

O ENVELHECIMENTO ATIVO E SUA INTERFACE COM OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Active aging and its interface with social determinants of health

Alana Diniz Cavalcanti^a, Rafael da Silveira Moreira^b, George Tadeu Nunes Diniz^b,
Mirella Bezerra Rodrigues Vilela^a, Vanessa de Lima Silva^a

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a relação entre o envelhecimento ativo e os determinantes sociais da saúde em idosos residentes em uma área coberta por serviço de Atenção Primária à Saúde. **MÉTODO:** Desenho seccional, trabalhando-se com as variáveis de exposição do modelo esquemático de Dahlgren e Whitehead e a variável desfecho *envelhecimento ativo* construída por meio da Análise de Classes Latentes. O envelhecimento foi categorizado como *muito, médio e pouco ativo*. Para análise dos dados utilizou-se a regressão multinomial, método *forward*. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 155 idosos, a maioria classificada na categoria de envelhecimento *muito ativo*. Idade avançada apresentou maior chance para envelhecimento *pouco ativo* (OR = 5,72) e *médio ativo* (OR = 3,27). Não ter convívio familiar (OR = 3,90) e ter menos de 4 anos de estudo (OR = 2,90) apresentaram-se como fatores de risco para envelhecimento *médio ativo*. **CONCLUSÃO:** O presente estudo demonstrou que ter idade avançada, não ter convívio familiar e ter menos de quatro anos de estudo estiveram associados a uma maior chance de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família apresentarem baixos níveis de envelhecimento ativo. Sugere-se que os referidos fatores sejam levados em consideração no direcionamento de políticas públicas voltadas ao envelhecimento ativo. **PALAVRAS-CHAVE:** epidemiologia; envelhecimento; saúde do idoso; determinantes sociais da saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the relationship between active aging and social determinants of health in older people living in the catchment area of a primary health care facility. **METHODS:** A cross-sectional study was conducted to assess exposure variables of the schematic model by Dahlgren and Whitehead; the outcome variable active aging was created by means of latent class analysis. Participants were categorized as highly, moderately, and minimally active. Data analysis was performed using a forward multinomial regression model. **RESULTS:** Overall, 155 elderly people participated in the study, most of them classified as highly active. Older subjects had a higher chance for being minimally active (OR = 5.72) and moderately active (OR = 3.27). Lack of a family life (OR = 3.90) and education level of 4 years or less (OR = 2.90) were shown to be risk factors for moderate levels of active aging. **CONCLUSION:** The present study demonstrated that advanced age, lack of family life, and an education level of 4 years or less were associated with a higher chance for elderly attending Family Health Strategy units to present low levels of active aging. It is suggested that these factors should be taken into account when directing public policies aimed at active aging. **KEYWORDS:** epidemiology; aging; health of the elderly; social determinants of health.

^aUniversidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

^bCentro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz – Recife (PE), Brasil.

Dados para correspondência

Alana Diniz Cavalcanti – Programa de Pós-graduação em Gerontologia – Universidade Federal de Pernambuco – Avenida Prof. Moraes Rego, 1.235 – Cidade Universitária – CEP: 50670-901 – Recife (PE), Brasil – E-mail: alanadcavalcanti@gmail.com

Recebido em: 14/11/2017. Aceito em: 02/02/2018

DOI: 10.5327/Z2447-211520181700078

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser considerado uma conquista e uma responsabilidade de toda a sociedade e dos gestores públicos.¹ Com a utilização do termo envelhecimento ativo,² a Organização Mundial da Saúde (OMS) introduziu a perspectiva de pessoa idosa como sujeito participativo em sua própria dinâmica de saúde.

Os serviços públicos nesse sentido são proporcionadores das condições para a fluidez da vida, considerando o contexto familiar e a rede social dentro dessa realidade.³

Alguns países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, consideram o envelhecimento populacional a partir de um perfil particular em que se observa a superposição de processos epidemiológicos, associados a desfavoráveis contextos políticos, sociais e econômicos. Entende-se, assim, que a disparidade social pode variar de acordo com os grupos demográficos inseridos na sociedade e suas condições socioeconômicas.⁴

A compreensão da saúde a partir da determinação social tem sua explicação maior associada à forma como a sociedade está organizada para a produção da vida material e social. Relaciona-se com as forças produtivas e as relações sociais de produção, situadas historicamente em uma formação social.⁵

Observa-se, portanto, a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o processo de determinação social da saúde e suas relações com a velhice. Somado a isso, este estudo traz elementos objetivos para a condução de políticas públicas voltadas ao segmento idoso. Diante de tais questões, esta pesquisa teve como objetivo investigar a relação entre os determinantes sociais da saúde e o envelhecimento ativo em pessoas idosas residentes em uma área abrangida por serviço de Atenção Primária à Saúde (APS).

