

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

ALANA DINIZ CAVALCANTI

**ENVELHECIMENTO ATIVO E DETERMINANTES SOCIAIS
DA SAÚDE**

RECIFE
2016

ALANA DINIZ CAVALCANTI

ENVELHECIMENTO ATIVO E DETERMINANTES SOCIAIS DA
SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de mestre em Gerontologia.

Orientadora: Vanessa de Lima Silva

Co-orientador: Rafael da Silveira Moreira

RECIFE
2016

Catálogo na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

C376e Cavalcanti, Alana Diniz.
Envelhecimento ativo e determinantes sociais da saúde / Alana Diniz Cavalcanti. – 2016.
89 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Vanessa de Lima Silva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Envelhecimento. 2. Saúde do idoso. 3. Determinantes sociais da saúde. I. Silva, Vanessa de Lima (Orientadora). II. Título.

610 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-092)



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, NO DIA 24 DE FEVEREIRO DE 2016.

Aos vinte quatro dias do mês de fevereiro de 2016, às nove horas, nas dependências do programa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a defesa da Dissertação intitulada “**Envelhecimento Ativo e Determinantes Sociais da Saúde**” da aluna **ALANA DINIZ CAVALCANTI**, na área de concentração Gerontologia, sob a orientação do Profa. Dra. Vanessa de Lima Silva e coorientador o Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira. A mestranda cumpriu todos os demais requisitos regimentais para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia. A Banca Examinadora foi indicada pelo programa e homologada pela Diretoria de Pós-Graduação, através do processo N° 23076.006323/2016-02 em 01/02/2016, composta pelos docentes: Profa. Dra. Vanessa de Lima Silva (PPGERO/Orientador), Profa. Dra. Isolda Belo da Fonte (Fundaj-Membro Titular Interno), Profa. Dra. Mirela Bezerra Rodrigues Vilela (Depto. de Fonoaudiologia – Membro Titular Externo), Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal (PPGERO – Membro Suplente Interno) e Profa. Dra. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima (Depto. de Fonoaudiologia – Membro Suplente Externo). Após cumpridas as formalidades, a candidata foi convidada a discorrer sobre o conteúdo da dissertação.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA



Concluída a explanação, a candidata foi arguida pela Banca Examinadora que, em seguida, reuniu-se para deliberar e conceder a mesma a menção da referida Dissertação, que foi a de Aprovada. E, para constar, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, Secretário de Pós-Graduação em Gerontologia, e pelos membros da Banca Examinadora.

Recife, 24 de fevereiro de 2016.

SECRETÁRIO

Manoel Raymundo de Carvalho Neto
SIAPE 1731938

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vanessa de Lima Silva
(Orientadora)

Profa. Dra. Isolda Belo da Fonte
(Fundaj – Membro Titular Interno)

Profa. Dra. Mirela Bezerra Rodrigues Vilela
(Depto. De Fonoaudiologia Membro Titular Externo)

À vida e ao tempo

AGRADECIMENTOS

À Deus pelas oportunidades que me fizeram chegar até esse momento, superando as dificuldades e me fazendo acreditar cada dia mais no valor da vida.

À minha mãe, Ana Maria, grande companheira e melhor amiga. Com você sou mais forte.

À Anita, minha filha e minha luz.

Ao meu marido Chico pelo incentivo e colaborações. Esse resultado é um pouco seu também.

À minha família, apoio de todas as horas.

À professora e orientadora Vanessa de Lima e Silva. Nosso esforço foi conjunto e agora se concretiza.

Ao professor e co-orientador Rafael da Silveira Moreira pelas grandes colaborações.

À George Tadeu Nunes Diniz pelas contribuições apresentadas.

À Equipe de Saúde da Família do Jordão Alto. Em especial aos Agentes Comunitários de Saúde por terem facilitado meu acesso junto as pessoas idosas.

Aos idosos e idosas que fizeram parte desse estudo.

“O senhor escute meu coração, pegue no meu pulso. O senhor avista meus cabelos brancos... Viver – não é? – É muito perigoso. Porque ainda não se sabe. Porque aprender-a-viver é que é o viver, mesmo”.

Guimarães Rosa – “Grande Sertão Veredas”

CAVALCANTI, Alana Diniz. **Envelhecimento ativo e determinantes sociais da saúde**. 2016. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

RESUMO

O envelhecimento no Brasil tem sido experienciado a partir de um perfil de superposição de processos epidemiológicos, associados a desfavoráveis contextos políticos, sociais e econômicos, afetando diretamente a saúde enquanto produto social destas relações. O objetivo geral dessa pesquisa foi analisar a relação entre o envelhecimento ativo e os determinantes sociais da saúde em idosos residentes em uma área coberta pela Estratégia de Saúde da Família. O estudo foi analítico de corte transversal e a população composta pelos idosos acompanhados por uma das Equipes de Saúde da Família atuantes na USF Jordão Alto/Recife. As variáveis independentes foram aquelas referentes aos determinantes sociais da saúde presentes no modelo esquemático criado por Dahlgren e Whitehead. Como variável dependente, foi utilizada a variável latente envelhecimento ativo, criada com a junção de capacidade funcional e qualidade de vida, categorizada posteriormente como “muito ativo”, “médio ativo” e “pouco ativo”. Como parte da análise foi feita associação, inicialmente univariada e depois multivariada, utilizando-se a regressão multinomial através do método *forward*. Observou-se, portanto, que a idade avançada apresenta um risco maior para o envelhecimento “pouco ativo”, assim como, não consumir açúcar e ter renda de até dois salários mínimos. Ser mulher idosa, ter a cor da pele não considerada como branca, não ter convívio familiar e ter até cinco anos de estudo apresentaram-se como fatores de risco para se ter um envelhecimento “médio ativo”. Já o fato de não ter sofrido nenhum acidente de trabalho se caracterizou como um fator de proteção para o envelhecimento. A principal indagação desse estudo obtém como resposta que tal relação é indissociável. Em algum nível sempre se observará a ação de algum determinante afetando o envelhecimento, seja enquanto fator de risco para a sua qualidade, seja como fator de proteção permitindo aflorar todo o potencial de vida dos indivíduos.

Palavras-chaves: envelhecimento; saúde do idoso; determinantes sociais da saúde;

CAVALCANTI, Alana Diniz. **Active aging and social determinants of health**. 2016. Dissertation (Master in Gerontology) – Graduate Program in Gerontology, Health Science Center, Federal University of Pernambuco, Recife, 2016.

ABSTRACT

The aging in Brazil have been experienced from an overlapping epidemiological process profile associated with unfavorable political contexts, socials and economics, directly affecting the health as social product of these relations. The general aim this research was the analysis of relationship between active aging and health social determinants in elders living in a Family Health Strategy. The study was analytical cross-sectional cohort and the population composed by elderly accompanied by Family Health Strategy unit in the neighborhood Jordão Alto/Recife. Independent variables were about the health social determinants presents in the schematic model created by Dahlgren and Whitehead. The latent variable active aging was composed by functional capacity and quality of life and after categorized itself as “very active”, “medium active” and “little active”. As part of the analysis was made univariate association and after multivariate association, using multinomial logistic regression by the forward method. Was observed that advanced age shows a greater risk to “little active aging”, as well as, not sugar intake and have income until two brazilian minimum wages. Be woman elderly, have no considered as white flesh tone, have no familiar relationships and had study up to five years proved to be risk factors to have “medium aging”. While the fact that not suffered anyone occupational accident was a protection for an aging. The main question of this study, about the relationship between active aging and social determinants of health, get an answer that these relationship is inseparable. At any level always will be observed the action of some determinant affecting the aging, whether as a risk factor for its quality, as a protection factor allowing emerge all the potential life of individuals.

Keywords: aging; health of the elderly; social determinants of health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Classificação da variável envelhecimento ativo de acordo com a análise de classes latentes, considerando a média da Escala Lawton e Brody e o do WHOQOL-OLD, o número de observações e as probabilidades no estudo.	37
Tabela 2 -	Descrição dos dados segundo as características individuais relacionadas a idade, sexo e cor da pele das pessoas idosas participantes do estudo.	40
Tabela 3 -	Descrição dos dados segundo o estilo de vida, considerando-se estado civil, tabagismo, uso de bebida alcoólica, dieta, exercícios físicos, estresse e lazer das pessoas idosas participantes do estudo.	42
Tabela 4 -	Descrição dos dados segundo a constituição de redes sociais e comunitárias, considerando-se a convivência com grupo familiar ou afetivo, participação em grupos de convivência, acesso a rede de saúde pública e acesso a rede de assistência social das pessoas idosas participantes do estudo.	43
Tabela 5 -	Descrição dos dados segundo as condições de vida e trabalho relacionados ao tipo de moradia, condições de moradia, esgotamento sanitário, acesso à água, destino do lixo, alfabetização, tempo de estudo, ocupação atual e acidentes de trabalho das pessoas idosas participantes do estudo.	44
Tabela 6 -	Descrição dos dados segundo as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, considerando-se a fonte de renda, o valor da renda em salários mínimos, poluição sonora e poluição do ar para as pessoas idosas participantes do estudo.	45
Tabela 7 -	Descrição dos idosos segundo a variável latente envelhecimento ativo e suas respectivas classificações em muito, médio e pouco ativo.	46
Tabela 8 -	Resultados para o envelhecimento ativo a partir da análise univariada das variáveis referentes às características individuais e estilo de vida das pessoas idosas participantes do estudo.	48
Tabela 9 -	Resultados para o envelhecimento ativo a partir da análise univariada das variáveis referentes às redes sociais e comunitárias dos idosos participantes do estudo.	49
Tabela 10 -	Resultados para o envelhecimento ativo a partir da análise univariada das variáveis referentes às condições de vida e de trabalho dos idosos participantes do estudo.	50

- Tabela 11 -** Resultados para o envelhecimento ativo a partir da análise univariada das variáveis referentes às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais dos idosos participantes do estudo. **51**
- Tabela 12 -** Resultado da análise multivariada para o envelhecimento ativo e os determinantes sociais da saúde a partir do modelo multinomial criado para as pessoas idosas participantes do estudo. **53**

SUMÁRIO

RESUMO	20
ABSTRACT	21
1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL	16
2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO NA SOCIEDADE	16
2.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE	20
2.3 ENVELHECIMENTO ATIVO	25
3 OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	30
4.1 DESENHO DO ESTUDO	30
4.2 DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	30
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	30
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO	31
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	36
4.5.1 ANÁLISE DESCRITIVA	36
4.5.2 CRIAÇÃO DA VARIÁVEL ENVELHECIMENTO ATIVO	36
4.5.3 ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO	37
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	39
5 RESULTADOS	40
5.1 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	40
5.2 ENVELHECIMENTO ATIVO e DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	46
5.2.1 ANÁLISE UNIVARIADA	46
5.2.2 ANÁLISE MULTIVARIADA	52
6 DISCUSSÃO	55
6.1 MANIFESTAÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE OS IDOSOS	55
6.2 ASPECTOS INDIVIDUAIS E CARACTERÍSTICAS DE ESTILOS DE VIDA ...	58
6.3 O CONVÍVIO FAMILIAR COMO UMA REDE SOCIAL E COMUNITÁRIA ..	61
6.4 CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO RELACIONADAS AOS ANOS DE ESTUDO E OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO	62
6.5 RENDA COMO MACRODETERMINANTE SOCIAL	64

7 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	78
ANEXO B - ESCALA DE LAWTON E BRODY.....	85
ANEXO C - WHOQOL-OLD	86

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é considerado um triunfo da humanidade na medida em que expressa a superação das adversidades ao longo da vida e a vitória sobre a morte precoce (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005; PASCHOAL, 2006). O aumento significativo da população idosa no Brasil já é uma realidade e tende a aumentar, requerendo a inclusão de suas demandas nas agendas políticas a fim de que se alcance a dimensão da integralidade e um nível de bem-estar para todos. De acordo com as projeções, o número de pessoas idosas duplica, em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, passando de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se, em 2050, para 64 milhões de brasileiros (IBGE, 2009).

A necessidade de se adicionar qualidade aos anos vividos se torna uma prerrogativa para que as sociedades conduzam esse processo de forma otimizada e estrategicamente positiva para todos. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a velhice é um momento especial e constituinte das relações sociais, políticas e econômicas de uma realidade, e como tal, um processo ativo em todos os aspectos da vida em comunidade. Através do termo envelhecimento ativo introduz-se a perspectiva de pessoa idosa como sujeito participativo em sua própria dinâmica de saúde, indo para além do enfoque baseado nas suas necessidades, buscando-se otimizar as oportunidades em todos os aspectos da vida, validando seus direitos e particularidades nesta fase (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Considerado como um *continuum* que é a vida (PAPALÉO NETTO, 2006), o envelhecimento se desenvolve a partir de experiências individuais que interferem e sofrem interferências de fatores sociais, políticos e econômicos de uma dada sociedade (HEIN; ARAGAKI, 2012). Alguns países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, experimentam o envelhecimento populacional a partir de um perfil particular onde se observa a superposição de processos epidemiológicos, associados a desfavoráveis contextos políticos, sociais e econômicos, afetando diretamente a saúde enquanto produto social destas relações e ocasionando o surgimento das iniquidades.

Lima-Costa e colaboradores (2006) sinalizam para o fato de que no Brasil evidenciam-se as condições de saúde da população idosa influenciadas pela situação socioeconômica, levando-se em consideração ainda, o aumento das desigualdades nas condições de vida dentro desse processo. As iniquidades em saúde, adentrando uma

concepção que vai além das desigualdades, estaria ligada por uma relação injusta, evitável e desnecessária, às condições que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, influenciando a estratificação social nesses termos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011). As desigualdades em saúde seriam as diferenças produzidas pela inserção social do indivíduo relacionadas com a repartição do poder e da propriedade. As iniquidades, por sua vez, estariam ligadas a desigualdade redutível, vinculada às condições heterogêneas de vida (BARATA, 2008).

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) podem ser considerados, então, como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, apontando tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, quanto para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto (SOLAR; IRWIN, 2005). Diversos modelos explicativos procuram relacionar os níveis de determinantes sociais e a situação de saúde conforme estudos desenvolvidos sobre o tema. A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead devido a sua simplicidade, fácil compreensão e visualização, organizado a partir de níveis que identificam a abrangência dos determinantes sobre o indivíduo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Demandando questões complexas a serem desvendadas para a constituição de seu processo, o envelhecimento à luz dos determinantes sociais de saúde possibilita revelar a trama das relações existentes e que cooperam para determinar a velhice de cada indivíduo. O estudo das relações sociais em sua complexidade, e nesse processo a influência que elas exercem e que adentram o corpo humano ao longo de toda trajetória de vida, possibilita uma importante compreensão do próprio ser em sua essência.

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em seu relatório final (2011) assinala como um de seus compromissos a fundamentação de suas análises em sólidas evidências científicas. Tais evidências contribuem para o entendimento de como operam os determinantes e as possíveis intervenções direcionadas ao foco de suas questões, de forma efetiva e eficiente.

Em consonância com o compromisso apontado pela CNDSS, pesquisas que tenham como foco a prevalência dos determinantes sociais sobre populações específicas se tornam relevantes para práticas de saúde. Para a população idosa, estudos dessa natureza tomam importância ainda maior devido à escassez de debates sobre o tema envolvendo o conceito de envelhecimento ativo no Brasil. Os determinantes sociais da saúde nesse sentido, são considerados para a compreensão dos diversos fatores sobre os quais a vida transcorre, influenciando e sendo influenciados pela criação de condições sociais que indicam a posição

da pessoa idosa na sociedade. Assim, foi levantada a pergunta norteadora “Qual a relação entre o envelhecimento ativo e os determinantes sociais da saúde?”

2 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO NA SOCIEDADE

A transição demográfica é considerada um fenômeno das sociedades contemporâneas em todo o planeta. O aumento da esperança de vida tem acontecido parte devido à redução da mortalidade infantil, e parte devido à redução acentuada dos níveis de fecundidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Nasri (2008) chama atenção para o fato de o envelhecimento populacional resultar principalmente do declínio da fecundidade, ocasionando um aumento da proporção de indivíduos idosos e diminuição de indivíduos jovens. Observa-se ainda, o expressivo número da população “muito idosa”, de 80 anos ou mais, como detentoras das maiores taxas de crescimento.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013) informa que até o ano de 2041 a expectativa de vida do Brasileiro ao nascer atingirá os 80 anos, e em 2060 poderá vir a ser de 78,0 e 84,4 para homens e mulheres respectivamente. No ano de 2013 chegou-se a 71,3 anos para os homens e 78,5 anos para as mulheres. Espera-se um acréscimo de mais de 6,7 anos médios de vida para homens e de mais de 5,9 anos para as mulheres nos anos referidos, indicando que prossegue a tendência ao envelhecimento da população no país.

Araújo (2012) informa que no Brasil o advento do envelhecimento populacional se apresenta com características particulares, tendo relação semelhante com outros países considerados emergentes. Nos países desenvolvidos nota-se que a transição demográfica ocorreu de forma gradual e progressiva, sendo acompanhada igualmente pela melhoria dos níveis de saúde em um processo histórico e secular. Já nos países em desenvolvimento, nos quais é possível enquadrar o Brasil, o envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma acelerada, principalmente a partir da década de 1960, não sendo acompanhado na mesma intensidade pelas melhorias na qualidade de vida da população.

