos; 81,61% estão satisfeitos com a vida e 48,28% não dependem de um cuidador. Conclui-se que mesmo não alcançando todos os determinantes do envelhecimento ativo, estes idosos mantêm sua independência e autonomia, garantindo qualidade de vida.

DESCRIPTORES: Envelhecimento. Idoso de 80 anos ou mais. Autonomia pessoal.

DETERMINANTS INFLUENCE OF AGING ACTIVE AMONG ELDERLY MORE ELDERLY

ABSTRACT: This objective of this quantitative, cross-sectional, exploratory, and descriptive study was to verify active aging according to its determinants among the older elderly in a rural county of Santa Catarina, Brazil. Data was collected between July and August of 2009 through interviews with 87 male and female elderly who were 80 years old or older, using a checklist elaborated from the active aging determinants. Descriptive analyses were performed on the data along with descriptive measurements of centrality and dispersion. Results showed gender parity; the majority of the subjects were Caucasian Catholics with low incomes and education levels. Even retired, 60.92% continue exercising work activities; 70.11% have their own houses; 48.28% attend group environments; 81.61% are satisfied with their lives; and 48.28% do not depend on a caregiver. We conclude that even without reaching all of the active aging determinants, these elderly maintain their independence, autonomy, and ensure their quality of life.

DESCRIPTORS: Aging. Aged, 80 and over. Personal autonomy.

INFLUENCIA DEL DETERMINANTES ENVEJECIMIENTO ACTIVO ENTRE LOS ANCIANOS MAYORES

RESUMEN: Estudio cuantitativo, transversal, exploratorio, descriptivo, cuyo objetivo fue averiguar el envejecimiento activo, según sus determinantes, entre los ancianos más viejos en un municipio del interior de Santa Catarina. La obtención de los datos se realizó entre Julio y Agosto del 2009, através de entrevistas con 87 ancianos con 80 años o más, de ambos sexos. Se utilizó *check-list* elaborada de los determinantes del envejecimiento activo. Hicieron análisis descriptivos, medidas descriptivas de centralidad y dispersión. Los resultados mostraron una paridad de géneros, que las personas eran, mayormente, de raza blanca, católicos, con bajo salario y escolaridad. Aun estando jubilados, el 60,92% continúa ejerciendo actividades laborales; 70,11% posee casa propia; 48,28% frecuenta ambientes colectivos; 81,61% está satisfecho con su vida y 48,28% no depende de cuidador. Se concluye que aunque no alcanzaron todos los determinantes del envejecimiento activo, estos ancianos mantienen su independencia y autonomía, garantizando su cualidad de vida.

DESCRIPTORES: Envejecimiento. Anciano con 80 años o más. Autonomía personal.

INTRODUÇÃO

Inúmeras reflexões sobre modificações no perfil etário da população e aumento no número de idosos têm influenciado as discussões da comunidade acadêmica, especialmente dos estudiosos na área de geriatria e gerontologia. O envelhecimento populacional acontece em decorrência das mudanças de alguns indicadores de saúde, especialmente da queda da fecundidade, da mortalidade e do aumento da esperança de vida. Nos países desenvolvidos, onde as condições socioeconômicas são favoráveis, está concentrado o maior contingente de idosos.¹

Porém, o envelhecimento não se dá de forma homogênea para todos os seres humanos.¹ Para alcançar o envelhecimento de maneira positiva, as oportunidades de saúde, participação e segurança devem ser contínuas ao longo da vida. As políticas e os programas de saúde devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas.²

No plano individual, considerando-se apenas os aspectos demográficos do envelhecimento, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Entretanto, paralelos à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social importantes para a percepção da idade e do envelhecimento.³

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como sendo “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.^{2,8}

As mudanças fisiológicas que ocorrem no envelhecimento podem levar à diminuição da capacidade funcional a médio e longo prazo, as quais tornam os idosos mais suscetíveis à fragilidade e à dependência de cuidados.⁴ Essas limitações podem ser superadas ou minimizadas se, ao longo do processo de viver, as pessoas adquirirem hábitos de vida saudáveis e contarem com oportunidades de integração social, segurança e bem-estar. Vale lembrar que essas condições não dependem exclusivamente de escolha pessoal, mas também das oportunidades oferecidas pelo contexto social e político.