Associado as transições demográficas, em geral tem-se as modificações de perfil epidemiológico, caracterizada pela evolução progressiva de um perfil de grande incidência de mortalidade por doenças infecciosas para um perfil em que predominam óbitos por doenças crônico-degenerativas. O Brasil, não passando por essa transição de forma linear, explicaria o

seu fenômeno a partir de uma transição prolongada vivendo uma situação mista de adoecimento (LEBRÃO, 2007).

Há, portanto, uma superposição de etapas epidemiológicas no país, uma vez que não se superou antigas doenças persistentes - infecto-parasitárias - e a população já se depara com novos agravos típicos de países desenvolvidos - doenças não transmissíveis/crônico-degenerativas (CHAIMOWICZ, 2006). Soma-se a isso o forte crescimento das causas externas afetando a saúde dos indivíduos. Atribui-se então, uma tripla carga de doenças para o padrão epidemiológico brasileiro repercutindo em todo o processo de envelhecimento (MENDES, 2010).

Esse quadro demográfico aponta para a necessidade de compreensão do complexo processo de envelhecimento, o qual embora tenha sido entendido ao longo da humanidade como uma consequência natural da vida, têm suas características por vezes desconhecidas para boa parte das pessoas. Tal fato acaba por acarretar associações equivocadas de velhice enquanto decadência, inatividade e bastante comedimento de participação (BRITTO da MOTTA, 2006), engessando opiniões sobre esta fase da vida como algo dado e imutável, a que muitos temem.

Sabe-se que não existe um consenso sobre o que é velhice, mas que se trata de um fenômeno heterogêneo na sociedade atual (MARIN et al, 2012). Papaléo-Netto (2006) afirma que as discussões sobre a dificuldade de se definir o início do envelhecimento se devem a inexistência de marcadores biofisiológicos eficazes e confiáveis que o caracterize, sendo possível admiti-lo como a fase de todo um *continuum* da vida. Nesse sentido, compreende-se o envelhecimento iniciando-se com o momento de concepção humana e encerrando-se somente com a morte.

Em sua complexidade, a velhice expõe um processo pelo qual todos os seres vivos tendem a passar de forma natural - nascer, crescer e morrer. No entanto, as construções sociais e culturais que perpassam tais acontecimentos da vida é que possibilitam a edificação das mais diferentes representações do envelhecimento (MINAYO; COIMBRA JR., 2002). Nesse sentido, o sistema social se apropria do processo biológico, dando-lhe um significado e uma simbologia dentro das relações que se formam na sociedade.

Uchôa e colaboradores (2002) acrescentam que só mais recentemente a velhice constituiu-se em objeto de análise de enfoque antropológico, dando início a um processo de superação de uma visão orgânica associada a deterioração humana e ausência de papéis sociais. Uma abordagem ampla do envelhecimento deve situar suas reflexões a partir de

contextos sociais e culturais próprios, investigando-se a interação entre tais agentes e os marcadores biológicos.

Ligadas a tais contextos socioculturais as representações sobre a velhice em boa parte do mundo ocidental se interligam aos contextos econômicos do capitalismo adquirindo a face da exclusão social, enquanto processo não produtivo e terminal da natureza (BRITTO da MOTTA, 2002). Nesse processo de exclusão, o seu interior ainda concentra a desigualdade de gênero, se configurando na mulher idosa de maneira ainda mais incidente, determinando sua posição e papel na sociedade. Aliada a todos esses fatores, a conceituação sobre o envelhecimento passa também pelo julgo da auto percepção.

Segundo documento lançado pelo Centro Internacional de Longevidade Brasil (2015), o discurso de superioridade masculina presente em boa parte das culturas no mundo, repercute negativamente sobre a mulher, principalmente a idosa. O avanço da idade e diferenças biológicas relacionadas com o sexo, agravada pelo efeito cumulativo das desigualdades sociais ao longo da vida, levam a uma maior morbidade e incapacidade. Com maridos geralmente mais velhos do que elas e com dependência financeira, as mulheres também são muito mais propensas a ficarem empobrecidas e sozinhas na velhice. Tais fatos relacionados ao gênero mostram a importância desse fator na composição da representação da velhice na sociedade.

Algumas teorias vêm sendo formuladas no campo da gerontologia a fim de formular explicações sobre o envelhecimento nas sociedades e as inter-relações estabelecidas entre os idosos e as demais idades. De tais teorias Doll e colaboradores (2007) trazem que três teorias principais vem permeando as discussões e ações sobre a velhice desde o início do século XX até os dias atuais.

A primeira teoria seria a da atividade, sugerindo que a participação do idoso em atividades de diversos domínios da vida, bem como a manutenção das mesmas ao longo da vida até a velhice implicam em níveis elevados de bem-estar e satisfação (DOLL et al, 2007). Com uma teoria gerontológica organizada predominantemente sobre a perspectiva de estilo de vida ativo na idade avançada e satisfação pessoal com a vida, o ponto de vista da teoria da atividade se baseou e tornou-se forte a partir dos anos de 1950.

Siqueira (2008) traz que, como proposição básica dessa teoria, o declínio em atividades físicas e mentais seria fator preponderante nas doenças psicológicas da pessoa idosa. Sendo assim, para manter um autoconceito positivo, idosos e idosas devem substituir seus papéis sociais perdidos por novos, resultando assim, num bom envelhecimento.

Em contraponto a esta visão, em 1961 foi desenvolvida a teoria do desengajamento por Cumming e Henry na obra intitulada *Growing Old*, representando a primeira tentativa de explicar o processo de envelhecimento a partir das mudanças da interação entre o indivíduo e a sociedade (DIAS et al, 2011). Nessa teoria afirma-se que a gradual e inevitável retirada mútua entre pessoas idosas e sociedade beneficia a ambos, indivíduos e comunidade (LYNOTT; LYNOTT, 1996). Expõe ainda uma naturalidade no desligamento sucessivo do idoso de suas atividades sociais, sendo este fato revertido positivamente para o seu bem-estar. Tal aspecto partiria de um senso comum no qual as pessoas idosas estão menos envolvidas na vida social e com os acontecimentos ao seu redor do que quando elas eram mais jovens (DOLL, 2007).

Observa-se também como característica típica dessa primeira identificação da teoria do desengajamento, a ênfase na perspectiva da funcionalidade, uma vez que a pessoa idosa se desligando da sociedade daria espaço aos mais jovens em termos de papéis sociais. Outra característica seria a mutualidade, identificada como o processo mútuo de afastamento entre a sociedade e a pessoa idosa na mesma proporção e a inevitabilidade do desengajamento, como processo natural e espontâneo. Como última característica ressalta-se que o desengajamento se trata de um pré-requisito funcional para a estabilidade social (SIQUEIRA, 2008).

Diante de suas características, Siqueira (2008) complementa afirmando ainda que a inicial teoria de desengajamento sofreu críticas que possibilitaram sua reformulação por diversos autores. Apesar de suas limitações também possibilitou um profundo impacto no campo gerontológico, tendo em vista que abriu espaço para novas discussões sobre alguns elementos, tais como a questão da exclusão de idosos de papéis sociais.

Por fim, é possível citar a teoria da modernização como grande contributo teórico para a representação social da pessoa idosa. Se distinguindo das anteriores em que há um foco comportamental do indivíduo, esta centra-se numa análise de inserção social e *status* da pessoa idosa nas diferentes sociedades (DOLL, 2007).

Conceito diretamente ligado ao processo de industrialização, afirma que o *status* da pessoa idosa está diretamente ligado ao nível de industrialização da sociedade. Ou seja, em sociedades pré-industriais, a pessoa idosa possui alto *status* uma vez que há um maior controle dos escassos recursos e do conhecimento da tradição. Da mesma forma, nas sociedades industrializadas, a tendência é de perda de *status*. Surgida na década de 70 e baseada no estruturalismo funcional, lógica de pensamento que, dentre outras coisas, observa a realidade social de forma não histórica e formal, a teoria da modernização atualmente é rejeitada sob o argumento de que lhe falta a incorporação de variáveis como gênero,

raça/etnia, classe social, dentre outros fatores ao estudo do envelhecimento (SIQUEIRA, 2008).

2.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Olhar para as condições em que a vida se desenvolve possibilita adentrar uma perspectiva de saúde complexa e integral, fruto das relações que se estabelecem em sociedade. A saúde nesse sentido, é entendida como um valor em permanente transformação, produto de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos (MENDES, 1996). Como valor, também possibilita inferir níveis de bem-estar de uma população, expressando as condições em que se desenvolvem essas relações, por vezes conflituosas e desiguais, mas sempre imersas em determinantes que permitem uma aproximação de sua compreensão.

A compreensão da saúde a partir do escopo da determinação social entende que sua explicação maior está na forma como a sociedade está organizada para a produção da vida material e social. Relaciona-se, portanto, com as forças produtivas e relações sociais de produção, situadas historicamente em uma certa formação social (MOREIRA, 2013).

Para Moreira (2013), observa-se ainda que a saúde, enquanto fenômeno eminentemente humano requer uma compreensão que vá além dos enfoques causais e envolva sua caracterização mediante fenômenos da própria sociedade. Mergulhada num enfoque dialético, a determinação social da saúde é explicada através da observação de processos macros, tais como modo de produção, modelo econômico e civilizatório, identificando as particularidades existentes na reprodução social cotidiana onde encontram-se as singularidades. Num eterno processo de contradições, as inter-relações vão se explicando, tendo em vista ainda a observação do todo presente em cada parte, repleta de historicidade, e a parte retomada ao todo nas dimensões constitutivas da determinação social.

Importa lembrar também que o estado de saúde além de refletir as circunstâncias da vida atual incorpora ainda as circunstâncias anteriores, influenciada pelas condições materiais e psicossociais vivenciadas (BARATA, 2005). Nesse sentido, os aspectos sociais na conformação da saúde podem ser compreendidos a partir da perspectiva do curso de vida como um importante marcador nesse processo. Krieger (2001) não obstante, informa que os indivíduos sofrem com estímulos e processos danosos que tem significados e duração ao

longo da vida, podendo alguns desses serem reversíveis, sendo assim uma importante questão de saúde pública.

A perspectiva do curso de vida traz que o envelhecimento se constitui ao longo de toda a vida, desde o nascimento até a morte, sendo assim um fato a ser compreendido a partir de um processo social, psicológico e biológico. É um construto moldado pelo contexto, pela estrutura social e pelos significados culturais, incorporando uma visão dinâmica que permite observar o curso de vida em sua totalidade e as trajetórias vividas em sua heterogeneidade (SIQUEIRA, 2008).

Tal paradigma serve de base também para a compreensão de estratos etários, critérios de classe social, etnia, profissão e educação enquanto componentes formados socialmente e definidores de papéis e lugares de grupos, tais como os da pessoa idosa e o de crianças na estrutura da sociedade. Segundo essa perspectiva as pessoas avançam em seus desenvolvimentos compartilhando experiências socioculturais mutuamente. Dessa forma pode-se afirmar que os estágios de desenvolvimento humano são de ordem sociogenética, ou seja, são construídos socialmente a partir das expectativas sociais e dos acontecimentos ocorridos durante toda a vida (NERI, 2008).

Nesses termos, os vários fatores sociais causam impacto na saúde contribuindo significativamente para o surgimento de disparidades entre os diferentes grupos sociais e, mais profundamente, contribuem para o surgimento das iniquidades em saúde. Categoria moral profundamente inserida nas relações políticas e de poder, estas iniquidades na saúde são construídas e baseadas em direitos humanos (SOLAR; IRWIN, 2005).

De uma forma geral, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) podem ser compreendidos como os “fatores sociais, econômicos, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006, p. 2005). Assim, as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com a sua situação de saúde, observando-se que potencialmente podem ser alterados através de ações que se baseiem em informações.

Para Fleury-Teixeira (2009), a determinação social da saúde vai além dos males provenientes da exposição a riscos fisiológicos característicos da pobreza (exposição a agentes biológicos, químicos ou físicos danosos, deficiência nutricional, desgaste físico generalizado, etc.), mas envolve igualmente a dimensão psicossocial (nível de autonomia e de segurança, balanço entre esforço e recompensa, bem como entre as expectativas, realizações e frustrações ao longo da vida).

Atacar as causas das doenças e das iniquidades a partir da identificação de seus determinantes e que potencialmente podem ser transformados para a superação, são caminhos possíveis para se atingir a justiça social (GEIB, 2012). Esta, por sua vez, é entendida como o meio pelo qual a sociedade, a partir de seu governo, tem possibilidades de escolher livremente sua situação de saúde, a medida em que os meios são assegurados para tanto (ALMEIDA-FILHO, 2009).

Segundo Adler (2006) é possível identificar quatro gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde. A primeira geração procura descrever as relações entre saúde e pobreza, juntamente com a raça e etnia. A segunda geração é chamada era do gradiente, onde se descreve as associações entre saúde e pobreza a partir de estratos socioeconômicos. A terceira geração seria a era do mecanismo, procurando-se descrever os efeitos da pobreza na saúde e a sua relação na instituição de determinadas doenças e condições. Por fim, a quarta e atual geração aborda as três primeiras, no entanto, buscando um refinamento maior nas análises, reconhecendo que as categorizações precisam de um maior aprofundamento, podendo seu significado variar entre os diferentes grupos.

O enfrentamento das iniquidades em saúde envolve ações não apenas no sistema de atenção à saúde, mas exige também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas que dialoguem e planejem em conjunto suas intervenções (BUSS; CARVALHO, 2009). Sobretudo, que as políticas de desenvolvimento propiciem uma distribuição mais equânimes dos recursos socialmente produzidos, priorizando o bem-estar dos indivíduos.

Uma abordagem desejável e eficaz exige ainda mudanças sociais profundas, incluindo-se as concepções políticas que sustentam e que são responsáveis pelas desigualdades e pelas injustiças sociais (COSTA, 2009). Compreender as mediações que se entrecruzam e os níveis de influência que lhes são conferidas na geração do processo de saúde também se configura como um desafio para os estudos dos determinantes sociais em saúde.

Diversos modelos têm sido criados para explicar esse processo que não é simples e direto, mas complexo, servindo para identificar onde e como devem ser feitas intervenções para que reflitam um maior impacto no combate às iniquidades. É possível observar a classificação em três tipos de abordagens, sendo elas as psicossociais, presentes nas relações a partir das percepções sobre desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e a situação de saúde; a produção social da doença/economia política da saúde, observando-se influência das diferenças de renda em sua constituição; e a teoria ecossocial/fatores multiníveis relacionados

que buscam a integração numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; TAMBELLINI; SHUTZ, 2009)

Buss e Pellegrini Filho (2007) identificam ainda outro enfoque, o qual procura analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre os indivíduos e os grupos. O principal impacto negativo na situação de saúde gerada pelas iniquidades pode ser observado no desgaste do chamado capital social, na medida em que fragiliza as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos na sociedade.

Alguns modelos têm sido criados ao longo do tempo para explicarem as inter-relações existentes entre os determinantes sociais da saúde. Solar e Irwin (2005) trazem que, dentre os principais modelos propostos são possíveis de serem citados os criados por Diderichsen e Hallqvist (1998), Mackenbach (1994), Marmot e wilkinson (1999) e Dahlgren e Whitehead (1991).

Solar e Irwin (2005) trazem também que no modelo criado por Diderichsen observou-se uma ênfase na estratificação social criada pelo contexto social, na qual os indivíduos são posicionados na sociedade têm suas oportunidades de saúde definidas. Tal modelo propicia ainda a discussão sobre ações políticas a serem trabalhadas sobre os fatores que prejudicam a saúde, podem diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos e as que previnem as desigualdades que prejudicam a saúde. O modelo de Mackenbach teria seu foco voltado para explicar os mecanismos geradores de desigualdades na saúde. Inclui a perspectiva de atuação de fatores culturais e psicológicos, além do ambiente da infância como contribuidores das desigualdades na saúde durante a vida do indivíduo.

Marmot e wilkinson, por sua vez, desenvolveram um modelo explicativo que faz uma ligação entre a perspectiva da saúde clínica e a perspectiva da saúde pública. Liga ainda a saúde ao padrão socialmente construído e a doença ao padrão material, psicossocial e comportamental dos indivíduos, além dos fatores genéticos, de infância e culturais (SOLAR; IRWIN, 2005).

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) adotou o modelo explicativo criado por Dahlgren e Whitehead para buscar a compreensão das inter-relações existentes entre os determinantes sociais e sua implicação na saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Dividido por níveis, o modelo coloca o indivíduo no centro da figura, e tem idade, gênero e fatores genéticos influenciando seu potencial de saúde. O nível imediatamente externo demonstra o comportamento e o estilo de vida das pessoas que, expostas a

circunstâncias de desvantagem tendem a exibir barreiras maiores para a escolha de um estilo de vida mais saudável. A sociedade e a comunidade são representadas no nível posterior, influenciando as interações sociais e pressionando a constituição do comportamento pessoal. No próximo nível, identificam-se os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais. O último nível inclui as condições socioeconômicas, culturais e ambientais mais prevalentes na sociedade e que influenciam as demais camadas, considerando-se ainda o processo de globalização como determinante supranacional (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead sobre determinantes sociais da saúde.



Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (2008)

A partir do modelo de Dahlgren e Whitehead é possível identificar pontos de intervenções de políticas, sendo eles: o fortalecimento dos indivíduos, o apoiando em circunstâncias desfavoráveis construindo estratégias motivadoras que permitam alterar seu comportamento em relação aos fatores de risco; o fortalecimento das comunidades, tendo como foco a união para o apoio mútuo; a melhoria do acesso a locais e serviços essenciais, buscando-se a formulação de ações integradas entre os setores; e o encorajamento macroeconômico e mudanças culturais, promovendo-se oportunidades iguais a todos (SOLAR; IRWIN, 2005).

É válido ressaltar que algumas críticas recaem sobre esse modelo alegando-se sua limitação quanto ao estabelecimento de inter-relações entre os níveis de determinantes devido

à falta de indicadores que permitam a sua operacionalização (SOBRAL; FREITAS, 2010). A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde, no entanto, reconhece tais limitações e a existência de outros modelos mais complexos de análises. Ela justifica a escolha desse modelo devido a sua fácil compreensão, clara visualização e simplicidade.

2.3 ENVELHECIMENTO ATIVO

Embora seja um fato almejado, contraditoriamente o envelhecimento populacional se torna um problema para sociedades que não conseguiram se organizar diante da demanda e adequadamente dar um suporte a população idosa. Nota-se, então, que não basta ter um aumento na expectativa de vida. Faz-se necessário adicionar qualidade aos anos para que sejam plenos de significado e dignidade (PASCHOAL, 2006).

Minayo (2012) acrescenta ainda que o conceito de velhice vem sendo modificado, uma vez que ritos de passagem que o anunciavam estão caindo em desuso. Outro sentido se coloca à tona, onde se percebe cada vez maior a presença das pessoas idosas no desenvolvimento socioeconômico, político e cultural do país, sendo esse momento da vida considerado produtivo e prazeroso. A perspectiva de idosos e idosas incluídos socialmente e de forma ativa, adentra um novo olhar lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para as políticas públicas voltadas ao seguimento.

Designando o envelhecer como uma experiência positiva (ALBUQUERQUE, 2005), a OMS adota o conceito de “Envelhecimento Ativo” para expressar uma nova lógica do processo nas sociedades. Voltado tanto para o indivíduo quanto para o grupo, o Envelhecimento Ativo procura promover condições para que as pessoas consigam chegar à velhice de forma ativa, mantendo-se nessa condição ao longo da vida, independentemente de sua saúde física.

Espera-se assim que as pessoas experimentem o processo com qualidade de vida e, sempre que possível, continuem a contribuir com a sociedade por meio de suas experiências e agindo como cidadãos atuantes (VICENTE, 2012). Considera-se também que a pessoa idosa tem muito a oferecer aos demais membros da sociedade, além de dispor, muitas vezes, de tempo para organizar ações e se manter em funcionamento.

A partir da descoberta de novas possibilidades e potencialidades, o envelhecimento ativo almeja o empoderamento das pessoas para que enfrentem os desafios que as limitações

da idade possam ocasionar. Para tanto, os serviços públicos são instâncias proporcionalizadoras das condições para a fluidez da vida, considerando o contexto familiar e a rede social dentro dessa realidade (FERREIRA et al, 2012).

De São José e Teixeira (2014) informam que o envelhecimento ativo encontra suporte teórico em algumas vertentes gerontológicas. As formulações mais radicais se apoiariam na chamada “teoria da atividade”, em que se observa o discurso de manutenção de atividades e papéis sociais nas fases mais adiantadas da vida, porém muito criticada por, dentre outros motivos, homogeneizar a população idosa e negligenciar as desigualdades de oportunidades e recursos. Formulações mais moderadas, por sua vez, se inspirariam na “teoria da continuidade”, sugerindo a importância da qualidade das atividades em detrimento da quantidade em que são realizadas pela pessoa idosa. Contudo tal teoria sofreria críticas profundas e semelhantes à primeira teoria apresentada.

Observa-se, portanto, que o conceito de envelhecimento ativo passaria por diversas vertentes, variando conforme diferentes intensidades nas esferas política, acadêmica e profissional em todo o mundo.

O termo “Envelhecimento Ativo” foi adotado pela OMS no fim dos anos 90. Em 2002 ele tomou força ao ser incorporado pelo Plano Internacional de Ações sobre o Envelhecimento (PIAE), lançado em Madri durante a Segunda Assembleia Mundial para o Envelhecimento (FARIAS 2010).

No Brasil tomou impulso recentemente após reivindicações da sociedade civil durante a 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa em 2011 e o lançamento do Decreto de número 8.114 pela Presidente Dilma Roussef, no dia 30 de setembro de 2011. O referido decreto afirma o compromisso nacional para o Envelhecimento Ativo entre todos os entes federativos, em colaboração com a sociedade civil para a valorização, promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa. Para tanto o decreto institui ainda uma comissão interministerial envolvendo diversas áreas para articulação de ações entre os diferentes órgãos públicos (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2013)

O documento “Envelhecimento Ativo: um marco para a elaboração de políticas” contém recomendações destinadas às políticas de saúde na área do envelhecimento, e leva em consideração a necessidade de intervir sobre os determinantes da saúde presentes ao longo da vida (FARIAS, 2010). Questões ligadas aos aspectos sociais, de gênero, comportamentais, pessoais, culturais e de ambientes físicos, além do acesso a serviços deveriam ser discutidos e efetivamente trabalhados para a qualidade do envelhecimento e bem-estar da pessoa idosa.

Buscou-se pensar caminhos a partir da otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida no percurso da existência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Segundo o referido documento da OMS, o adjetivo “ativo” acrescentado ao termo envelhecimento tem o peso de inserir as demandas próprias da pessoa idosa nos diversos setores de forma ampla, considerando ainda aspectos subjetivos da existência.

Almeida (2007) aprofunda a discussão sobre esses pilares, trazendo que a noção de participação se associa a uma concepção de atividade social que, indo muito além das ações físicas e laborais, permeia um envolvimento cívico, econômico e cultural do idoso. O pilar da segurança, por sua vez, engloba a ideia de proteção, dignidade e cuidados, principalmente àqueles idosos e idosas mais necessitados. Por fim, o pilar da saúde vincula-se a concretização do potencial de bem-estar, tendo os componentes mental e social a mesma importância que o componente físico ao longo de toda a vida.

O documento lançado pelo Centro Internacional de Longevidade no Brasil, em 2015, acrescentou um quarto ponto a esses pilares do envelhecimento ativo lançados pela Organização Mundial da Saúde, o qual aborda a discussão sobre o “aprendizado ao longo da vida”. Diante das rápidas mudanças em nível global, a aprendizagem contínua é um pilar que envolve os outros pilares e prepara os indivíduos para se manterem saudáveis e engajados na sociedade ao longo da vida. O aprendizado, seja ele no contexto formal da escola ou informal da vivência cotidiana é considerado um dos componentes mais importantes do capital humano no mundo em envelhecimento.

Mostrando-se ser um conceito multidimensional, é possível afirmar que não há uma definição fechada do Envelhecimento Ativo. No entanto, conforme afirma Bowling (2008), ele tem sido descrito a partir de termos que envolvem a velhice numa lógica de participação, independência e atividades significativas que contribuem para um bem-estar.

A noção de saúde trazida pelo conceito de envelhecimento ativo deve ser entendida como um recurso à vida e não o seu fim único. Isto implica afirmar que a saúde se torna uma condição essencial para que os mais velhos possam se manter independentes e continuar a viver com suas famílias e comunidades (LOPES, 2007).

“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” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 13). Esse enfoque envolve o idoso para além de seus aspectos físicos, contemplando os que são frágeis, incapacitados e que requerem cuidados.

Boudiny (2013) acrescenta que políticas que trabalham com o envelhecimento ativo devem centrar suas ações no engajamento com a vida em geral, promovendo a adaptabilidade, remoção de barreiras relacionadas a idade ou dependência no intuito de favorecer sempre o envolvimento com a vida.

Tais políticas, no entanto, devem ter o cuidado de não cair sobre o viés da valorização dos atributos pessoais e não direcionar a noção de envelhecer ativamente para àqueles mais dinâmicos e autônomos, e assim aumentar o estereótipo de “velho ativo” e de “velho dependente” (QUARESMA, 2008).

Pensar o envelhecimento sob a ótica da construção ativa é romper com concepção de estudos baseados nos parâmetros de idade e ampliar o espectro de abordagem para outras instâncias que envolvem a vida. Dialogar com as diversas políticas é potencializar os caminhos para a efetivação de uma política de envelhecimento ativo com impactos positivos reais na sociedade. Eliminar forma de segregação pela idade, criar políticas de formação continuada, ter acesso à informação e empoderar o indivíduo são meios adequados de se proporcionar esse envelhecimento. (COMBINATO et al, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a relação entre os determinantes sociais da saúde e o envelhecimento ativo em pessoas idosas residentes em uma área coberta pela Estratégia de Saúde da Família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever os determinantes sociais da saúde presentes na população de estudo;
- b) Caracterizar o envelhecimento ativo na população idosa participante;
- c) Analisar a associação entre os determinantes sociais da saúde e o Envelhecimento Ativo.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Para a presente dissertação foi desenvolvido um estudo quantitativo, de corte transversal, com abordagem analítica.

4.2 DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O local de estudo foi o território de seis micro áreas cobertas pela Equipe 1 da Unidade de Saúde da Família Jordão Alto, localizada no bairro de mesmo nome, na cidade do Recife/PE. A Unidade localiza-se no Distrito Sanitário VI do município, microrregião 6.2 e conta com três equipes de saúde da família, composta cada uma por médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e Equipe de saúde Bucal (cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal). O território abrangido pela Equipe 1 da Unidade conta com 6 micro áreas, todas cobertas por Agente Comunitário de Saúde.

Observa-se como características do território que se trata de uma área de morro, portanto as ruas são compostas em sua maioria por ladeiras, algumas asfaltadas, outras não e algumas mais estreitas com presença de escadarias.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi formada pelos idosos residentes em seis micro áreas cobertas pela Equipe 1 da Unidade de Saúde da Família Jordão Alto. Foi considerada pessoa idosa àquela que no momento da coleta dos dados apresentou idade de 60 anos ou mais, conforme estipulado pela legislação brasileira (Constituição Federal e Estatuto do Idoso).

Juntas, as seis micro áreas atendem a uma população de 1.120 famílias. Desse total, o número de idosos e idosas cobertos foi de 291 até o momento de realização de coleta dos dados.

Para a pesquisa foram excluídos aqueles indivíduos que apresentaram comprometimento cognitivo grave que impossibilitou a obtenção de respostas às perguntas apresentadas nos questionários. Também ficaram fora da pesquisa aqueles idosos e idosas que não foram encontrados por motivos de viagem ou trabalho durante a busca no território, realizada durante o dia, das 8:00 às 18:00. Vale ressaltar ainda os idosos e idosas que não quiseram participar da pesquisa, tendo em vista tratar-se de uma participação voluntária. Ao final do processo de coleta dos dados participaram 155 pessoas idosas.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram consideradas como variáveis independentes aquelas referentes aos determinantes sociais da saúde presentes no modelo esquemático criado por Dahlgren e Whitehead (1991). Tais variáveis tiveram suas definições e categorizações descritas, conforme o quadro 1. Devido à complexidade das variáveis que o modelo apresenta, a abordagem que foi feita nesse estudo se limitou a colher apenas indicativos de suas manifestações na população de estudo, sem exercer uma análise mais profunda sobre as mesmas.

Quadro 1: Descrição das variáveis independentes conforme modelo de Dahlgren e Whitehead para os determinantes sociais de saúde.

Variável	Definição	Unidade de Análise/Categorização
Idade	Nº de anos desde o nascimento até à época que se fala conforme relatado pelo idoso (HOUAISS, 2009)	60 a 69 anos 70 a 79 anos ≥ 80 anos
Sexo	Conformação física, orgânica, celular, particular que permite distinguir o homem e a mulher (HOUAISS, 2009)	Masculino Feminino
Cor da pele/raça	Autoatribuição de cor conforme relatado pelo idoso (IBGE)	Branca Preta/amarela/Parda/Indígena

Variável	Definição	Unidade de Análise/Categorização
Estado civil	Classificação do estado civil do idoso (IBGE)	Casado(a) Desquitado(a)/separado(a) judicialmente/Divorciado(a)/Viúvo(a)/Solteiro(a)
Tabagismo	Hábito de fumar o tabaco	Não Tabagista Tabagista Ex-tabagista
Consumo de álcool	Uso de bebida alcoólica, pelo menos 1 vez/mês (SABRY; SAMPAIO; SILVA, 1999)	Não consumidor Consumidor Ex-consumidor
Dieta	Autopercepção do idoso sobre a saúde nutricional	Excelente/Boa Regular/Ruim/Muito Ruim
Consumo de frutas	Consumo de frutas pelo menos uma vez por semana	Consome Não consome
Consumo de folhas	Consumo de folhas verdes (alface, rúcula, agrião, etc.) pelo menos uma vez por semana	Consome Não consome
Consumo de alimentos gordurosos	Consumo de alimentos gordurosos (batata frita, pizza, coxinha, etc.) pelo menos uma vez por semana	Consome Não consome
Consumo de açúcar	Consumo de alimentos com açúcar pelo menos uma vez por semana	Consome Não consome
Exercícios físicos	Realização de atividade física regular durante 5 dias na semana por 30 minutos no mínimo: caminhada, dança, hidroginástica, alongamento, natação, musculação, etc. (HASKELL, 2007)	Realiza Não realiza
Estresse	Vivência sob pressão, tensão, ansiedade, com esgotamento auto referido (HOUAISS, 2009)	Sente Não sente
Lazer	Tempo de folga, passatempo, ócio, descanso, distração ou entretenimento (HOUAISS, 2009)	Pratica Não pratica
Tipo de Informação	Meio veicular pelo qual a pessoa idosa se torna ciente das informações	Televisão Outros (rádio/jornal/internet)
Tipo de moradia	Tipo de espaço em que habita o idoso (IBGE)	Casa Apartamento Rústico (taipa, madeira aproveitada, etc) Quarto/cômodo
Condição de	Estado de aquisição do espaço onde	

Variável	Definição	Unidade de Análise/Categorização
moradia	habita o idoso (IBGE)	Própria Alugada Cedida
População Residente	Moradores presentes e ausentes na data da entrevista por período não superior a 12 meses em relação àquela data (IBGE)	—————
Esgotamento sanitário	Escoadouro do banheiro de uso dos moradores dos domicílios particulares (IBGE)	Rede Coletora Fossa Escoamento (vala, rio, etc.)
Origem da água	Percurso feito pela água para obtenção da mesma e uso para consumo humano (banho, cozimento, lavagem de roupas, etc.)	Rede geral Poço/nascente
Coleta de lixo	Destino dado ao lixo produzido em domicílio (IBGE)	Coletado Outros (queimado, enterrado, etc.)
Poluição Sonora	Incômodo pessoal pela intensidade excessiva de ruídos desagradáveis e/ou prejudiciais (HOUAISS, 2009)	Incomoda Não incomoda
Poluição do ar	Presença no ar de partículas em suspensão, líquidas ou sólidas, ou de gases que representam a partir de certa concentração um transtorno ambiental: fumaça, lixo, produtos químicos, etc. (HOUAISS, 2009)	Incomoda Não incomoda
Alfabetização	Pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhece (IBGE)	Sim Não
Anos de estudo	Número de anos de estudo relatados pelos idosos	≤ 5 anos de estudo > 5 anos de estudo
Ocupação Atual	Atividade com finalidade lucrativa exercida pela pessoa idosa no momento	Não exerce Comércio Serviços
Fonte de renda	Fonte de aquisição da remuneração mensal recebida pela pessoa idosa	Trabalho (formal ou informal) Outros (Aposentadoria Benefício social, terceiros)
Valor da renda	Valor em salários mínimos recebido mensalmente (considerado o valor vigente R\$ 788,00)	1 SM 2SM 3 ou + SM
Acidentes de		Sofreu

Variável	Definição	Unidade de Análise/Categorização
trabalho	Qualquer lesão corporal, perturbação funcional ou doença que, ocorrendo no exercício do trabalho ou em consequência dele, determine a morte do empregado ou a perda, total ou parcial, permanente ou temporária, de sua capacidade para o trabalho (HOUAISS, 2009)	Não sofreu
Convívio com grupo familiar e de forte afeição	Visitação a parentes ou amigos com frequência (2x por semana)	Existe Não existe
Participação em grupos de convivência	Participação em grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores, grupos de convivência e clubes de recreação.	Participa Não participa
Acesso à rede de assistência à saúde pública	Serviços de atenção básica (USF, PACS, CAPS, etc.); serviços de média e alta complexidade (Policlínicas, Hospitais, UPA, etc)	Utiliza Não utiliza
Acesso à rede de assistência social	Serviços de baixa complexidade (CRAS); Serviços de média e alta complexidade (CREAS, Abrigos, etc.)	Utiliza Não utiliza

Fonte: elaborado pela autora.

As variáveis dependentes, por sua vez, foram escolhidas para uma aproximação da caracterização do conceito de envelhecimento ativo nos participantes. Após uma busca na literatura por um instrumento que pudesse proporcionar essa avaliação nos idosos, nada devidamente validado foi encontrado. Foi realizada, então, a contactação de alguns autores renomados nos estudos gerontológicos para saber deles se há de fato algum instrumento de seu conhecimento, porém os mesmos confirmaram a ausência de tal ferramenta.

Esses mesmos autores, entendendo o conceito como amplo e sem uma precisão absoluta, orientaram a realizar esta avaliação através da utilização de vários instrumentos epidemiológicos que permitam afirmar a condição plena do indivíduo em seu dia a dia de forma saudável.

Levando-se em consideração esse fato sobre o Envelhecimento Ativo, e tentando-se abarcar as sugestões lançadas pelos autores contatados, foi feito um recorte para melhor investigação do objeto. Tendo em vista o que traz o documento oficial da Organização Mundial da Saúde “Envelhecimento Ativo: uma política de saúde” (2005) sobre as bases que se fundamentam esse envelhecimento na sociedade, ou seja, saúde, participação e segurança,

buscou-se nesse estudo trabalhar o conceito apenas sob a perspectiva da saúde. Assim, o Envelhecimento Ativo se caracterizou a partir das informações trazidas no documento e que demonstram que a saúde, sob a ótica desse conceito, está ligada à qualidade de vida como fim último a ser alcançado para todas as pessoas ao afirmar que

“Quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção, elevados, as pessoas desfrutam maior quantidade e maior qualidade de vida, permanecem sadias e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem... (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p.45) ”

Da mesma forma o documento traz ainda que 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. Baseando-se nisso, o presente trabalho adotou a avaliação da qualidade de vida e da capacidade funcional como meios possíveis de se ampliar o escopo do conceito de envelhecimento ativo sob a ótica do pilar da saúde e realizar sua caracterização na população de estudo.

Sabe-se ainda que o conceito de qualidade de vida requer uma compreensão ampliada na medida em que envolve diversos âmbitos da vida humana para sua contemplação. Assim, para composição da variável dependente foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida para o Idoso, o WHOQOL-OLD. Este instrumento, validado no Brasil a partir do Centro de Estudos sobre Qualidade de Vida no país (um dos grupos que compõem a divisão de estudos sobre o tema da Organização Mundial da Saúde), engloba seis facetas, sendo elas: funcionamento do sensório (FS), autonomia (AUT), atividades passadas, presentes e futuras (PPF), participação social (PSO), morte e morrer (MEM) e intimidade (INT).

Outro instrumento também contribuiu para a criação da variável dependente, sendo ele a Escala de Lawton e Brody, versando sobre a capacidade funcional na pessoa idosa. Tal instrumento de avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), engloba oito atividades, sendo elas: utilização do telefone, realização de compras, preparo de refeições, realização da faxina, lavar as roupas, uso dos meios de transporte, utilização de medicamentos e controle financeiro.

O Envelhecimento Ativo, tomando por base os instrumentos descritos, foi enfim caracterizado após a aplicação de um cálculo estatístico que possibilitou inferir níveis de manifestação do envelhecimento como ativo entre os participantes.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Foi realizada uma análise descritiva por meio de frequências absoluta e relativa. Os resultados foram expressos por meio de tabelas.

4.5.2 CRIAÇÃO DA VARIÁVEL ENVELHECIMENTO ATIVO

Partiu-se do princípio de que o envelhecimento ativo se trata de uma variável latente, ou seja, uma variável que não pode ser medida diretamente, mas que pode ser representada por uma ou mais variáveis observáveis (SILVA, 2006). Com base nos dados observados das variáveis Lawton e Brody (relacionada a capacidade funcional) e WHOQOL-OLD (referente a qualidade de vida), foi identificado o comportamento dos indivíduos, que foram classificados quanto ao seu desempenho. Desta forma, foi criada a variável latente (classificação de trajetórias), onde os indivíduos foram classificados de acordo com as probabilidades de estarem em uma determinada trajetória.

Figura 2: Modelo teórico de criação da variável Envelhecimento Ativo.



Fonte: elaborado pela autora.

Na construção da variável latente “envelhecimento ativo” foi utilizado o modelo *Growth Mixture Models* – (*GMM*), onde vários modelos com diferentes números de classes

foram criados e testados até encontrar o modelo ideal. Assim, os indivíduos foram classificados em distintos grupos, onde as características dentro dos grupos apresentaram homogeneidades. No entanto, entre os grupos as características mostraram heterogeneidades (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação da variável envelhecimento ativo de acordo com a análise de classes latentes, considerando a média da Escala Lawton e Brody e o do WHOQOL-OLD, o número de observações e as probabilidades no estudo.

Envelhecimento Ativo	Análise das Classes Latentes			Entropia
	Muito	Médio	Pouco	
Média				
LAW	20,497	16,607	11,248	
WHC	97,189	90,072	86,896	
Nr. de Observações^(Nr. de indivíduos)	13	113	29	
Probabilidades (Incondicional)	0,0839	0,7290	0,1871	0,949
ALC Probabilidades (diagonal)	0,9960	0,9960	0,8950	

Fonte: elaborado pela autora.

Para a escolha do melhor modelo estatístico da variável latente foram observados os seguintes critérios estatísticos: AIC, BIC e BIC ajustado, observando sempre os menores valores quando comparados os modelos k com k-1 classe. Também foi considerado o maior valor da entropia. Na avaliação das significâncias estatística para avaliar os modelos de classes latentes foram considerados três testes estatísticos: *Lo, 004Dendell, and Rubin (2001) Likelihood ratio test (LMR-LRT)*, *Vuong, Lo, Mendell, Rubin likelihood ratio test – (VLMR-LRT)* e *Bootstrap likelihood ratio test (BLRT)* (Nylund, 2007; Jung, 2008).

4.5.3 ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO

Após a criação da variável latente “envelhecimento ativo”, a mesma foi utilizada na análise em uma abordagem univariada, servindo dessa forma como variável resposta. A força de associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foi expressa pela Razão de Chances “*Odds Ratio – OR*” com intervalo de confiança 90%. Para o cálculo da Razão de Chances foi utilizada a regressão multinominal com abordagem das análises univariada e multivariada. Na análise univariada foram eleitas para análise multivariada as variáveis que

obtiveram p-valor $< 0,25$ (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Para a regressão multivariada foi utilizado o método *forward* e as demais conclusões foram tomadas ao nível de significância de 10% (VICTORA, 1997).

Para exploração da variável desfecho com as variáveis explicativas, as mesmas foram identificadas em seus distintos níveis de hierarquias (distal, intermediário distal, intermediário proximal e proximal) no modelo atendendo desta forma às especificações dos modelos hierarquizado (VICTORA, 1997). Em seguida foram realizadas diversas análises univariadas de regressão logística, verificando a associação entre elas ao nível de significância de 25%.

Para o modelo hierarquizado foram rodados vários modelos multivariados de regressão logística começando com as variáveis pertencentes ao grupo mais distal, em que eram introduzidas dentro do modelo uma a uma (método *forward*) permanecendo as variáveis estatisticamente associadas ao desfecho (ao nível de significância de 10%).

Repetindo o mesmo passo para o nível subsequente (intermediário e proximal), ao analisar as variáveis do nível 2, permaneceram as variáveis do nível 1 mesmo ocorrendo alteração de significância estatística. Também foi estimado o risco, que nesse caso, “*Odds Ratio*” (OR) da ocorrência do desfecho no estudo: envelhecimento ativo (*Muito Ativo, Médio Ativo e Pouco Ativo*).

Quanto aos níveis hierárquicos, as variáveis foram classificadas da seguinte forma, seguindo o modelo explicativo para os determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991):

- . **Distal** – Condições socioeconômicas, culturais e ambiental gerais (poluição sonora, poluição do ar, fonte de renda e valor da renda)
- . **Intermediário Distal** – Condições de vida e de trabalho (Tipo de moradia, condições de moradia, quantidade de moradores por residência, esgotamento sanitário, origem da água, destinação do lixo, alfabetização, anos de estudo, ocupação atual e acidente de trabalho)
- . **Intermediário Proximal** – Redes sociais e comunitárias (Convívio familiar, grupo de convivência, acesso à rede de saúde pública e acesso à rede de assistência social)
- . **Proximal** – Nível com as características dos indivíduos (idade, sexo, cor da pele, estado civil, tabagismo, consumo de álcool, dieta, consumo de frutas, consumo de folhas, consumo de alimento gordurosos, consumo de açúcar, exercício físico, estresse, lazer e tipo de informação).

Para processamento e análise dos dados foram utilizados os *softwares Mplus 7.11 e R Development Core Team 2012*.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A coleta dos dados foi realizada após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres humanos, registrado sob o número CAAE: 41859515.8.0000.5208 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, conforme a Resolução 466/12. Também foi solicitada a Carta de Anuência pela Prefeitura da Cidade do Recife a fim de se obter o acesso livre ao público cadastrado na Unidade de Saúde da Família Jordão Alto. Todos os idosos participantes tiveram assegurado o direito de desistir da pesquisa em qualquer uma de suas etapas, sem que houvesse nenhuma penalidade por isso.

5 RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A partir do modelo esquemático apresentado por Dahlgren e Whitehead (1991), observou-se variáveis relacionadas aos determinantes sociais da saúde e que apresentam conexões entre si. O primeiro ponto tratou das características individuais dos participantes da pesquisa constando a idade, o sexo e a cor da pele como componentes analisados (Tabela 2). Grande parte dos idosos e idosas encontra-se na faixa etária mais jovem, de 60 a 69 anos (47,9%), seguidos dos que se encontram na faixa de idade entre 70 a 79 anos (36,8%) e, por fim, os mais velhos com 80 anos ou mais (15,3%).

Quanto ao sexo identificou-se uma considerável quantidade feminina, correspondendo a um total de 115 idosas (74,2 %) em detrimento do número de idosos homens, que foram apenas 40 (25,8 %). A cor da pele branca, preta, parda, amarela ou indígena, como terceiro critério demonstrou que as pessoas idosas que se auto definiram como pretas, pardas, amarelas e indígenas totalizaram juntas uma maioria de 126 (81,2%) pessoas enquanto aqueles que se autodenominam de cor branca totalizam 29 (18,7) idosos.

Tabela 2: Descrição dos dados segundo as características individuais relacionadas a idade, sexo e cor da pele das pessoas idosas participantes do estudo.

Características Individuais		N	%
Idade	60 – 69	74	47,9
	70 – 79	57	36,8
	≥ 80	24	15,3
Sexo	Masculino	40	25,8
	Feminino	115	74,2
Cor da Pele	Branca	29	18,7
	Preta, parda, amarela e indígena	126	81,2

Fonte: elaborado pela autora.

A respeito do estado civil, observou-se que 71 (45,8%) pessoas idosas se apresentam casadas, e 84 (54,2%) se apresentam viúvas, desquitadas ou divorciadas e solteiras. Quanto ao

tabagismo, identificou-se que 14 (9 %) pessoas idosas são consumidoras, 85 (54,8 %) se definiram como não consumidoras e 56 (36,1 %) são ex-consumidoras. Uso de álcool, por sua vez, mostrou que apenas duas (1,3 %) pessoas idosas se consideram consumidoras e 40 (25,8 %) como ex-consumidoras (Tabela 3).

Como um item relacionado a auto percepção, a variável “dieta” demonstrou que 79 (51%) pesquisados consideram sua alimentação como sendo excelente ou boa, seguida de 76 (49%) pessoas que a consideram regular, ruim ou muito ruim. Detalhando-se mais, foi possível observar ainda que 148 (95,5%) idosos e idosas consomem frutas pelo menos uma vez por semana, e apenas sete (4,5%) informaram não fazer o consumo. Quanto ao consumo de folhas verdes, 94 (60,6%) entrevistados informaram consumir, enquanto 61 (39,4%) disseram não fazer o consumo pelo menos uma vez por semana. Observando também o consumo de alimentos gordurosos, obteve-se uma maioria de 128 pessoas (82,6%) que não consomem tais alimentos, enquanto 27 (17,4%) informaram consumir. Da mesma forma, o consumo de açúcar mostrou que a maioria dos entrevistados, ou seja, 93 (60%) pessoas não o fazem e 62 (40%) exercem o consumo.

No tocante à prática de exercícios físicos observou-se que 19 (12,3%) pessoas idosas realizam algum tipo de atividade em detrimento de uma maioria de 136 (87,7%) que não pratica nenhuma. A variável “estresse” por sua vez, apresentou 72 (46,5%) participantes informando positivamente que sofrem com algum tipo de estresse e 83 (53,5%) informando o contrário.

Por fim, a variável “lazer” demonstrou que 25 (16,1%) idosos e idosas consideram que desenvolvem alguma prática relacionada e 130 (83,9%) acreditam que não desenvolvem nenhuma. Observou-se ainda que a televisão se destaca como principal meio de acesso a informação entre os pesquisados, sendo utilizada por 126 (81,3%) pessoas idosas enquanto apenas 29 (18,7%) idosos e idosas informaram utilizar outros meios.

Tabela 3: Descrição dos dados segundo o estilo de vida, considerando-se estado civil, tabagismo, uso de bebida alcoólica, dieta, exercícios físicos, estresse e lazer das pessoas idosas participantes do estudo.

	Estilo de Vida	N	%
Estado Civil	Casado	71	45,8
	Viúvo, desquitado, divorciado, solteiro	84	54,2
Tabagismo	Consumidor	14	9
	Não consumidor	85	54,8

	Ex-consumidor	56	36,1
Álcool	Consumidor	2	1,3
	Não consumidor	113	72,9
	Ex-consumidor	40	25,8
Dieta	Excelente/boa	79	51
	Regular/ruim/muito ruim	76	49
Consumo de frutas	Consome	148	95,5
	Não consome	7	4,5
Consumo de folhas verdes	Consome	94	60,6
	Não consome	61	39,4
Consumo de alimentos gorduroso	Consome	27	17,4
	Não consome	128	82,6
Consumo de açúcar	Consome	62	40
	Não consome	93	60
Exercícios Físicos	Realiza	19	12,3
	Não realiza	136	87,7
Estresse	Sente	72	46,5
	Não sente	83	53,5
Lazer	Pratica	25	16,1
	Não pratica	130	83,9
Meios de Informação	Televisão	126	81,3
	Outros (rádio/jornal/internet)	29	18,7

Fonte: elaborado pela autora.

Considerando-se a convivência com o grupo familiar ou de forte afeição, 48 (31%) idosos e idosas informaram que visitam amigos e parentes pelo menos duas vezes por semana e 107 (69%) informaram que não (Tabela 4).

Quanto a participação em grupos de convivência, 31 (20%) pessoas afirmaram que frequentam algum tipo e a maioria, ou seja, 124 (80%), afirmou que não. O acesso a rede pública de saúde mostrou que 82 (52,9%) idosos e idosas não utilizam os serviços, enquanto 73 (47,1%) pessoas idosas fazem uso direto da rede. Da mesma forma, 132 (85,2%)

participantes informaram não utilizarem a rede de assistência social, enquanto 23 (14,8%) idosos e idosas informaram que fazem uso dos serviços.

Tabela 4: Descrição dos dados segundo a constituição de redes sociais e comunitárias, considerando-se a convivência com grupo familiar ou afetivo, participação em grupos de convivência, acesso a rede de saúde pública e acesso a rede de assistência social das pessoas idosas participantes do estudo.

Redes Sociais e Comunitárias		N	%
Convívio com grupo familiar/afetivo	Existe	48	31
	Não existe	107	69
Grupos de Convivência	Participa	31	20
	Não participa	124	80
Acesso à Rede de Saúde Pública	Utiliza	73	47,1
	Não utiliza	82	52,9
Acesso à Rede de Assistência Social	Utiliza	23	14,8
	Não utiliza	132	85,2

Fonte: elaborado pela autora.

A análise da condição de moradia expôs que a maioria dos entrevistados vivem em casa, contabilizando um total de 150 (96,8%) pessoas, ao passo que apenas cinco (3,1%) idosos informaram outros tipos de habitação. Quanto a condição, observou-se que 136 (87,7%) têm moradia própria e 19 (12,3%) apresentam outras condições, tais como pagamento de aluguel. Ainda em suas residências, 145 (93,5%) pessoas idosas afirmaram que fazem uso da fossa como forma de esgotamento sanitário, enquanto apenas 10 (6,4%) utilizam-se da rede coletora ou outros meios (Tabela 5).

Tabela 5: Descrição dos dados segundo as condições de vida e trabalho relacionados ao tipo de moradia, condições de moradia, esgotamento sanitário, acesso à água, destino do lixo, alfabetização, tempo de estudo, ocupação atual e acidentes de trabalho das pessoas idosas participantes do estudo.

Condições de Vida e Trabalho		N	%
Tipo de Moradia	Casa	150	96,8
	Outros	5	3,1
Condições de Moradia	Própria	136	87,7
	Outros	19	12,3

Condições de Vida e Trabalho		N	%
Esgotamento Sanitário	Fossa	145	93,5
	Rede coletora e outros	10	6,4
Acesso à água	Rede geral	154	99,4
	Poço/nascente	1	0,6
Destino do lixo	Coletado	147	94,8
	Outros	8	5,2
Alfabetização	Sim	108	69,7
	Não	47	30,3
Tempo de Estudo	≤ 5 anos	105	67,7
	> 5 anos	50	32,3
Ocupação atual	Comércio	13	8,3
	Serviços	10	6,2
	Sem ocupação	132	85,2
Acidente de Trabalho	Sofreu	24	15,5
	Não sofreu	131	84,5

Fonte: elaborado pela autora.

O acesso à água se dá através da rede geral para 154 (99,4%) entrevistados. Apenas uma (0,6%) pessoa informou utilizar água advinda de poço ou nascente para as atividades domésticas. A destinação do lixo é feita através de coleta regular para 147 (94,8%) entrevistados e outros meios são utilizados por apenas oito (5,2%).