O envelhecimento ativo é uma ideologia que se aplica tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas perce-

bam o seu potencial, participem da sociedade de acordo com as suas especificidades, além de lhes propiciar proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.² O envelhecimento ativo é, portanto, “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”.^{2,13} Sua meta é aumentar a expectativa de vida saudável, garantindo qualidade de vida, inclusive para indivíduos que tenham alguma fragilidade, incapacidade física ou necessitem de cuidados.²

Durante a Assembléia Mundial para o Envelhecimento, realizada em Madri, Espanha, no ano de 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o Plano Internacional de Ações sobre o Envelhecimento (PIAE), que trazia, como uma de suas diretrizes, a implementação de estratégias com vistas a alcançar o Envelhecimento Ativo.² Seu objetivo era que todos os países colocassem como meta para o Século XXI o desenvolvimento de ações que propiciassem às pessoas chegar à velhice ativas. Surge, assim, a proposta Envelhecimento Ativo: uma política de saúde composta por um conjunto de sete determinantes, quais sejam: comportamentais, pessoais, ambiente físico, ambiente social, econômico, sistemas de saúde e serviço social, cultura e gênero;² cada um deles com a propriedade de agir efetivamente sobre o processo de envelhecimento a ponto de afetar a saúde e o bem-estar.⁵

A partir de então, tornou-se necessário conhecer mais detalhadamente a expressão desses determinantes na vida dos idosos. Tal conhecimento permitiria oferecer indicadores para os profissionais de saúde trabalhar nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Para tanto, buscou-se na literatura se existia algum instrumento que avaliasse os determinantes do envelhecimento ativo. Como nada foi encontrado, na época de realização desse estudo optou-se por elaborar um *check-list* que abordasse os fatores mais significativos de cada determinante. Surge, nesse momento, a seguinte pergunta de pesquisa: como os idosos mais idosos, residentes na zona urbana e rural de um município de Santa Catarina, percebem a sua qualidade de vida e atendem aos fatores determinantes do envelhecimento ativo?

Nesse artigo, apresentar-se-á apenas parte desse estudo, ou seja, pretende-se aqui averiguar o envelhecimento ativo, segundo seus determinantes, entre os idosos mais idosos de um município do interior de Santa Catarina.

MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta pesquisa, utilizou-se uma abordagem quantitativa, transversal, do tipo exploratório-descriptiva. Com essa modalidade, atendeu-se à necessidade de levantar dados acerca de uma população específica, permitindo generalizar dados para esse extrato no município estudado já que representa, com fidedignidade, o coletivo desse segmento etário.

O local da pesquisa foi um pequeno município do interior de Santa Catarina, localizado na região do Alto Vale do Itajaí, de colonização tipicamente germânica. Esse município tem 12,16% da população com mais de 60 anos, e os idosos com mais de 80 anos correspondem à 10,85% da população idosa.⁶

A população do estudo foi constituída por todos os idosos com mais de 80 anos que recebiam atendimento das equipes de Estratégia de Saúde da Família, utilizando-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 80 anos e estar lúcido e orientado, em condições de responder aos instrumentos de pesquisa. Como critério de exclusão, considerou-se: ter a capacidade cognitiva e de comunicação afetadas, comprometendo a coleta de dados; e não ser possível localizar o idoso, após a terceira tentativa de contatá-lo. O ponto de equilíbrio para o estrato em estudo foi determinado considerando-se uma amostragem probabilística, com um nível de confiança de 95% e uma precisão estimativa de, em média, 5%.

Do total de 94 idosos com 80 anos ou mais, um estava viajando, dois, internados e/ou doentes durante o período das entrevistas, um com capacidade de comunicação afetada e três com comprometimento cognitivo, o que inviabilizou a coleta de dados. A população efetiva deste estudo, então, foi composta por 87 idosos com idade igual ou superior a 80 anos.

A coleta de dados foi realizada em inquérito domiciliar, aplicado com a técnica de entrevista, no período entre julho e agosto de 2009, com apoio de três auxiliares de pesquisa, devidamente treinadas pelas pesquisadoras. Adotou-se, para a coleta de dados, um *check-list* elaborado pela primeira autora a partir dos determinantes de envelhecimento ativo propostos pela OMS.² Os dados coletados foram sistematizados e inseridos em um banco de dados construído em *Excell*, versão 2003, e migrados para o Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na *Web* – SestatNet.⁷

Para variáveis categóricas, utilizaram-se análises descritivas dos dados, a partir da apura-

ção de frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos quanto em percentuais. Os resultados foram organizados em tabela, apresentada a seguir, no tópico Resultados. Para as variáveis numéricas, foram calculadas medidas descritivas de centralidade e de dispersão.