Informações sobre a alfabetização trazem que 108 (69,7%) idosos e idosas se consideram alfabetizados, tendo em vista os parâmetros desse estudo e que considera a definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou seja, aquele ou aquela capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhece. Assim, 47 (30,3%) pessoas se consideraram não alfabetizadas.

Apesar disso, a maioria dos idosos e idosas apresentam tempo de estudo menor ou igual a cinco anos (67,7%), enquanto apenas 50 participantes informaram tempo maior (32,2%). Questionados ainda sobre a ocupação atual, 13 (8,3%) idosos e idosas informaram

desenvolver alguma atividade ligada ao comércio, 10 (6,2%) desenvolvem algo ligado a prestação de serviços e 132 (85,2%) pessoas consideram que estão sem ocupação.

Como último nível e considerados macro determinantes, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais apresentaram-se nesse estudo a partir das variáveis fonte de renda, valor da renda em salários mínimos, poluição sonora e poluição do ar (Tabela 6).

Tabela 6: Descrição dos dados segundo as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, considerando-se a fonte de renda, o valor da renda em salários mínimos, poluição sonora e poluição do ar para as pessoas idosas participantes do estudo.

Condições Socioeconômicas, Culturais e Ambientais Gerais		N	%
Fonte de Renda	Trabalho	73	47
	Aposentadoria, benefícios sociais e terceiros	82	52,9
Valor da Renda (Salário Mínimo)	1 SM	100	64,5
	2 SM	36	23,2
	≥ 3 SM	19	12,2
Poluição Sonora	Sim	29	18,7
	Não	126	81,3
Poluição do Ar	Sim	36	23,2
	Não	119	76,8

Fonte: elaborado pela autora.

Enquanto fonte de renda observou-se que 73 (47%) idosos e idosas entrevistados encontram-se trabalhando e 82 (52,9%) são aposentados, recebem benefícios sociais ou dependem de terceiros. O valor da renda, por sua vez, apresentou que a grande parte das pessoas idosas participantes vivem suas vidas com um salário mínimo (64,5%), seguido por aquelas com dois salários (23,2%) e aquelas com três ou mais (12,2%), conforme valores para o ano de 2015.

A respeito da poluição sonora, 126 (81,3%) pessoas entrevistadas informaram que não se incomodam com nenhum tipo de ruído ou barulhos presentes no entorno de suas casas. Observou-se que 29 (18,7%) indivíduos, por sua vez, informaram que sofrem sim com algum incômodo sonoro. Da mesma forma, 129 (76,8%) pessoas não sente incômodo nenhum com relação a poluição do ar, ao passo que 36 (23,2%) idosos e idosas afirmaram positivamente haver incômodo.

5.2 ENVELHECIMENTO ATIVO E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A partir da análise de classes latentes, a variável envelhecimento ativo foi criada trazendo três categorias para a classificação das pessoas idosas participantes do estudo (Tabela 7). Tais categorias foram: muito ativo, médio ativo e pouco ativo.

As categorias nesse estudo criadas e trabalhadas para o envelhecimento ativo levaram em consideração os elementos trazidos a partir das duas escalas trabalhadas sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida. Assim, quanto melhor a capacidade funcional e a qualidade de vida, melhor o nível de envelhecimento das pessoas idosas pesquisadas.

Tabela 7: Descrição dos idosos segundo a variável latente envelhecimento ativo e suas respectivas classificações em muito, médio e pouco ativo.

Variável Latente	N	%
Muito Ativo	13	8,3
Envelhecimento Ativo		
Médio Ativo	113	73
Pouco Ativo	29	18,7

Fonte: elaborado pela autora.

Observou-se, portanto, que a maioria dos idosos e idosas foram classificados na categoria médio ativo, somando-se um total de 113 (73%) pessoas. Em seguida tem-se as pessoas idosas consideradas (18,7%) pouco ativas e, por fim, somente 13 (8,3%) indivíduos identificados com muito ativos.

5.2.1 ANÁLISE UNIVARIADA

Observou-se no nível mais proximal, relacionada aos fatores individuais e de estilo de vida (Tabela 8) que a variável idade, para aquelas pessoas idosas que se encontram na faixa etária de 80 anos ou mais possibilita um aumento significativo de chances de se ter um envelhecimento pouco ativo (OR= 6,00, p = 0,0287), comparada aqueles da faixa etária mais jovem, ou seja, dos 60 aos 69 anos.

Da mesma forma, os idosos e idosas que se encontram na faixa etária entre 70 e 79 anos apresentam 3,28 vezes mais chances de ter um envelhecimento médio ativo (OR = 3,28, p = 0,0143) do que os pertencentes a faixa etária mais jovem. Com relação ao sexo observou-se que existe nas mulheres idosas uma maior susceptibilidade ao envelhecimento médio ativo quando comparado os homens idosos (OR = 3,57, p = 0,0479).

A cor da pele também foi significativa nessa etapa e revelou que pessoas idosas com a cor da pele auto referida como preta, parda, indígena e amarela tem quase oito vezes mais chances de ter um envelhecimento médio ativo (OR = 7,94, p0,0467) quando comparadas aquelas que se auto referiram brancas.

Por fim, o consumo de açúcar como um determinante social relacionado a dieta, mostrou que as pessoas idosas que não o consomem têm 3,78 vezes mais chances de ter um envelhecimento pouco ativo em relação aquelas pessoas que fazem o consumo (OR = 3,78, p = 0,0935).

Tabela 8: Resultados para o envelhecimento ativo a partir da análise univariada das variáveis referentes às características individuais e estilo de vida das pessoas idosas participantes do estudo.

Características Individuais e Estilo de Vida	Envelhecimento Ativo													
	Pouco		Médio		Muito		Pouco			Médio				
	N	%	N	%	N	%	OR	IC 90%		p-valor	OR	IC 90%		p-valor
							Inf	Sup			Inf	Sup		
Idade														
60-69	3	23,08	8	27,59	63	55,75	1,00				1,00			
70-79	6	46,15	15	51,72	36	31,86	3,50	1,04	11,77	0,0893	3,28	1,48	7,29	0,0143
≥ 80	4	30,77	6	20,69	14	12,39	6,00	1,56	23,08	0,0287	3,38	1,23	9,29	0,0482
Sexo														
Homens	4	30,77	3	10,34	33	29,2	1,00				1,00			
Mulheres	9	69,23	26	89,66	80	70,8	0,93	0,33	2,64	0,9069	3,57	1,24	10,31	0,0479
Cor da Pele														
Branca	3	23,08	1	3,45	25	22,12	1,00				1,00			
Preta, parda, amarela, indígena	10	76,92	28	96,55	88	77,88	0,95	0,30	2,98	0,9385	7,94	1,43	44,06	0,0467

Características Individuais e Estilo de Vida	Envelhecimento Ativo													
	Pouco		Médio		Muito		Pouco			Médio				
	N	%	N	%	N	%	OR	IC 90%		p-valor	OR	IC 90%		p-valor
							Inf	Sup			Inf	Sup		
Estado Civil														
Casado	6	46,15	9	31,03	56	49,56	1,00				1,00			
Viúvo/Divorciado/Solteiro	7	53,85	20	68,97	57	50,44	1,15	0,44	3,01	0,8162	2,18	1,05	4,53	0,0782
Tabagista														
Não tabagista	4	30,77	20	68,97	61	53,98	1,00							
Tabagista	0	0	4	13,79	10	8,85				0,9381	1,22	0,42	3,53	0,7579
Ex-tabagista	9	69,23	5	17,24	42	37,17	3,27			0,0616	0,36	0,15	0,88	0,0600
Consumo de Alcool														
Não consumidor	9	69,23	23	79,31	81	71,68	1,00							
Consumidor	0	0	0	0	2	1,77				0,9403				0,7749
Ex-consumidor	4	30,77	6	20,69	30	26,55				0,8863				0,4889
Dieta														
Excelente/boa	6	46,15	13	44,83	60	53,1	1,00							
Regular/ruim/muito ruim	7	53,85	16	55,17	53	46,9	1,32	0,50	3,47	0,6358	1,39	0,70	2,77	0,4278
Consumo de Frutas														
Consome	12	92,31	27	93,1	109	96,46	1,00							
Não consome	1	7,69	2	6,9	4	3,54	2,27	0,34	15,27	0,4791	2,02	0,47	8,76	0,4312
Consumo de Folhas														
Consome	7	53,85	16	55,17	71	62,83	1,00							
Não consome	6	46,15	13	44,83	42	37,17	1,45	0,55	3,82	0,5292	1,37	0,69	2,75	0,4510
Consumo Alimento Gorduroso														
Consome	0	0	2	6,9	25	22,12								
Não consome	13	100	27	93,1	88	77,88				0,8765	3,84	1,09	13,58	0,0795
Consumo de Açúcar														
Consome	2	15,38	14	48,28	46	40,71	1,00							
Não consome	11	84,62	15	51,72	67	59,29	3,78	1,03	13,90	0,0935	0,74	0,37	1,46	0,4627
Exercício Físico														
Realiza	0	0	2	6,90	17	15,04								
Não realiza	13	100	27	93,10	96	84,96				0,8009	2,39	0,66	8,60	0,2630
Estresse														
Sente	4	30,77	12	41,38	56	49,56	1,00							
Não sente	9	69,23	17	58,62	57	50,44	2,21	0,78	6,23	0,2078	1,39	0,70	2,78	0,4326
Lazer														
Pratica	1	7,69	7	24,14	17	15,04	1,00							
Não pratica	12	92,31	22	75,86	96	84,96	2,12	0,36	12,41	0,4829	0,56	0,24	1,28	0,2478
Tipo de Informação														
Televisão	1	7,69	3	10,34	22	20	1,00							
Outros (rádio, jornal, internet)	12	92,31	26	89,66	88	80	3,00	0,52	17,38	0,3035	2,17	0,74	6,36	0,2377

Fonte: elaborada pela autora.

Partindo-se para o nível imediatamente superior, referente às redes sociais e comunitárias das pessoas idosas, aqueles idosos e idosas que não têm convivência com seus grupos familiares apresentam um envelhecimento médio ativo se comparados aos que desenvolvem essa rede social (OR= 2,73, p = 0,0573) (Tabela 9).

Tabela 9: Resultados para o envelhecimento ativo a partir da análise univariada das variáveis referentes às redes sociais e comunitárias dos idosos participantes do estudo.

Redes Sociais e Comunitárias	Envelhecimento Ativo													
	Muito		Pouco		Médio		Pouco			Médio				
	N	%	N	%	N	%	OR	IC 90%		p-valor	OR	IC 90%		p-valor
								Inf	Sup			Inf	Sup	
Convívio Familiar														
Existe	41	36,28	2	15,38	5	17,24	1,00				1,00			
Não existe	72	63,72	11	84,62	24	82,76	3,13	0,85	11,55	0,1500	2,73	1,15	6,53	0,0573
Grupos de Convivência														
Participa	25	22,12	0	0	6	20,69								
Não participa	88	77,88	13	100	23	79,31				0,7960	1,09	0,47	2,52	0,8685
Rede Saúde Pública														
Utiliza	56	49,56	4	30,77	13	44,83	1,00							
Não utiliza	57	50,44	9	69,23	16	55,17	2,21	0,78	6,23	0,2078	1,21	0,61	2,41	0,6496
Rede Assistência Social														
Utiliza	16	14,16	4	30,77	3	10,34	1,00							
Não utiliza	97	85,84	9	69,23	26	89,66	0,37	0,13	1,10	0,1325	1,43	0,48	4,28	0,5920

Fonte: Elaborado pela autora

O nível seguinte às redes sociais e comunitárias diz respeito às condições de vida e trabalho das pessoas de uma forma geral. Nele foi possível concluir que aqueles idosos ou idosas que tiveram um tempo de estudo menor desenvolvem um risco cerca de três vezes maior de ter um envelhecimento pouco ativo quando comparadas aos que tiveram mais tempo de estudo (OR = 2,55, p = 0,1376). Ainda nesse bloco observou-se que não ter sofrido acidente de trabalho durante a vida é fator de proteção para o envelhecimento ativo, sendo observado que aqueles que sofreram algum tipo de acidente tem maiores chances de ter o envelhecimento considerado pouco ativo (OR = 0,40, p = 0,1607) (Tabela 10).

Condições de Vida e Trabalho	Envelhecimento Ativo													
	Muito		Pouco		Médio		Pouco			Médio				
	N	%	N	%	N	%	OR	IC 90%		p-valor	OR	IC 90%		p-valor
							Inf	Sup			Inf	Sup		
Comércio	9	7,96	0	0	1	3,45	0,00			0,8101	0,42	0,07	2,46	0,8003
Serviços	10	8,85	0	0	3	10,34	0,00			0,4184	1,13	0,36	3,54	0,8619
Acidente de Trabalho														
Sofreu	17	15,04	4	30,77	3	10,34	1,00							
Não sofreu	96	84,96	9	69,23	26	89,66	0,40	0,14	1,17	0,1607	1,53	0,51	4,58	0,5189

Fonte: elaborado pela autora

O último nível, considerado como macrosocial em relação aos determinantes sociais da saúde, trata-se das condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (Tabela 11).

Tabela 11: Resultados para o envelhecimento ativo a partir da análise univariada das variáveis referentes às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais dos idosos participantes do estudo.

Condições Socioeconômicas, culturais e ambientais gerais	Envelhecimento Ativo													
	Muito		Pouco		Médio		Pouco			Médio				
	N	%	N	%	N	%	OR	IC 90%		p-valor	OR	IC 90%		p-valor
							Inf	Sup			Inf	Sup		
Poluição Sonora														
Incomoda	24	21,24	2	15,38	3	10,34	1,00							
Não incomoda	89	78,76	11	84,62	26	89,66	1,48	0,40	5,55	0,6232	2,34	0,80	6,83	0,1927
Poluição do Ar														
Incomoda	26	23,01	1	7,69	9	31,03	1,00							
Não incomoda	87	76,99	12	92,31	20	68,97	3,58	0,62	20,64	0,2304	0,66	0,31	1,41	0,3730
Fonte de Renda														
Trabalho (formal e informal)	59	52,21	5	38,46	8	27,59								
Outros (aposentadoria, benefícios sociais, terceiros)	54	47,79	8	61,54	21	72,41	1,75	0,65	4,69	0,3524	2,87	1,35	6,07	0,0209
Renda														
1 SM	73	64,6	6	46,15	21	72,41	1,00							
2 SM	25	22,12	6	46,15	5	17,24	2,92	1,05	8,12	0,0850	0,70	0,28	1,71	0,5078
3 SM	15	13,27	1	7,69	3	10,34	0,81	0,13	5,09	0,8513	0,70	0,23	2,12	0,5925

Fonte: elaborado pela autora.

Tal nível mostrou como foi significativo o valor da renda para a população idosa mostrando que um valor mais alto interfere na qualidade do envelhecimento. Neste sentido, aquelas pessoas idosas que possuem renda em torno de dois salários mínimos (valor vigente

de R\$ 788,00) têm quase três vezes mais chances de ter um envelhecimento pouco ativo em comparação àqueles que possuem renda em torno de três salários mínimos (OR = 2,92, p = 0,0850).

5.2.2 ANÁLISE MULTIVARIADA

Após a análise de forma univariada em que se observou aqueles determinantes sociais significativos a partir do referencial adotado neste estudo (p-valores menores que 0,25), os mesmos passaram, a partir do modelo hierarquizado e regressão logística, para a análise multivariada. Observou-se, nesse momento, aqueles determinantes que geraram valores significativos a nível de 0,05 e a nível significativo de 0,1.

Com nível de significância menor que 0,05 considerou-se na associação os determinantes sociais relacionados a idade, consumo de açúcar, convívio familiar e anos de estudo. Nesse sentido, a idade possibilitou averiguar que pessoas idosas na faixa etária entre 70 e 79 anos têm um risco elevado de desenvolver um envelhecimento pouco ativo comparadas aquelas que se encontram na faixa etária mais jovem de 60 a 69 anos (OR = 5,72, p = 0,0448).

Da mesma forma, a convivência familiar mostrou ter uma grande implicação no processo de envelhecimento ao mostrar que a falta de convivência com familiares gera um risco quatro vezes maior de ter um envelhecimento médio ativo em comparação aos que tem uma rede ativa de convivência familiar (OR = 3,90, p = 0,0221). Da mesma forma, o tempo de estudo também foi significativo para o nível de qualidade do envelhecimento. Assim, idosos e idosas com até cinco anos de estudo apresentaram um risco aproximadamente quatro vezes maior de terem um envelhecimento médio ativo, comparados aqueles com maior tempo de estudo (OR = 2,90, p = 0,0452).

Observando-se a associação das variáveis do estudo a nível significativo de 0,1 foi possível considerar uma maior quantidade de determinantes sociais da saúde como implicativos no envelhecimento. Assim, os determinantes obtidos foram idade, sexo, cor da pele, consumo de açúcar, convívio familiar, anos de estudo, acidentes de trabalho e valor da renda.

A idade nesse momento mostrou que pessoas idosas compreendidas na faixa etária mais velha, de 80 anos ou mais, continuam apresentando um risco aproximadamente seis vezes maior de ter um envelhecimento pouco ativo quando comparadas a idades mais jovens entre 60 e 69 anos de idade (OR = 5,93, $p = 0,0772$). Com relação ao sexo, homens e mulheres obtêm um envelhecimento diferenciado na medida em que as idosas estão cerca de quatro vezes mais suscetíveis ao risco de apresentarem um envelhecimento médio ativo (OR = 3,99, $p = 0,0598$).