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados conforme preceitos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (certificado nº 098) e pela Secretaria Municipal de Saúde do município onde os idosos eram assistidos. Os idosos, sujeitos do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os resultados sociodemográficos apresentam também as informações relativas aos determinantes econômicos e de gênero encontrados, através da análise descritiva, mostrando certa paridade quantitativa entre os sexos dos idosos estudados. A maioria deles se autoidentificou como de cor branca e de origem alemã, sendo a religião católica a predominante. A opção por uma religião foi presente em 100% dos idosos pesquisados e, mesmo diante das dificuldades peculiares à idade, além das atividades religiosas habituais, a participação como voluntário em atividades na igreja faz parte do cotidiano de 5,74% deles.

Verificou-se que a maioria dos idosos (93,25%) recebe até dois salários mínimos por mês, oriundos exclusivamente da aposentadoria. No entanto, eles têm uma participação de 60,92% em trabalhos não remunerados, isto é, fazem atividades em casa, nos arredores e serviços voluntários. O cuidado com horta, jardim e animais domésticos é a atividade executada por 42,52%, enquanto que 23,43% deles dizem ser responsáveis diretos pela organização e manutenção da casa. Além dessas atividades, 6,89% são responsáveis diretos ou indiretos pelos cuidados com outros familiares e 5,74% participam como voluntários em associações comunitárias.

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se que 25,28% dos idosos eram analfabetos e 35,64% tinham até dois anos de escolaridade. A síntese de todas as análises está na tabela 1, que apresenta dados referentes à idade, raça, origem, religião, renda e escolaridade dos sujeitos desse estudo, organizadas por gênero.

Tabela 1 - Distribuição da população de 80 anos e mais de um município de SC, segundo o sexo e variáveis sócio-demográficas, 2009

Variável	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
Idade			
80 – 84 anos	40,23	31,04	71,27
85 – 90 anos	9,20	13,80	23,00
90 e mais anos	-	5,75	5,75
Raça			
Branco	49,43	47,13	96,56
Negro	-	3,45	3,45
Origem			
Alemães	40,23	34,48	74,71
Italianos	4,60	1,15	5,75
Outras	4,60	14,94	19,54
Religião			
Católico	28,73	26,44	55,17
Evangélico	12,65	16,09	28,74
Protestante	-	2,30	2,30
Luteranos			13,78
Renda mensal			
Até 1 salário mínimo	29,89	16,09	45,98
Entre 1 e 2 salários mínimos	14,94	33,33	48,27
Entre 2 e 3 salários mínimos	3,45	1,15	4,60
Mais de 3 salários mínimos	1,15	-	1,15
Escolaridade			
Analfabeto (considerando-se aqueles que não sabem ler ou escrever, mas sabem assinar)	10,34	14,94	25,28
Até 2 anos de escolaridade	18,40	17,24	35,64
Até 4 anos de escolaridade	18,40	11,50	29,90
Mais de 4 anos de escolaridade	2,29	6,89	9,18

Com relação aos determinantes sociais, verificou-se que 89,66% dos participantes desse estudo dizem não ter sido vítimas de violência ou maus-tratos. Sete pessoas (8,05%) foram vítimas de roubo na rua ou em suas próprias casas, e 2,30% foram forçados a deixar seus rendimentos sob a responsabilidade de terceiros.

Considerando-se proximidade e convívio com outras pessoas no domicílio, verificou-se que: 40,23% dos idosos já não têm mais seus companheiros e moram com filhos e /ou netos; 21,84% dos idosos pesquisados moram com companheiro e outros familiares; e 24,14% convivem em seu domicílio apenas com o companheiro. Além disso, 12,64% deles moram sozinhos e apenas um idoso (1,15%) mora com estranhos – pessoa contratada

para a função de cuidador. Os idosos que moram em residência própria representam 70,11% da amostra, os demais (29,89%) moram na casa de um dos filhos. Em ambas as situações, os idosos referem ter quarto privativo ou compartilhado com seu companheiro(a).

A convivência com outras pessoas em ambientes fora de casa (em festas, bares, restaurantes e casa de vizinhos ou conhecidos) é comum para 48,28% dos idosos. A participação em associações como clubes de mães, cooperativas agrícolas e movimentos religiosos fazem parte do cotidiano de 27,58% dos idosos, enquanto 22,99% confirmam sua participação nos grupos de idosos. Apenas uma pequena parcela desta amostra, 1,15%, relatou não participar de atividades que

favoreçam a manutenção ou ampliação das redes de apoio social.

Os determinantes do envelhecimento ativo relacionados à ambiente físico (moradia segura, quedas e saneamento) foram também investigados: apenas 1,15% dos idosos não sabem a procedência da água que abastece o domicílio, nem o destino do esgoto e do lixo; 73,56% utilizam água proveniente de poço ou nascente e 25,28% do abastecimento da Central de Águas e Saneamento de Santa Catarina (CASAN-SC). O esgoto das residências é destinado para fossa em 71,26% dos casos e 27,58% têm seus rejeitos jogados em céu aberto. O lixo é totalmente coletado pelo serviço municipal em 32,18% dos domicílios e em 66,66%, o lixo é queimado, enterrado ou jogado a céu aberto.

As quedas, após os 80 anos, foram vivenciadas por 43,68% dos idosos. A grande maioria (84,20%) refere tê-las sofrido dentro de casa ou em seus arredores. Mas 15,80% das quedas ocorreram quando andavam pela cidade. Na avaliação de 36,78% dos idosos sua moradia é livre de riscos, especialmente para quedas.

Os determinantes pessoais são avaliados a partir da biologia e genética e dos fatores psicológicos, tendo grande influência sobre o processo de envelhecimento; entretanto, a causa de muitas doenças é mais ambiental e externa do que genética e interna. Constatou-se que, nessa amostragem, houve um significativo predomínio de doenças cardiovasculares (86,20%), as quais, segundo os sujeitos, fazem parte de sua história familiar.

O hábito de ouvir rádio, assistir à televisão, jogar cartas ou dominó e realizar trabalhos artesanais constituem-se como rotina para 43,67% dos idosos. Além dessas atividades, a leitura faz parte dos hábitos de 51,72% dos entrevistados.

O bem-estar subjetivo pode ser avaliado através da satisfação com a vida. Nesse caso, 81,61% dos idosos se disseram satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua vida depois dos 80 anos. Somente 2,30% manifestam-se como muito insatisfeitos com a vida.

Quanto aos determinantes comportamentais, constatou-se que 8,05% dos idosos são fumantes e 29,89% referiram consumir bebidas alcoólicas. Entre os que fumam, encontram-se apenas indivíduos do sexo masculino, ao passo que entre os que consomem bebidas alcoólicas, mesmo que esporadicamente, 7,69% são mulheres e 92,31%, homens.

A atividade física regular é praticada por 25,29% dos idosos entrevistados. Com relação

aos hábitos alimentares, 77,01% deles consomem frutas e verduras habitualmente, enquanto que 67,81% foram orientados a restringir algum tipo de alimento em sua dieta. Entretanto, 18,64% deles afirmaram não seguir as restrições alimentares que lhes foram sugeridas.

Sabe-se que um aspecto importante da saúde dos idosos diz respeito à saúde bucal. Nesse estudo, verificou-se a presença de dentes naturais associados a próteses dentárias em 26,44% dos idosos, enquanto que 60,92% faziam uso exclusivo de prótese dentária. No entanto, 83,91% não procuraram por assistência odontológica no último ano.

O consumo de medicamentos faz parte do cotidiano de 78,16% dos idosos pesquisados. Quanto à autoadministração dos medicamentos, verificou-se que 44,83% tomam seus medicamentos sem ajuda ou supervisão de terceiros e alegam não cometer enganos, trocas ou esquecimentos. Contudo, 18,39% tomam os seus remédios à medida que outras pessoas lhes entregam. Entre os que usam medicamentos, a queixa de reações adversas foi manifestada por 3,45% dos usuários.

Ao se considerar o determinante serviços sociais e de saúde, observou-se que a consulta médica era procurada por 72,41% dos idosos somente quando se sentem doentes. Além disso, 13,79% dos homens, e 16,09% das mulheres têm suas consultas médicas programadas para avaliação de rotina a cada semestre ou ano.

As internações hospitalares no último ano, considerando-se a data da coleta de dados, foram referidas por 20,69% dos idosos e a realização de procedimentos cirúrgicos foi informada por 3,45% deles. Os serviços de saúde mental foram utilizados por quatro pessoas (4,6%) desse grupo de idosos. Nessa situação, três (3,25%) foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e um (1,15%) optou por atendimento particular.

Entre os idosos pesquisados, 36,78% referiram possuir Hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*, e dentre estes, todos informaram que frequentam mensalmente os grupos de promoção em saúde da Atenção Básica de Saúde. Vale destacar, ainda, que 81,61% tomam a vacina contra a gripe anualmente.

A necessidade de cuidados é esperada entre idosos mais idosos, porém, nesse estudo, verificou-se que 48,28% deles disseram não necessitar de um cuidador. Dentre os que precisavam de cuidados realizados por outras pessoas, 49,43% eram cuidados por seus familiares e 2,30% tinham pessoas leigas contratadas para essa finalidade.

Portanto, a assistência em longo prazo é centrada no cuidador familiar.

Entre os entrevistados, 25,29% receberam visita de um profissional de saúde no mês que antecedeu à coleta de dados e 94,26% afirmaram receber visita mensal do agente comunitário de saúde.