Tabela 12: Resultado da análise multivariada para o envelhecimento ativo e os determinantes sociais da saúde a partir do modelo multinomial criado para as pessoas idosas participantes do estudo.

Determinantes Sociais da Saúde	Envelhecimento Ativo								
	OR	Pouco			p-valor	OR	Médio		p-valor
		IC 90%		Inf			Sup	Inf	
Idade									
60-69	1,00				1,00				
70-79	5,72	1,37	23,87	0,0448	3,27	1,29	8,25	0,0356	
≥ 80	5,93	1,13	31,11	0,0772	3,08	0,96	9,85	0,1112	
Sexo									
Masculino	1,00				1,00				
Feminino	1,38	0,32	5,97	0,7159	3,99	1,19	13,35	0,0598	
Cor da Pele									
Branca	1,00				1,00				
Preta, parda, amarela, indígena	1,01	0,25	4,05	0,9949	5,92	1,00	3,49	0,0994	
Consumo de Açúcar									
Consome	1,00				1,00				
Não consome	5,44	1,15	25,67	0,0728	0,64	0,28	1,44	0,3662	
Convívio familiar									
Existe	1,00				1,00				
Não existe	4,09	0,93	17,95	0,1168	3,90	1,47	10,38	0,0221	
Rede Saúde Pública									
Utiliza	1,00				1,00				
Não utiliza	3,02	0,88	10,39	0,1415	1,04	0,46	2,34	0,9411	
Anos de Estudo (anos)									
≤ 5	1,85	0,53	6,42	0,41762	2,90	1,21	6,97	0,0452	
> 5	1,00				1,00				
Acidente de Trabalho									
Sofreu	1,00				1,00				
Não sofreu	0,20	0,05	0,89	0,0754	0,81	0,23	2,81	0,7807	
Valor da Renda									
1 – Salário	1,00				1,00				
2 – Salários	4,13	1,19	14,33	0,0605	0,90	0,32	2,54	0,8682	
3 ou + Salários	1,26	0,16	9,71	0,8499	0,60	0,17	2,06	0,4911	

Fonte: elaborado pela autora.

A cor da pele, agrupando-se os idosos e idosas que se auto referiram como negros, pardos, amarelos ou indígenas revelou um risco quase seis vezes maior de desenvolver um envelhecimento médio ativo quando comparados aqueles que se disseram brancos (OD = 5,92, $p = 0,0994$). Ao ser observado o consumo de açúcar, observou-se que há uma propensão 5,44 vezes maior de se obter um envelhecimento pouco ativo dentre aquelas pessoas idosas que não fazem o consumo do alimento, comparadas aquelas fazem seu uso regular.

O determinante social da saúde convívio familiar, se manteve nesta nova observação da mesma forma que a realizada anteriormente com significância de 0,05. Este determinante demonstra que idosos e idosas que vivem seus cotidianos sem os familiares têm um risco aproximadamente quatro vezes maior de ter um envelhecimento médio ativo (OR = 3,90, $p = 0,0221$) do que aqueles que estão convivendo cotidianamente com os familiares.

Os anos de estudo continuam a corroborar com as afirmações já introduzidas ao nível de significância anterior, informando que há uma implicância entre o tempo de estudo durante a vida e a qualidade do envelhecimento. Assim, aquelas pessoas idosas que informaram não terem tido muitos anos de estudo, ou seja, menor ou igual a cinco anos, apresentaram um risco aproximadamente três vezes maior de desenvolverem um envelhecimento considerado médio ativo em relação aqueles que tiveram mais tempo (OR = 2,90, $p = 0,0452$).

A avaliação sobre o acidente de trabalho como outro determinante social da saúde mostrou uma diferenciação em relação aos demais resultados. Na perspectiva de não ter ocorrido nenhum tipo de acidente durante a vida, tal determinante mostrou ser um fator de proteção para o envelhecimento. Assim, idosos e idosas que informaram nunca ter sofrido nenhum acidente de trabalho apresentaram 20% menos chances de ter um envelhecimento pouco ativo comparados aos que já apresentaram algum acidente (OR = 0,20, $p = 0,0754$).

Por fim, representando o nível macrossocial de determinantes sociais da saúde, o valor da renda possibilitou observar que há uma grande implicância entre ele e a qualidade do envelhecimento. Dessa forma, pessoas idosas com renda de até dois salários mínimos apresentam cerca de quatro vezes mais chances de ter um envelhecimento pouco ativo quando comparadas às que referiram viver com apenas um salário mínimo (OR = 4,13, $p = 0,0605$).

6 DISCUSSÃO

6.1 MANIFESTAÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE OS IDOSOS

As condições do viver atuam como um valor a ser compreendido para caracterizar níveis de bem-estar de idosos e idosas. Existem ainda poucas informações na literatura nacional e internacional a respeito de instrumentos que possibilitem mensurar o envelhecimento ativo. Quanto às organizações oficiais de saúde, a exemplo da Organização Mundial de Saúde, não há nenhum registro para medição.

Observou-se dentre tais tentativas de criação e utilização de um instrumento para medir o envelhecimento ativo, estudos de pesquisadores na Tailândia (TANAKWANG; ISARAMALAI; HATTAKIT, 2014), Inglaterra (BOWLING, 2009), México (MENDONZA-NÚÑES; MARTÍNEZ-MALDONADO; CORREA-MUÑOZ, 2009) e Brasil (FARIAS; SANTOS, 2012; PINTO, 2013; VICENTE; SANTOS, 2013; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Tais estudos buscam trabalhar o conceito em seus respectivos grupos de pessoas idosas utilizando a auto-referenciação para o envelhecimento, a categorização segundo escores ou a definição de um modelo sistemático de trabalho para atuação sobre doenças crônicas. É importante acrescentar que a busca por tais instrumentos sobre o envelhecimento ativo, ainda que de forma intensa por parte desse estudo, não ocorreu de forma sistemática, apontando-se, portanto, a necessidade de que sejam desenvolvidas pesquisas posteriores com tal finalidade.

Bowling (2009) acredita que a afirmação da pessoa idosa a respeito de seu próprio envelhecimento é um indicativo da expressão do conceito de envelhecimento ativo. A partir de perguntas como “quais, em sua opinião, são as coisas associadas com envelhecimento ativo” e “Pensando nas coisas que você listou como associados com o envelhecimento ativo, você diria que está envelhecendo ativamente?” seria possível chegar a conclusões.

Nota-se ainda que a investigação sobre o envelhecimento ativo tem refletido uma grande variedade de modelos e indicadores encontrados na literatura. Com diferentes abordagens e influências, observa-se que por vezes há uma falta de coerência na sua definição e medição (TANAKWANG; ISARAMALAI; HATTAKIT, 2014).

Nesse estudo, a criação de categorias para o envelhecimento ativo ocorreu procurando-se respeitar a complexidade do conceito e as limitações de tempo para seu adequado desenvolvimento. Observou-se, portanto, somente o pilar da saúde trazido pelos documentos oficiais e seus elementos descritivos. Foi possível assim categorizar o envelhecimento para os participantes desse trabalho em “muito ativo”, “médio ativo” e “pouco ativo”.

Alguns trabalhos buscaram abordar o envelhecimento ativo em toda a sua dimensão. Em um estudo com a população residente em um município do estado de Minas Gerais (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015), os pesquisadores criaram como categorias para o envelhecimento o “normal” e o “ativo” a partir de indicadores relacionados a capacidade funcional, capacidade cognitiva, percepção de saúde, sintomas depressivos e funcionalidade familiar.

Em tal estudo observa-se a tentativa de contemplar o conceito de envelhecimento ativo como um todo a partir dos indicadores anteriormente mencionados. No entanto, observa-se uma ênfase nos aspectos relacionados às condições de saúde, em detrimento de outros indicadores que possibilitem averiguar melhor questões relacionadas à segurança, à participação social e à educação continuada, uma vez que são considerados pontos-chaves para o envelhecimento ativo.

Dentre os seus resultados, o estudo expõe ainda um dado interessante em que a maioria dos participantes pertenceu ao grupo de envelhecimento ativo, sendo a minoria, portanto, pertencente ao envelhecimento normal.

A população idosa participante do presente estudo mostrou estar situada majoritariamente na categoria “médio ativo” para o envelhecimento ativo. Observa-se a partir disso que a maioria permeia um envelhecimento com uma certa qualidade, ainda que não se enquadre no mais alto padrão do estudo. É válido ressaltar que o envelhecimento ativo traz, dentre outras informações, que todas as pessoas independentemente da idade são atuantes na sociedade e, assim, ativos no envelhecimento, ainda que com graus diferenciados de acordo com suas capacidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Comparando-se os dois resultados apresentados para o envelhecimento ativo, é possível observar que o envelhecimento vai variar entre os indivíduos e entre os grupos que se destinam a pesquisa, ressaltando-se as diferenciações de abordagens do mesmo objeto. Diferenças entre regiões podem surgir, portanto, como indicativos para tais resultados, uma vez que um estudo se passa na região sudeste, historicamente tida como de melhores condições de vida em comparação a este que se passa na região nordeste.

A área pesquisada na cidade do Recife apresenta ainda um perfil modesto para as condições sociais e de moradia de uma forma geral. Embora apresentem carências estruturais, a exemplo da falta de saneamento básico, as residências dos idosos e das idosas pesquisadas compartilham características semelhantes em que se observam casas próprias em sua maioria e com adequadas condições para viver. Tal perfil pode assim vir a contribuir com o resultado mediano da grande parte dos idosos e idosas estudados.

As condições sociais também são semelhantes entre os pesquisados, uma vez que os mesmos têm a possibilidade de viver com conforto, no entanto sem aparentar exacerbações econômicas. Tais condições influenciam papéis sociais e tarefas evolutivas, uma vez que favorecem ou limitam o acesso aos recursos necessários para o envelhecimento (SILVA; GUNTHER, 2000).

Compreendido como processo complexo, o envelhecimento sofre interferências socioculturais, observados ainda os fatores genéticos-biológicos. Assim, como informado por Silva e Gunther (2000), diversos fatores como hábitos de vida e condições de moradia interferem no bem-estar das pessoas idosas e geram um perfil diferenciado de envelhecimento.

Tanakwang, Isaramalai e Hattakit (2014) buscaram desenvolver um instrumento de medição na Tailândia que levasse em consideração as particularidades socioculturais de seu país. Assim, observaram, a partir de grupos focais e entrevistas, domínios culturais significativos para as pessoas idosas tailandesas e a possibilidade de mensurá-los quantitativamente. É preciso considerar diferentes contextos para a identificação do envelhecimento ativo. No Brasil ainda são escassos trabalhos com foco prioritário em tal conceito e possibilidades de sua mensuração.

Diante das afirmações, o desenvolvimento desse estudo busca somar-se aos outros já existentes na tentativa de tornar prático este conceito tão relevante na gerontologia. Procura-se ainda aproximá-lo do cotidiano de vida tanto das pessoas idosas, quanto das demais gerações, contribuindo para o surgimento de uma lógica de pensamento e ações voltadas para o envelhecimento ativo.

6.2 ASPECTOS INDIVIDUAIS E CARACTERÍSTICAS DE ESTILOS DE VIDA

Ampliar a noção de envelhecer é um dos grandes desafios do envelhecimento ativo. Suas peculiaridades só podem ser compreendidas a partir de relações entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais interagindo em determinados contextos culturais (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Colocado no centro da figura, o indivíduo, junto a sua idade, o gênero e outros fatores, sofre influência dos determinantes afetando seu potencial de vida (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). A velhice, não obstante, expressa tais influências de forma particular entre as pessoas.

Os estudos baseados na lógica do envelhecimento ativo vêm buscando ampliar a sua compreensão para além do olhar restrito à idade. Este fator, no entanto, não pode ser desconsiderado no curso de vida dos indivíduos pois trata-se de um importante marcador de fatos e fenômenos para o ser humano.

Tal afirmação é observada no estudo de Pilger, Menon e Mathias (2011), em que fatores como estudo e condições econômicas se diferenciam entre as pessoas mais velhas. A escolaridade, nesse sentido, foi mais presente entre os idosos mais jovens, ou seja, de 60 anos ou mais, do que os idosos mais velhos de 80 anos ou mais.

No presente estudo observou-se também a interferência da idade no bem-estar entre o grupo de idosos, refletindo de forma diferenciada o seu envelhecimento. Categorizada a partir de três grupos etários (60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos ou mais), a faixa etária mais velha apresentou um risco maior de obter um envelhecimento pouco ativo quando comparada ao grupo mais jovem.

A partir de tais resultados é possível depreender que a idade pode colaborar com o advento de fragilidade e vulnerabilidade para os indivíduos, na medida em que possibilita um decréscimo na qualidade do envelhecimento. Barros et al (2006) acrescentam ainda que a prevalência de doenças crônicas tende a aumentar muito com o aumento da idade. Da mesma forma, idosos de 80 anos e mais obtiveram grandes perdas em termos de envolvimento social, segundo achados de Rodrigues e Neri (2012).

Além da idade, o gênero tem sido discutido como outro marcador importante nas condições de envelhecimento dos indivíduos. É notório o fenômeno da feminização do envelhecimento no Brasil (LEBRÃO, 2005), uma vez que as mulheres têm vivido mais do

que os homens por diversos fatores que têm incidido sobre condições socioculturais. No entanto, tal fenômeno não necessariamente está atrelado a boas condições de vida. Ao contrário, ser mulher idosa no país vêm se configurando como um desafio devido ao acúmulo de desigualdades de gênero ao longo da vida (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

Debert (2013) chama atenção também para uma outra perspectiva desse envelhecimento feminino. Para alguns estudiosos, a velhice das mulheres seria mais suave do que a dos homens a partir de argumentos como a manutenção por elas de vínculos mais fortes com os filhos, a ruptura menos violenta em relação a vida no trabalho e a habituação a mudanças mais drásticas com relação ao corpo.

O resultado do presente estudo, a respeito do sexo, traz que as mulheres estão mais suscetíveis ao envelhecimento aqui definido como “médio ativo” do que os homens. Assim, as idosas e os idosos diferem quanto a forma de envelhecer, estando as mulheres em desvantagem e vulnerabilidade maior que os homens.

Num estudo de abordagem de diferenças entre gênero para resposta a eventos estressantes da vida (morte, problemas de saúde, etc.), observou-se que homens e mulheres respondem de forma diferente aos estímulos. A mulher, no entanto, apresenta uma média ainda maior de estresse do que os homens (OLIVEIRA; CUPERTINO, 2005). Tal fato aponta para mais uma difícil condição do envelhecimento feminino.

A cor da pele, como outra importante característica a ser observada no estudo, traz à tona a importância de discussões sobre questões raciais também no momento em que se vivencia a velhice. O questionamento aos participantes do estudo se deu a partir da autoafirmação deles quanto a esse item.

Essa forma de questionamento permitiu aos participantes se expressarem livremente de acordo com a visão de si mesmo. Vale ressaltar que tal atitude torna-se importante na medida em que discussões étnicas e raciais são complexas e a auto percepção permite abrir caminhos para a compreensão da forma como os indivíduos se avistam na sociedade.

Numa busca não sistemática a respeito da relação entre a cor da pele e apontamentos sobre diferenças étnico-raciais na velhice, poucos estudos foram encontrados. Apesar de ser uma discussão profunda e que permeia a constituição das relações sociais no Brasil, tal temática quando voltada para as pessoas idosas torna-se escassa.

Dentre estudos envolvendo a saúde de pessoas idosas e as diferenças baseadas em cor da pele, é possível citar Souza et al. (2012), com o objetivo de avaliar questões relacionadas a raça e ao uso de serviços de saúde bucal por idosos. Dentre seus achados, os

autores concluíram que a raça pode limitar a utilização de serviços odontológicos por pessoas idosas e aquelas que se autodenominam negras são mais propensas a não frequentar os serviços de saúde bucal do que os idosos e idosas que se autodenominam de cor branca.

A abordagem da cor da pele adotada por este estudo se diferenciou do anteriormente mencionado na medida em que se utilizou de duas categoriais, aquela referente a cor da pele branca e a outra referente as demais cores da pele tal qual referenciadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em suas pesquisas, ou seja, preta, parda, amarela e indígena.

A categorização não se deu à toa, mas ocorreu no intuito de problematizar tal temática a partir da compreensão de que historicamente pessoas ditas com a cor da pele branca, apresentaram um padrão diferenciado de oportunidades na sociedade, em detrimento dos outros indivíduos no Brasil. Tal fato repercute também com expressões de desigualdades e discriminações sociais, ocasionando ainda profundas expressões de violência por motivos raciais e étnicos no país.

Como resultado significativo do presente estudo, observou-se que há uma vulnerabilidade maior para aquelas pessoas idosas que se compreendem como tendo uma cor de pele diferente daquela dita como branca. Corroborar, assim, com os achados de Souza et al. (2012) já mencionados e que afetam o cuidado com a saúde, dentre outros fatores.

Somando-se aos fatores até aqui discutidos, ou seja, idade, sexo e cor da pele, a importância da dieta para as pessoas idosas deste estudo também foi significativa a nível de observação sobre o consumo de açúcar pelos participantes. Observa-se, portanto, que há uma associação entre aquilo que se consome (neste trabalho especificamente o açúcar) e a qualidade do envelhecimento.