DISCUSSÃO

No envelhecimento ativo, a cultura e o gênero são considerados determinantes transversais. Essa pesquisa mostrou uma paridade quantitativa entre os sexos feminino e masculino, quando considerada a amostra composta pelos sujeitos com idade entre oitenta e noventa anos. Fato esse pouco comum de maneira geral, pois a feminização da velhice é um processo que vem sendo observado à medida que a população vai envelhecendo, fenômeno que se expressa de forma mais evidente a partir da sétima década de vida.⁸ Tal situação é explicada especialmente porque os homens, que hoje são os idosos, estão mais propensos aos fatores de risco para doenças cardiovasculares e, por isso, morrem mais cedo.⁸

Com relação à cultura, é importante destacar que o município em questão foi colonizado por imigrantes europeus, com grande predominância de alemães. Isso explica o fato de os idosos terem se autoidentificado como sendo de cor branca e possuírem práticas socioculturais de cuidados tipicamente germânicas. O que foi corroborado pelos dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) quando informa que, de acordo com o último censo, a maioria (80,80%) das pessoas da região Sul se autoidentificou como sendo da cor branca.⁹

Outro aspecto de destaque nos achados foi a forte religiosidade expressa pelos sujeitos, embora se saiba que crenças, comportamentos religiosos, práticas devocionais e a participação em eventos relacionados a grupos religiosos são mais comuns entre idosos do que em qualquer outra idade. De maneira geral, os idosos mais longevos são mais religiosos,¹⁰ no entanto, os autores de um estudo apontam que as atividades religiosas diminuem com o envelhecimento em virtude de limitações físicas, mas, as atitudes religiosas permanecem estáveis.¹¹ Provavelmente os idosos que compuseram a amostra da presente pesquisa ainda se apresentem praticando muitas atividades religiosas porque, apesar de serem longevos, encontram-se em boas condições de saúde.

Do ponto de vista dos determinantes econômicos, verificou-se junto aos idosos estudados que, apesar de configurarem uma amostra exclusivamente de aposentados e pensionistas, 86,21% ainda exerciam atividades profissionais relacionadas à agricultura. Isso provavelmente se explique pelo fato de que o município em foco tem sua atividade econômica voltada em 72% para a agricultura, com presença de pequenos minifúndios cultivados na modalidade de agricultura familiar.

O exercício de atividades, como cultivo de horta, jardinagem, cuidado com animais domésticos e com a casa, mesmo que sem remuneração, relaciona os idosos com as atividades que outrora desempenharam. A tradição em realizar trabalhos no ambiente doméstico é também revelada em estudo com idosos no interior do Rio Grande do Sul, onde metade deles continua realizando trabalhos domiciliares não remunerados.¹² Em outro estudo, observou-se que 42,90% dos idosos com idade a partir dos 60 anos, afirmaram estar incomodados com o fato de não conseguirem realizar atividades da vida diária.¹³ Em comparação, os idosos participantes deste estudo tem mais autonomia, apesar da idade mais avançada.

Dados do censo demográfico de 2000¹⁴ apontam que a maioria dos idosos brasileiros é aposentada e recebe até um salário mínimo de renda, o que revela um reduzido poder de compra que, aliado às necessidades especiais para manutenção da saúde e sobrevida, influencia na possibilidade de consumo e qualidade de vida.

Com relação à escolaridade, segundo dados do censo demográfico de 2000,¹⁴ a taxa de alfabetização de pessoas com mais de 15 anos é de 88,60%. Neste estudo, considerando-se apenas pessoas com 80 anos, ou mais, constatou-se que 74,72% estão alfabetizados e que existem mais mulheres analfabetas do que homens. A OMS destaca que, em países menos desenvolvidos, 31% das mulheres adultas eram analfabetas, em comparação com 20% dos homens adultos,² o que confirma os achados deste estudo. O analfabetismo das mulheres reflete mecanismos de organização social que bloquearam o acesso de mulheres pobres à escola. Por outro lado, também revela as práticas culturais que não valorizavam a educação escolar para mulheres, compreendendo que essas deveriam apenas ser preparadas para serem boas esposas, mães e donas de casa.¹⁵

A baixa escolaridade e o analfabetismo podem limitar o acesso dos idosos a informações escritas e comprometem seu nível de entendi-

mento.¹⁶ Os aspectos culturais, as dificuldades de acesso à escola quando na infância e a necessidade de ampliação de políticas de escolarização de adultos e idosos são elementos que auxiliam na compreensão deste fato.

Além das informações referentes ao nível de escolaridade, a violência e os maus-tratos, bem como o apoio social são determinantes sociais relacionados ao envelhecimento ativo, segundo a OMS.⁷ Uma grande preocupação com a qualidade de vida entre idosos diz respeito à busca de formas de prevenção de ocorrências e situações que possam afetar o bem-estar das pessoas,¹⁷ sendo a violência conta o idoso uma delas: idosos de todas as classes sociais estão sujeitos a maus-tratos. O fato de os sujeitos do presente estudo residirem em um município do interior do Estado, onde os dados gerais de violência são reduzidos, somados ao apoio e à proximidade dos familiares podem ser fatores que contribuem para a baixa incidência de eventos que configuram violência contra os idosos.

A família é culturalmente um ponto de apoio e uma facilitadora para interação social dos idosos dessa comunidade, muitos deles moram com seus filhos e netos. Esse contexto merece atenção dos profissionais de saúde, pois a configuração de família, atualmente, apresenta-se modificada: pessoas de diferentes gerações, convivendo em um mesmo espaço, necessitam de uma postura flexível diante da vida, espaços para diálogo e disposição para rever posições a fim de conviverem de forma positiva. O fato de morar sozinho pode aumentar a autonomia, a independência e promover o crescimento pessoal.¹⁷ Por outro lado, essa condição tem sido associada a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento de morbididades e indicador de risco de mortalidade.¹⁸

Entretanto, a interação social não acontece somente no ambiente familiar: ela colabora para o exercício da cidadania, para a valorização e a inserção do idoso no meio social. Portanto, há a necessidade de incentivar os idosos a participarem de eventos fora do ambiente domiciliar. Além disso, semelhante interação possibilita-lhes experienciar o senso de pertencimento a um grupo social com o qual podem contribuir com seus conhecimentos de maneira mais significativa.¹⁸

Do ponto de vista do meio ambiente, outro determinante do envelhecimento ativo, deve-se ressaltar que os achados dessa pesquisa relativos ao saneamento básico têm uma importante relação com as condições do contexto residencial dos informantes. Isso porque apenas a área urbana do

município pesquisado é abastecida por água da CASAN-SC; a área rural não tem acesso à água tratada por órgãos oficiais. Nesses casos, o tratamento é feito pelos próprios consumidores, que seguem a orientação de serviços e programas especializados como o Programa Microbacias gerenciado pela Empresa de Pesquisa Agropecuária e de Difusão Tecnológica (EPAGRI).

Por outro lado, os aspectos relacionados ao ambiente doméstico têm forte influência de práticas culturais e sociais como, por exemplo, a presença de pisos escorregadios pela aplicação de cera, tapetes soltos em todos os ambientes, degraus e escadas, localização do banheiro principal fora da casa, entre outros. Todos esses são fatores de risco, especialmente para quedas, e, nessa pesquisa, verificou-se que pelo menos em 63,22% dos domicílios algum desses fatores se fazia presente.

Alguns estudos, a exemplo do realizado com idosos do interior do Rio Grande do Sul, revelam que o grupo etário que mais apresenta quedas é o de idosos com mais de 80 anos.¹² O meio rural, devido às condições do próprio ambiente, favorece acidentes domésticos e quedas. O fato de os idosos ficarem a maior parte do tempo em casa faz do domicílio ou arredores o local onde comumente as quedas acontecem.

Os fatores ligados à genética que fazem parte dos determinantes pessoais apontaram que, entre os idosos pesquisados, os riscos para problemas cardiovasculares eram os mais presentes. No entanto, eles apresentaram hábitos de vida, aspectos relacionados com os determinantes comportamentais, bastante saudáveis, podendo-se dizer que funcionavam como elementos protetores da saúde. Os dados levantados mostraram que as idosas, especialmente, faziam baixo uso de cigarro e bebidas alcoólicas, além de manterem uma dieta relativamente equilibrada. Isto vai ao encontro dos dados de pesquisa com octogenários no Rio Grande do Sul, onde o hábito de fumar e beber também estão relacionados ao sexo masculino.¹²

Entretanto, os idosos do estudo ora apresentado quase não realizavam exercícios físicos regulares e, vale destacar que o processo fisiológico do envelhecimento traz perda de equilíbrio, alterações na massa muscular e óssea. Assim, as atividades físicas apresentam-se como uma das formas de minimizar essas perdas, decorrentes do envelhecimento.¹⁹

Em consonância com a saúde física, a saúde mental também deve ser preservada. O hábito de leitura e a realização de outras atividades que

exigem concentração e memória diminuem a incidência de demências, estimulam habilidades de raciocínio, além de favorecer o convívio social, o acesso a informações e o bem-estar dos indivíduos.¹⁷