Há em geral uma grande preocupação com o consumo do açúcar por pessoas idosas. Isso pode ser explicado em parte pelo aumento nos últimos anos de doenças crônicas relacionadas ao seu consumo na sociedade. Afinal, obter uma dieta rica em gorduras, destacando-se o açúcar, típica da cultura ocidental, está positivamente associada à maior ocorrência de doenças cardiovasculares e obesidade (MARQUES et al., 2007).

O presente estudo traz, no entanto, um dado inusitado quanto a esse consumo do açúcar na medida em que, para o grupo de pessoas idosas pesquisadas o fato de não consumir açúcar é fator de risco para o envelhecimento “pouco ativo”. Contudo é importante destacar que a pesquisa realizada não buscou observar as condições de saúde orgânica dos idosos e idosas participantes. Não se sabe, portanto, se existem doenças crônicas dentre essas pessoas e se tais doenças implicariam neste resultado. Coloca-se como necessário, portanto, o

desenvolvimento de pesquisas posteriores que abordem tal temática utilizando-se do referencial do envelhecimento ativo para sua interpretação.

6.3 O CONVÍVIO FAMILIAR COMO UMA REDE SOCIAL E COMUNITÁRIA

Diversas discussões vêm sendo geradas a respeito dos vínculos familiares em todos os momentos da vida humana. O conceito de família, assim, pode ser concebido como velho no sentido de que o ser humano em qualquer que seja o vínculo (consanguíneo ou filantrópico) deve contar com alguém ou com um grupo de pessoas que lhe ofereça cuidados necessários para sobreviver. Pode ser entendido também como permanentemente novo devido as constantes transformações e remodelamentos advindos das mudanças na sociedade na qual se insere (BOARINI, 2003).

O estudo de Silva, Bessa e Oliveira (2004) traz uma importante observação a respeito da convivência familiar e pessoas idosas. Em seus achados, os autores informam que o fato de morar sozinho não é determinante para uma qualidade de envelhecimento ruim. De outra forma, pessoas idosas que dividem suas moradias com outros que não eram seus filhos apresentavam escores medianos mais baixos de qualidade de vida.

No presente estudo a falta de convivência com familiares demonstrou afetar a qualidade do envelhecimento. Embora o resultado não tenha levado em consideração a moradia ou não sob o mesmo teto entre a pessoa idosa e seus familiares, observou-se que há um risco de se reduzir a qualidade do envelhecimento para “médio ativo” para aquelas pessoas mais solitárias.

Apesar dos resultados diferentes, os dois estudos trazem considerações importantes na medida em que constituir vínculos é necessário para um bom envelhecimento. No entanto, é válida a ressalva de que, para além da quantidade de pessoas com as quais frequentemente se tem o contato, o mais importante estaria na qualidade dessas relações.

Relações com resultados afetivos agradáveis desempenham um papel importante na construção e manutenção da qualidade do envelhecimento porque as pessoas atribuem um valor positivo aos parceiros sociais. Uma boa dinâmica entre as relações familiares associa-se à melhor qualidade de vida dos idosos, compreendendo-se assim o quanto são relevantes tais

interações (RABELO; NERI, 2015). O convívio com familiares possibilita, portanto, que tais valores positivos venham a florescer no cotidiano da vida de idosos e idosas.

Achados de Leite *et al.* (2008) trazem informações a respeito da necessidade de criação de redes sociais como atividade típica do ser humano. Isto porque a vida é permeada de situações alegres ou não e comumente os indivíduos desejam e necessitam se socializar com outras pessoas. Os idosos, a partir do desenvolvimento de vínculos sociais e familiares demonstraram um envelhecimento com melhor qualidade, podendo a partir dessas redes contribuir com a sociedade desenvolvendo atividades sociais de modo a se manterem ativos e se sentirem bem em relação a si mesmos.

6.4 CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO RELACIONADAS AOS ANOS DE ESTUDO E OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO

O aprendizado possibilita compreensões entre o indivíduo e o mundo. Como parte desse processo, o ensino formal tende a contribuir com a revelação de um novo olhar sobre as ações do cotidiano. As condições de vida e de trabalho, nesse sentido, podem se apresentar na sociedade de melhor qualidade ou não de acordo com o grau de instrução.

Inouye (2010) coloca ainda que quanto mais alto é o grau de instrução, mais amplos tendem a ser os recursos para adaptação ao meio. Para a pessoa idosa essa afirmação se torna ainda mais relevante devido ao momento peculiar da vida em que ocorrem grandes transformações. Da mesma forma, achados de Lebrão (2005) informam que diversas condições podem alterar a percepção dos idosos e idosas em relação à sua saúde e a escolaridade seria uma delas.

Achados do presente estudo corroboram com tais afirmações, uma vez que se identificou uma redução na qualidade do envelhecimento dentre as pessoas idosas que informaram ter estudado cinco anos ou menos durante a vida. Tal fato configurou-se como um risco de se obter um nível “médio ativo”.

Observa-se que na compreensão de fatores mentais e comportamentais a escolaridade também incide como relativizante, tal qual apontam Lourenço e Veras (2006). Pessoas idosas com pior escolaridade apresentaram-se mais sedentárias e ingeriram menos frutas verduras ou legumes, segundo estudo de Lima-Costa (2004).

Outro fator significativo para as condições de vida e de trabalho no presente estudo foi a respeito da ocorrência de acidentes de trabalho. Embora haja uma possível subnotificação dos casos no país (BAKKE; ARAÚJO, 2010), esse tipo de agravo tem gerado grandes dificuldades para a população de uma forma geral, quer seja economicamente, quer seja sobre a saúde dos indivíduos.

Assim, pode-se compreender que os acidentes de trabalho expressam o desgaste do trabalhador. A partir do trabalho de Almeida e Barbosa-Branco (2011), observa-se que há uma maior utilização de auxílios-doença por acidentes de trabalho para a faixa etária de 40 anos ou mais indicando a idade como fator contributivo para esse resultado.

Os autores informam ainda que a exceção para este resultado está apenas no grupo exposto as doenças referentes às lesões, uma vez que lá observa-se uma redução das ocorrências com o aumento da idade. Tal fato encontraria explicação no argumento de que com o avançar da idade as exposições a riscos traumáticos no trabalho reduziriam, além da maior experiência adquirida com os anos que possibilitariam uma redução do risco.

O presente estudo compartilha das afirmações dos autores supracitados, uma vez que os resultados adquiridos informam que não sofrer acidente de trabalho durante a vida pode ser considerado um fator de proteção para o envelhecimento ativo. Demonstra-se assim, que a qualidade de vida no trabalho interfere no envelhecimento, podendo ser um aliado para a longevidade ou um fator estressor ocasionando danos com o passar do tempo.

Ponto importante nas discussões a respeito do envelhecimento ativo, o mundo do trabalho toma destaque na medida em que se busca romper com concepções arcaicas baseadas somente na idade como fator decisivo para se continuar a vida laboral ou não. Categoria ineliminável da vida humana, o trabalho permite ao homem ser livre e criar conscientemente a sua realidade. Por ele, o ser constitui sua subjetividade (LUCKÁCS, 2012).

Evidencia-se a partir desse ponto de vista o valor do trabalho para a vida e seu caráter transformador. Contraditoriamente, tal caráter vem sendo esvaziado da vida do trabalhador inserido na lógica de organização do capital na sociedade. Excludente, a lógica neoliberal tem ameaçado os direitos sociais conquistados pela a classe trabalhadora, além de expor os indivíduos a condições precárias para exercer suas atividades. Deixando vulneráveis os trabalhadores, tais fatos acabam contribuindo para que hajam acidentes de trabalho, muito dos quais são evitáveis.

Favorecer a continuidade do trabalho para as pessoas independente de suas idades se torna uma prerrogativa importante para a sociedade e, em especial, para a pessoa idosa, dado o valor de tal atividade na constituição do indivíduo. Faz-se necessário, contudo, que tal

favorecimento venha acompanhado de condições dignas e seguras para o seu desenvolvimento.

6.5 RENDA COMO MACRODETERMINANTE SOCIAL

No último nível do modelo esquemático para compreensão das relações tecidas pelos determinantes sociais da saúde, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais se destacariam na vida dos indivíduos de forma macro. Estaria presente, assim, nas demais relações estabelecidas pelo ser humano e o seu meio social, afetando a saúde nesses termos.

Dentre os possíveis determinantes integrantes desse nível, a renda adentrou como significativo para a população do estudo. Tal resultado aponta para a importância de se observar a interferência de fatores econômicos na qualidade do envelhecimento. Importa lembrar também que os idosos têm sido os principais provedores da renda familiar na atualidade.

Diversos estudos trazem a importância da renda nas condições de saúde da pessoa idosa (RAMOS, 2003; FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004; LIMA-COSTA; MATOS; CAMARANO, 2006). Sabe-se que pessoas que vivem em situações econômicas desfavoráveis tem uma maior exposição a riscos de doenças e morte. Pessoas idosas com 80 anos ou mais se apresentam em alguns estudos como de classes econômicas mais baixas (PASKULIN; VIANNA, 2007).

O estudo aqui discutido obteve resultados diferentes dos estudos anteriormente mencionados. Pessoas idosas com renda de até dois salários mínimos apresentariam mais chances de ter um envelhecimento pouco ativo em comparação às que referiram viver com apenas um salário mínimo.

Contrariando expectativas recorrentes, onde se espera que índices elevados de renda sejam indicativos de um envelhecimento mais ativo, os resultados apontados sugerem que podem existir outros fatores que incidam sobre a população estudada, mas que não foram identificados. Vale ressaltar que este estudo trabalhou com um público reduzido de 155 pessoas idosas. Tal fato pode vir a limitar inferências sobre a variável renda aqui exposta, uma vez que se trata de um ponto complexo e que interfere nas condições de saúde das pessoas de uma forma ampla.

Apresentando consistência com os resultados aqui encontrados, foi possível citar achados de Neri e Soares (2007). Os autores encontraram que as pessoas idosas, quando categorizadas por idade, obtinham valores representativos para a saúde. Assim, idosos e idosas com idade maior que 65 anos e renda domiciliar menor que meio salário mínimo apresentavam chances reduzidas de estar acamados. Tal resultado do estudo possibilita observar que o fator econômico da renda atua com proporções inversas em um dos aspectos relevantes da qualidade do envelhecimento, ou seja, a capacidade funcional.

É notável que a renda atua como forte determinante para a saúde dos indivíduos de uma forma geral. Na perspectiva do envelhecimento ela implica em condicionar o acesso a meios que possibilitam atingir um processo de qualidade ao longo da vida. Ainda que se obtenham resultados diferentes quanto a associação entre a renda e o envelhecimento, é importante frisar que os indivíduos estão inseridos numa complexa forma de organização social, definida a partir de processos históricos que atuarão sobre as condições de vida.

Tais processos se mostram heterogêneos entre os grupos sociais. Ainda que compartilhando de estágios de vida semelhantes, a exemplo da velhice, os fatores econômicos irão incidir sobre os indivíduos de formas diferentes, possivelmente levando a interpretações diferenciadas também. Considera-se, portanto, importante que hajam pesquisas que busquem compreender a fundo como essas relações se estabelecem e como elas afetam as pessoas idosas. Não estanques no tempo, tais considerações permitem chegar a uma aproximação da complexidade social na qual fatores econômicos como a renda condicionam a trajetória de vida dos indivíduos.

Nessa eterna busca de compreensão e aproximação da realidade, é válido ainda refletir sobre as relações sociais a nível de globalização como característica dos tempos atuais. As mudanças comportamentais adentram as tecnologias em todos os meios e inevitavelmente vão refletir no envelhecimento alterando a forma como a pessoa idosa se insere na sociedade. Nesses tempos de pós-modernidade, embora haja uma maior flexibilidade e variedade entre as faixas etárias, paradoxalmente a velhice ainda é temerosa dentro da lógica do “agora” colocado. Procura-se aqui somente sinalizar a importância de tal temática no processo de envelhecimento, sendo necessário o desenvolvimento de posteriores pesquisas para o seu devido aprofundamento.

As questões levantadas nesse estudo possibilitaram evidenciar que se está diante de uma temática complexa, fruto de relações estabelecidas em sociedade. De tal forma, as considerações aqui expostas buscaram se aproximar das compreensões sobre o envelhecer a partir da concepção libertadora e transformadora do conceito Envelhecimento Ativo.

Buscar compreender sua complexidade, no entanto, não seria possível sem que houvesse um mergulho nas determinações sociais que adentram a saúde e possibilitam a ocorrência de sua expressão na sociedade. Os diversos resultados e discussões desenvolvidas durante todo o processo foram provocativos em suas elucidações.

A busca por meios de medições do conceito de envelhecimento ativo, procurando-se respeitar o seu intuito revolucionário dentro da gerontologia, foi mais uma dessas provocações, tendo em vista a sua falta de definição fechada. Esse caráter, por sua vez, também foi um motivador para esse estudo, na medida em que revelou a sua essência transformadora, não se permitindo ficar estanque, mas ao contrário, buscando acompanhar as eternas transformações inerentes à vida em sociedade.

Adquirir respostas aos questionamentos feitos acaba sendo um desafio aquém de qualquer estudo, na medida em que não se observa o objeto de pesquisa de fora, mas se encontra inserido na sua mesma dinâmica, fazendo-se, assim, parte do mesmo processo. As conclusões, portanto, sempre serão relativas, não permitindo a sua total compreensão, mas sim aproximações sucessivas de sua manifestação, tal qual uma característica própria da realidade em si.

Como aproximação de tal realidade, os indicativos deste estudo foram, portanto, verdadeiros para a população participante da pesquisa. Possibilitaram evidenciar manifestações de suas velhices e pontuar questões que afetam de forma mais significativa a qualidade do envelhecimento, ao menos na ótica da saúde.

Utilizar-se do modelo esquemático criado por Dahlgren e Whitehead também possibilitou realizar uma visualização mais clara da forma como dialogam entre si os determinantes sociais da saúde.

Retomando-se a pergunta que abre esse estudo, ou seja, “qual a relação entre o envelhecimento ativo e os determinantes sociais da saúde?”, a resposta pretendida poderá ser dada apenas parcialmente. Isto devido ao caráter amplo e impreciso do conceito de envelhecimento ativo, aqui trabalhado somente por uma de suas facetas, ou seja, a saúde. Da mesma forma, cada determinante social exposto, serviu apenas de indicativo de suas manifestações na população estudada, sendo pretensioso fazer profundas inferências a seu respeito.

Pontua-se, no entanto, limitações nesse estudo, como a reduzida população de 155 pessoas idosas, não permitindo inferir discussões mais profundas que se estendam a outras realidades de idosos e idosas. Outra limitação é a de que, devido à complexidade com que se apresentam os determinantes sociais da saúde aqui trabalhados, foi possível somente colher

indicativos de como se apresentam na realidade trabalhada, não se dispensando atenção mais profunda a cada fator desses.

Sinaliza-se a necessidade de desenvolvimento de pesquisas posteriores que permitam o aprofundamento de cada determinante e sua possível influência sobre o envelhecimento ativo. Contudo, o estudo aqui desenvolvido pode ser entendido como uma contribuição relevante acerca da temática trabalhada, tendo em vista sua atual importância no campo da gerontologia. Busca-se, assim, somar-se a outros já desenvolvidos numa relação de constante atualização da abordagem do objeto investigado.

7 CONCLUSÃO

A indagação do estudo obtém como resposta que a relação estabelecida entre o envelhecimento ativo e os determinantes sociais da saúde é sem dúvida indissociável. Em algum nível sempre se observará a ação de algum determinante social da saúde afetando o envelhecimento, seja enquanto fator de risco para a sua qualidade, seja como fator de proteção permitindo aflorar todo o potencial de vida dos indivíduos.

Observou-se a idade, o sexo e o consumo de açúcar como determinantes pertencentes aos aspectos individuais e de estilo de vida das pessoas idosas. O acúmulo de idade revelou ser fator de risco para um envelhecimento ativo, podendo colaborar com o surgimento de fragilidades. Quanto ao sexo, a mulher durante a vida está mais exposta a condições de desvantagem em relação aos homens. Com o advento da velhice, esta situação permanece, agora somando-se a outros fatores que agravam ainda mais sua situação.

A cor da pele, por sua vez, revelou que há uma maior vulnerabilidade para aquelas pessoas idosas que se compreendem como tendo uma cor de pele diferente daquela dita como branca. O consumo de açúcar, por fim, se mostrou como dado inusitado dentro dos resultados. Isto porque os idosos e idosas que informaram não fazer uso deste alimento estão mais suscetíveis a ter maiores chances para o envelhecimento pouco ativo.

Pessoas idosas com fracas ou inexistentes relações de convívio familiar apresentaram também mais chances de desenvolver um envelhecimento médio ativo, demonstrando a importância dessa rede. Da mesma forma, o menor tempo de estudo pode reduzir a qualidade do envelhecimento.

A variável referente a acidente de trabalho, foi a única a revelar fator de proteção para as pessoas idosas participantes do estudo. Dessa forma, não ter sofrido nenhum acidente desta natureza durante a vida possibilita adquirir um melhor envelhecimento em comparação àqueles que já sofreram alguma intercorrência dessa natureza. Por fim, a renda demonstrou que pessoas idosas que vivem com um valor menor podem apresentar um envelhecimento com melhor qualidade do que aquelas com renda maior. O envelhecimento ativo mostrou ser influenciado pelos determinantes em quaisquer níveis de abrangência, desde os aspectos individuais aos macro determinantes.