O grau de satisfação com a vida depende de esperança, visão de futuro, propósito, significado, persistência e autoeficácia. Ao avaliar a própria vida, o indivíduo considera as suas experiências passadas, suas conquistas e fracassos e a própria perspectiva de futuro.¹⁷ Quando os idosos com idades iguais ou superiores a 80 anos avaliam positivamente sua qualidade de vida podemos considerar que suas expectativas de futuro são também favoráveis.¹⁷

Constatou-se que é frequente o uso de medicamentos entre idosos e possivelmente isso se deva à tentativa de amenizar situações decorrentes do envelhecimento, além de tratar as comorbidades, geralmente crônicas, que lhes são comuns. Entre idosos que participaram de estudo em um município da Grande Florianópolis, apenas 8,2% afirmaram que sua qualidade de vida não dependia de medicamentos, o que denota tanto a prática muito frequente de uso destes na velhice, quanto sua associação ao bem-estar subjetivo.¹³

Enquanto determinantes do envelhecimento ativo, os serviços sociais e de saúde podem ser verificados através de promoção da saúde e prevenção de doenças, serviços curativos, assistência em longo prazo e serviços de saúde mental. Os serviços sociais e de saúde podem contribuir, através de ações programadas, para o envelhecimento ativo da população, pois, associadas à redução das reservas biológicas, as chances de aparecimento de comorbidades são ampliadas entre os idosos.

Como a demanda de medicamentos tende a aumentar, as iatrogenias assumem outras dimensões, portanto, devem ser disponibilizadas drogas mais eficientes e seguras, aliadas a um custo diminuído. Os serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças e serviços curativos devem ser ampliados e adequados para o atendimento às necessidades específicas dos idosos.

Autores de um estudo demonstram que os homens procuram menos os serviços de saúde para ações de prevenção de doenças e promoção da saúde do que as mulheres. A explicação desse fato parece ter relação com o gênero, pois existe a alegação de doença e fraqueza atrelada à mulher, além do medo que muitos homens têm de descobrir doença grave ou de expor o corpo.²⁰

Observou-se que a utilização dos serviços de saúde está atrelada à necessidade, visto que

as consultas médicas e odontológicas não são referidas como uma rotina na vida dos idosos. Entretanto, quando os serviços estão direcionados para a prevenção e é utilizada uma estratégia de cuidado focada na atenção aos idosos, como é o caso da vacina contra a gripe, parece melhorar a adesão destes ao serviço de saúde.

De acordo com a Política Nacional da Pessoa Idosa, a família (e, na impossibilidade do cônjuge, os filhos) deve ser a responsável pelo cuidado dos idosos em relação ao atendimento e suas necessidades.²⁰ Cabe aos profissionais de saúde ampliar suas ações para reduzir desconfortos do processo de envelhecimento e criar possibilidades para fomentar o envelhecimento ativo considerando, em sua atenção, a rede de suporte familiar dos idosos.

Um estudo que avaliou vínculo e satisfação de idosos com a atenção domiciliar aponta como vantagens dessa modalidade de assistência o estabelecimento de laços entre os envolvidos na relação de cuidado domiciliar, além de se ter um trabalhador da área da saúde como referência para o atendimento de necessidades ou dúvidas relacionadas ao processo de vida e saúde.²¹ Constatou-se que o suporte dos profissionais de saúde para assistência em longo prazo se dá através da realização de visitas domiciliares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revela que nem todos os determinantes do envelhecimento ativo assumem relevância entre os idosos mais idosos. As dimensões física, emocional, social, econômica e cognitiva, expressas sob fatores como renda, capacidade e saúde física, convívio familiar, redes de apoio social, atividades desenvolvidas diariamente e satisfação com a vida contribuem positivamente e com maior eficácia na avaliação do envelhecimento ativo. Entretanto, quando são experimentados testes de correlação e associação entre esses elementos, e destes com os demais determinantes do envelhecimento ativo, não se evidenciou significância estatística, o que acabou inviabilizando a discussão de coeficientes.

É importante destacar que os determinantes do envelhecimento ativo devem ser atribuídos como metas a serem alcançadas ao longo da vida de todos os indivíduos, a fim de garantir que o envelhecimento seja permeado pela independência e autonomia. Entre idosos mais idosos, como é o caso dos sujeitos deste estudo, alguns determinantes já não podem ser alcançados devido

às limitações impostas pelo próprio processo de envelhecimento.

Faz-se necessário que a política de envelhecimento ativo seja apoiada pelas políticas sociais, de saúde e de educação, pelo mercado de trabalho e emprego, buscando-se redução de mortes prematuras, controle e redução de doenças crônicas entre adultos e idosos, maior participação dos idosos em atividades sociais, culturais, econômicas e políticas e, conseqüentemente, redução de gastos com tratamentos e serviços de assistência à saúde.²

Embora nem todos os idosos logrem êxito em alguns elementos que compõem a avaliação de cada determinante do envelhecimento ativo, pode-se concluir que os desse estudo, em sua maioria, mantêm-se ativos. Evidências de envelhecimento ativo são constatadas quando os idosos tornam-se cada vez mais longevos, mantendo a expectativa de uma vida segura, com possibilidades de participação social acompanhada de melhorias nas condições de saúde e cuidado, com preservação da qualidade de vida.

Uma limitação dessa pesquisa foi o fato de as pesquisadoras não terem utilizado escalas de avaliação cognitiva no momento de seleção dos sujeitos, uma vez que apresentar *déficit* cognitivo era um de seus critérios de exclusão. A avaliação da competência cognitiva utilizada foi baseada na experiência clínica de uma das pesquisadoras e no conhecimento prévio dos sujeitos que a outra pesquisadora possuía, isto é, avaliações bastante subjetivas.

Outra limitação está relacionada ao fato de as pesquisadoras não terem encontrado, na literatura, uma escala que avalie os determinantes de envelhecimento ativo. Construir um instrumento com vistas a avaliá-los foi, sem dúvida, um grande desafio, embora saiba-se que ele necessita ser aprimorado. No entanto, esta foi uma primeira iniciativa com a intenção de averiguar como esses determinantes se expressam no cotidiano da vida de idosos mais idosos. Sugere-se que estudos futuros busquem desenvolver e validar escalas psicométricas que possibilitem a avaliação dos determinantes do envelhecimento ativo na vida dos idosos e sua repercussão em sua qualidade de vida. Assim, será possível ampliar as discussões sobre esta política, contribuindo para melhorar a qualidade e eficácia dos atendimentos das necessidades da população idosa.

Ao finalizar esse estudo, pode-se dizer que um desafio para os profissionais de saúde é estabelecer ações que envolvam o maior número pos-

sível de pessoas cada vez mais jovens, buscando consolidar a política de envelhecimento ativo: acredita-se que eles possam mobilizar as equipes multiprofissionais com vistas a trabalharem em estratégias que atendam todos os aspectos dos determinantes do envelhecimento ativo. Assim, será possível ampliar a perspectiva de qualidade de vida da população idosa no futuro. Conclui-se que independência, autonomia e boa saúde física, aliadas ao desempenho de papéis sociais, fazem com que os idosos mantenham-se ativos, com a sua qualidade de vida preservada ao longo dos anos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica nº 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: MS; 2006.
2. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
3. Carvalho JAM, Andrade FCD. Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad. Santiago (CH): Celade; 2000.
4. Mesquita GV. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Jan-Mar; 18(1):63-7.
5. Nespe-Fiocruz-UFMG. Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais, de gênero e saúde dos idosos no Brasil. 2002. Belo Horizonte: UFMG; 2002 [acesso 2008 Jul 14]. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/destaque/ouro_preto.doc
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (BR). Contagem da População 2007. 2007 [acesso 2009 Set 05]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/populacao/2007_DOU_05_10_2007.xls
7. Nassar SM, Wronski VR, Ohira M. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. [acesso 2009 Set 06]. Disponível em: <http://www.sestat.net>
8. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA; 2002.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2002 [acesso 2009 Out 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/noticias>
10. Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Coletiva*. 2008; 5(24):173-7.
11. Neri AL, organizadora. Qualidade de vida e idade madura. Campinas(SP): Papirus; 2007.

12. Moraes EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Abr-Jun; 17(2):374-83.
13. Martins JJ. Avaliação da qualidade de vida dos idosos que recebem cuidados domiciliares. *Rev Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3):265-71.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (BR). Resultado da amostra do censo demográfico 2000 – malha municipal digital do Brasil – situação em 2001.2001 [acesso 2009 Nov 04]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
15. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Abr-Jun; 17(2):350-7.
16. Silva TE, Rezende CHA. Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de centros de convivência e institucionalizados por meio do questionário genérico Whoqol-bref. [acesso 2009 Out 06]. Disponível em: http://www.propp.ufu.br/revistaelectronica/edicao%202006_1/D/tais_estevao.pdf
17. Neri AL, Freire SA, organizadores. E por falar em boa velhice. Campinas (SP): Papirus; 2000.
18. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer ÂI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Abr-Jun; 17(2):250-7.
19. Siqueira FV. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2007; 5(41):749-56.
20. Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(3):367-73.
21. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Abr-Jun; 17(2):304-12.