REFERÊNCIAS

- ADLER, N. E. Health disparities: monitoring, mechanism and meaning. *In: conference on understanding and reducing disparities in health – behavioral and social sciences research contributions*, 2006, Bethesda. Maryland, Bethesda, 2006.
- ALBUQUERQUE, S.M.R.L. *Envelhecimento Ativo: desafios dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos*. 2005. Tese (Doutorado em Ciências), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ALMEIDA, M. F. Envelhecimento: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise... *Fórum Sociológico*. Lisboa, n. 17, II série, p. 17-24, 2007.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto do conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set-dez, 2009.
- ALMEIDA, P. C. A.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesas previdenciária dos auxílios-doença. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v. 36, n.124, p. 195-207, 2011.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, out-dez, 2012.
- BARATA, R. B. Epidemiologia Social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.
- BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. *In: CAMPOS, G.W.S. et al (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva (2ª ed.)*. Rio de Janeiro (RJ): HUCITEC, 2008, p. 457-486.
- BAKKE, H. A.; ARAÚJO, N. M. C. Acidentes de trabalho com profissionais de saúde em um hospital universitário. *Produção*. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 669-676, out-dez, 2010.
- BARROS et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.
- BOARINI, M. L. Refletindo sobre a nova e a velha família. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. spe, p. 1-2, 2003.

BOUDINY, K. 'Active Ageing': from empty rhetoric to effective police tool. *Ageing and Society*. Cambridge, v. 33, p. 1077-1098, 2013.

BOWLING, A. Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Ageing & Mental Health*. Londres, v. 12, n. 3, p. 293-301, mai, 2008.

BOWLING, A. Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples. *Age & Ageing*. Oxford, v.38, n.6, p. 703-710, 2009.

BRITTO DA MOTTA, A. Visão antropológica do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. Et al (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

BRITTO DA MOTTA, A. Envelhecimento e sentimentos do corpo. In: Minayo, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 2002, p. 37-50.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção de saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p. 2005-2008, 2006.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v.20, n. 7, p. 2221-2237.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: Freitas, E.V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2^a ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2006, p. 106-130.

COMBINATO, D. S. et al. "Grupos de conversa": saúde da pessoa idosa na Estratégia de Saúde da Família. *Psicologia e Sociedade*, Minas Gerais, v. 22, n. 3, p. 558-568, 2010.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). *As causas sociais da iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COSTA, A.M. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n. 83, p. 443-446, set-dez, 2009.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DEBERT, G. G. Feminismo e velhice. *Sinais Sociais*. Rio de Janeiro, v.8, n.22, p. 9-86, maio, 2013.

DE SÃO JOSÉ, J.; TEIXEIRA, A. R. Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*. Lisboa, v. 49, n. 210, p. 28-54, 2014.

DIAS, R. B. M. et al. Tonturas e quedas em idosos: um olhar a partir da teoria do desengajamento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 245-260, 2011.

DOLL, J. et al. Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 12, p. 7-13, 2007.

FARIAS, R.G. *Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade*. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-176.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, nov-dez, 2004.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, jul-set, 2012.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p.380-387, set-dez, 2009.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

HASKELL, W.L. et al. Physical activity and public health: update recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Stanford, v. 39, n. 8, p. 1423-1434, 2007.

HEIN, M.A. & ARAGAKI, S.S. Saúde e envelhecimento: um estudo das dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 17, n. 8, p. 2141-2150, 2012.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. *Applied logistic regression*. Danvers: John Wiley & Sons, Inc., 2ª ed., 2000.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1ª ed., 2009.

IBGE. *Indicadores sociodemográfico e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IBGE. Sala de Imprensa. *População brasileira deve chegar ao máximo (228,4 milhões) em 2042*.

INOUYE, K. et al. Percepções e suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010.

INTERNATIONAL LONGEVITY CENTRE BRAZIL (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL). *Active Ageing: A policy framework in response to the longevity revolution* (1ª ed.). Rio de Janeiro: 2015.

JUNG, T.; WICKRAMA, K. A. S. An introduction to latent class growth mixture analysis and growth mixture modeling. *Social and Personality Psychology Compass*, Malden, v.2, n. 1, p. 302-317, 2008.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. Londres, v. 55, p. 693-700, 2001.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, Barueri, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LEITE et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.17, n.2, p. 250-257, abr-jun, 2008.

LIMA-COSTA, M.F.; MATOS, D.L.; CAMARANO, A.A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 941-950, 2006.

LOPES, L. M. P. Envelhecimento Ativo: uma via para o bem-estar. *Fórum Sociológico*. Lisboa, n. 17, II Série, p. 65-68, 2007.

LUCKÁCS, G. *Para uma ontologia do ser social I*. São Paulo: Boitempo, 2012.

LYNOTT, R. J.; LYNOTT, P. P. Tracing the course of theoretical development in the Sociology of Aging. *The Gerontologist*, Estados Unidos da América, v. 36, n. 6, p. 749-760, 1996.

MARIN, et al. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 147-154, 2012.

MARQUES, A. P. O. et al. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 231-242, 2007.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago, 2010.

MENDOZA-NÚÑEZ, V. M.; MARTÍNEZ-MALDONADO, M. L.; CORREA-MUÑOZ, E. Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. *BMC Geriatrics*. London, v.40, n.9, p. 1211-1221, 2014.

- MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. *In: Minayo, M. C. S.; Coimbra Jr., C. E. A. (Orgs.). Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 2002, p. 11-24.
- MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-209, fev, 2012.
- MOREIRA, M. C. *Determinação Social da Saúde: Fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira*. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 54-56, 2008.
- NERI, M. C.; SOARES, W. L. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1845-1856, ago, 2007.
- NERI, A. L. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e sociologia. *In: NERI, A. L. (Org.). Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas (4ª ed.)*. Campinas (SP): Papirus, 2008, p. 11-38.
- NYLUND, K. L.; ASPAROUHOV, T.; MUTHÉN, B. O. Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: a Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, California, v. 14, n. 4, p. 535-569, 2007.
- OLIVEIRA, B. H. D.; CUPERTINO, A. P. F. B. Diferenças entre gênero e idade no processo de estresse em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade – Estudo PENSA. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão*. Documento de discussão - Conferência Mundial sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro: Organização Mundial de Saúde, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*/World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.
- PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos.

In: Freitas, E.V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2^a ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2006, p. 2-12.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas, E.V. et al. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2^a ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2006, p. 147-153.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-768, 2007.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 47, n.1, fev, 2013.

PINTO, P. F. *Envelhecimento ativo, capacidade funcional e atividade física: análises de fatores que contextualizam o processo de envelhecimento e sua percepção por parte de pessoas idosas*. 2013. Tese (Doutorado em Ciências da Vida). Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova Lisboa, Lisboa, 2013.

QUARESMA, M.L. Questões do envelhecimento nas sociedades contemporâneas. *Kairós Gerontologia*. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 21-47, 2008.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 507-519, 2015.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai-jun, 2003.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, n.8, ago, 2012.

SABRY, M.O.D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. *Jornal de Pneumologia*, Brasília, v. 25, n. 6, p. 313-320, 1999.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v. 25, n. 4,

p.585-593, out-dez, 2008.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, Notícias. *Presidenta Dilma assina Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo*. Disponível em < <http://www.sdh.gov.br/noticias/2013/outubro/presidenta-dilma-assina-compromisso-nacional-para-o-envelhecimento-ativo>> Acesso em: 30 dez. 2014.

SILVA, M. J.; BESSA, M. E. P.; OLIVEIRA, A. M. C. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. *Ciência y Enfermería*. Concepción, v.10, n.1, p. 31-39, 2004.

SILVA, J. S. F. *Modelagem de equações estruturais: apresentação de uma metodologia*. 2006. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SILVA, I. R.; GUNTHER, I. A. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de Curso de Vida. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Brasília, v.16, n.1, p. 31-40, jan-abr, 2000.
SIQUEIRA, M. E. C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: NERI, A. L. (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (4ª ed.). Campinas (SP): Papyrus, 2008, p. 73-112.

SOBRAL, A; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para a operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35-47, 2010.

SOLAR, O.; IRWIN, A. *Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde: ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde* (Rascunho). Genebra: OMS, 2005.

SOUZA et al. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2063-2070, 2012.

TAMBELLINI, A.T.; SCHUTZ, G.E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n. 83, p.371-379, set-dez, 2009.

THANAKWANG K, ISARAMALAI SA, HATTHAKIT U. Development and psychometric testing of the active aging scale for Thai adults. *Clinical Interventions in Aging*, v. 9, p.1211-1221, 2014.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. *In: Minayo, M. C. S.; Coimbra Jr., C. E. A. (Orgs.). Antropologia, saúde e envelhecimento.* Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 2002, p. 25-35.

VICENTE, F. R. *Validação de conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do Envelhecimento Ativo.* 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto & Contexto Enfermagem.* Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 370-378, Abr-jun, 2013.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Protocolo n.º: _____

DADOS PESSOAIS:

1. Nome completo: _____

2. Idade (Anos completos): _____

3. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

4. Cor da pele:

(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena

5. Estado Civil:

(1)Casado(a) (2)Desquitado(a)/separado(a) judicialmente (3)Divorciado(a) (4)Viúvo(a)
(5)Solteiro(a)

ESTILO DE VIDA DOS INDIVÍDUOS

6. Tabagismo:

(1)Tabagista (2)Não Tabagista (3)Ex-tabagista

Nº Cigarros/dia: _____ Se parou, faz quanto tempo? _____

7. Consumo de álcool:

- O senhor consome alguma bebida alcoólica pelo menos uma vez por mês?

(1) Consumidor (2)Não consumidor (3)Ex-consumidor

Quantas vezes na semana? _____ Tipo de bebida: _____

8. Dieta:

- Como o senhor(a) percebe a sua saúde nutricional?

(1)Excelente (2)Boa (3)Regular (4)Ruim (5)Muito ruim

Come frutas? (1) sim (2) não Quantas vezes na semana? _____

Come folhas verdes? (1) sim (2) não Quantas vezes na semana? _____

Come alimentos gordurosos? (1) sim (2) não Quantas vezes na semana? _____

Come açúcar? (1) sim (2) não Quantas vezes na semana? _____

9. Exercícios Físicos:

- O senhor(a) realiza atividade física semanal (caminhada, dança, hidroginástica, alongamento, natação, musculação, etc.)?

(1) Sim (2) Não

Há quanto tempo? _____ Tipo de atividade: _____

Lazer: (1) sim (2) Não

10. Estresse:

- O senhor(a) considera que vem passando por alguma vivência sob pressão, tensão, ansiedade e/ou esgotamento? (1) Sim (2) Não

11. Meios de informação que utiliza: (1) rádio (2) televisão (3) rádio comunitária (4) jornal/revista (5) outros: _____

CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO

12. Tipo de moradia:

(1) Casa (2) Apartamento (3) Rústico (taipa, madeira aproveitada, etc.) (4) quarto/cômodo

13. Condição de moradia:

(1) Própria (2) Alugada (3) Cedida

14. Número de pessoas residentes na moradia: _____

15. Esgotamento Sanitário:

(1) Rede Coletora (2) Fossa (3) Escoamento para vala, rio, lago ou mar diretamente
(4) Outro: _____

16. Origem da água: (1) rede geral (2) poço ou nascente (3) outro: _____

17. Coleta de Lixo:

(1) Coletado (2) Queimado (3) Enterrado (4) Jogado em terreno baldio, rio, lago ou mar (5) Outro destino: _____

18. Poluição Sonora:

- O senhor(a) se sente incomodado pela intensidade excessiva de ruídos desagradáveis e/ou prejudiciais na sua rua? (1) Sim (2) Não

19. Poluição do ar:

- O senhor(a) se sente incomodado com a presença no ar de fumaça, lixo, produtos químicos e outros na sua rua? (1) Sim (2) Não

20. Alfabetização:

- O senhor(a) é capaz de ler e escrever um bilhete simples? (1) Sim (2) Não
Anos de estudo: _____

21. Ocupação atual: _____

22. Acidentes de Trabalho:

- O senhor(a) já sofreu alguma lesão corporal, limitação funcional ou doença devido o seu trabalho ou no seu ambiente de trabalho, determinando perda, total ou parcial, permanente ou temporária, de sua capacidade para o trabalho? (1) Sim (2) Não

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS, CULTURAIS E AMBIENTAIS GERAL

24. Fonte de renda:

(1) Trabalho (2) Aposentadoria (3) benefício social (4) Terceiros

Renda familiar (salários mínimos): _____

25. Provento Salarial:

Quem é responsável pela renda familiar? (1) Pessoa idosa e outro familiar (2) Pessoa idosa somente

REDES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS

26. Convívio com grupo familiar e de forte afeição:

- O senhor(a) visita seus parentes ou amigos pelo menos 2 vezes por semana? (1) Sim (2) Não

27. Participação em grupos de convivência:

- O senhor(a) participa de alguma atividade de grupo, pelo menos 1 vez a cada 15 dias (grupos religiosos, associação de moradores, grupos de convivência e/ou clubes, grupos de dominó)? (1) sim (2) não

- Há quanto tempo? _____ Tipo de grupo: _____

28. Acesso a rede de assistência à saúde:

- O senhor(a) utiliza algum serviço de saúde fora o postinho (Policlínicas, Hospitais, CAPS, UPA, etc)? (1) Sim (2) Não

29. Acesso às redes de assistência social:

- O senhor(a) utiliza algum serviço de assistência social (CRAS, Abrigos, etc)? (1) Sim (2) Não

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **ENVELHECIMENTO ATIVO E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**, que está sob a responsabilidade da orientanda Alana Diniz Cavalcanti, telefone: (81) 96829877. E-mail: alanadcavalcanti@gmail.com. Inclusive para ligações a cobrar e está sob a orientação da Prof.^a Dra. Vanessa de Lima Silva. Telefone: (81) 9657-2306, e-mail vanelima@gmail.com e co-orientação do Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira, telefone (81) 97029933, e-mail moreirars@cpqam.fiocruz.br.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- O objetivo específico deste estudo é analisar a relação entre o Envelhecimento Ativo e os Determinantes Sociais da Saúde. Após assinado o termo de consentimento livre e esclarecido o idoso passará por alguns questionários que irão contar com algumas perguntas sobre a sua capacidade funcional, qualidade de vida e relações sociais (renda, trabalho, família, amigos e moradia).
- Pode-se considerar nesta pesquisa a presença de um risco mínimo ao voluntário, pois o único risco pode ser o constrangimento de responder as perguntas da entrevista. Se isso acontecer o (a) Sr.(a) pode deixar de responder ou pedir para suspender a entrevista e não mais participar, se assim desejar. O questionário será aplicado de forma individual em um local reservado.
- Como benefício pela participação dessa pesquisa o participante poderá refletir sobre seu envelhecimento e ampliar seus conhecimentos acerca de aspectos importantes para o bem estar social e biológico.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis

pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa como entrevistas, ficarão armazenados no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo de cinco anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **ENVELHECIMENTO ATIVO E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou ônus.

Local e data ____ / ____ / ____

Assinatura do participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Envelhecimento Ativo e Determinantes Sociais da Saúde

Pesquisador: Alana Diniz Cavalcanti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41859515.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 992.613

Data da Relatoria: 19/03/2015

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Acredita-se que a proposta atende os preceitos éticos descritos na Resolução nº466/12 do CNS, sendo indicada a liberação para início de coleta.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Protocolo avaliado em reunião do Comitê e liberado para o início da coleta de dados. APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do relatório final – pelo pesquisador – ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE via “Notificações”. O CEP, após apreciação desse relatório, emitirá Parecer Consubstanciado pelo sistema Plataforma Brasil.

RECIFE, 20 de Março de 2015

Assinado por:
Gisele Cristina da Silva Pinho
(Coordenador)

ANEXO B - ESCALA DE LAWTON E BRODY

1. Telefone:

- . Recebe e faz ligações sem assistência (3)
- . Assistência para ligações ou telefone especial (2)
- . Incapaz de usar o telefone (1)

2. Viagens:

- . Viaja sozinho (3)
- . Viaja exclusivamente acompanhado (2)
- . Incapaz de viajar (1)

3. Compras:

- . Faz compras, se fornecido transporte (3)
- . Faz compras acompanhado (2)
- . Incapaz de fazer compras (1)

4. Preparo de refeições:

- . Planeja e cozinha refeições completas (3)
- . Prepara só pequenas refeições (2)
- . Incapaz (1)

5. Trabalho doméstico:

- . Tarefas pesadas (3)
- . Tarefas leves, com ajuda nas pesadas (2)
- . Incapaz (1)

6. Medicamentos:

- . Toma remédios sem assistência (3)
- . Necessita de lembretes ou de assistência (2)
- . Incapaz de tomar sozinho (1)

7. Dinheiro

- . Preenche cheques e paga contas (3)
- . Assistência para cheques e contas (2)
- . Incapaz (1)

Classificação: < 5: Dependência Total
> 5 < 21: Dependência Parcial
21: Independência

ANEXO C - WHOQOL-OLD

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato,tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
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.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
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.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

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

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

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

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

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

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

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

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

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

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
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.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Escore: _____