MÉTODO

O estudo foi transversal, de base populacional, tendo como área de investigação um território coberto por serviço de APS na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. O número de idosos cobertos pela APS foi de 291 até o momento da coleta dos dados. Como critério de inclusão foram consideradas pessoas idosas com 60 anos ou mais, acompanhadas por uma equipe de profissionais da APS do Recife. Como critério de exclusão foi identificada a presença de comprometimento cognitivo grave que impossibilitasse a obtenção de respostas às perguntas solicitadas nos protocolos.

A coleta dos dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, registrado sob o número CAAE 41859515.8.0000.5208. Foram realizadas entrevistas e aplicação dos protocolos relativos ao envelhecimento

ativo no território de residência dos idosos. Os participantes tomaram ciência dos objetivos da pesquisa e foram convidados a participar de forma espontânea, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram consideradas como variáveis independentes aquelas referentes aos determinantes sociais da saúde presentes no modelo esquemático criado por Dahlgren e Whitehead.⁶ Devido à complexidade das variáveis que o modelo apresenta, a abordagem se limitou a colher indicativos de suas manifestações na população em estudo.

Como variável dependente buscou-se trabalhar o envelhecimento ativo a partir do documento oficial da OMS “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”² e pontos-chave do envelhecimento na sociedade: saúde, participação e segurança. O conceito foi investigado, neste estudo, apenas sob a perspectiva da saúde.

Partindo-se do princípio de que se trata de uma variável latente, o envelhecimento ativo baseou-se na medida da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos participantes. A capacidade funcional foi medida a partir da escala de Lawton e Brody (englobando oito atividades instrumentais da vida diária), e a qualidade de vida, por meio do protocolo *World Health Organization of Quality of Life Instrument - Old* (WHOQOL-OLD).⁷ Por fim, identificou-se o comportamento dos indivíduos, que foram classificados quanto ao seu desempenho.

As variáveis explicativas foram identificadas em seus distintos níveis de hierarquia, atendendo, assim, às especificações dos modelos hierarquizados.⁸ Na análise simples, foram eletivas para análise múltipla as variáveis com valor $p < 0,25$.⁹ Para análise múltipla, utilizou-se o modelo hierarquizado, começando com as variáveis pertencentes ao bloco mais distal, as quais eram introduzidas no modelo uma a uma, permanecendo aquelas estatisticamente associadas ao desfecho (nível de significância de 10%).⁸

Na construção da variável envelhecimento ativo foi utilizada a Análise de Classes Latentes (ACL),¹⁰ na qual vários modelos com diferentes números de classes latentes foram criados e testados até se encontrar o modelo ideal para expressar essa variável. Assim, os indivíduos foram classificados em grupos distintos com características homogêneas intragrupo.

Na escolha do melhor modelo estatístico da variável latente, foram observados os seguintes critérios: critério de informação de Akaike (AIC), critério de informação Bayesiano (BIC) e critério de informação Bayesiano ajustado (BIC ajustado), observando-se sempre os menores valores quando comparados o modelo atual com o anterior. Também foi considerado o maior valor da entropia.¹¹

Na abordagem de ACL, a variável latente *envelhecimento ativo* foi criada, destacando-se três classes na classificação/tipologia das pessoas idosas: *muito ativo*, *médio ativo* e *pouco ativo*.

Após a criação da variável latente *envelhecimento ativo* (variável dependente), foi realizada a análise de associação com os determinantes sociais da saúde (variáveis independentes). A regressão logística multinomial com abordagem das análises simples e múltipla (hierarquizada) foi utilizada para avaliar a associação e calcular a razão de chances (*odds ratio* — OR).

Na análise múltipla, foram repetidos os mesmos passos para os níveis subsequentes (intermediário e proximal). Ao analisar as variáveis do nível 2, permaneceram as variáveis do nível 1, mesmo ocorrendo alteração de significância estatística.⁸ A força de associação foi expressa pela OR, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Também se utilizou o teste do χ^2 de Pearson e, quando necessário, o teste exato de Fisher, considerando a

significância estatística de 5%. O software R v. 3.3.2 foi utilizado para criar a variável latente e as demais análises.

RESULTADOS

Durante a busca no território, ao final da pesquisa obtiveram-se 155 idosos participantes do estudo. A maioria foi classificada na categoria *muito ativo*, com 113 (72,9%), seguida das pessoas consideradas *médio ativas*, com 29 (18,7%) e, por fim, dos indivíduos *pouco ativos*, com 13 (8,4%) (Tabela 1).

Grande parte dos idosos pertencia à faixa etária mais jovem ($n = 74$; 47,7%), era do sexo feminino ($n = 115$; 74,2%) e tinha a cor da pele considerada preta, parda, amarela ou indígena ($n = 126$; 82,3%). A respeito do estado civil, observaram-se valores próximos entre os indivíduos que se apresentaram casados, constituindo 71 (45,9%) pessoas idosas viúvas, desquitadas ou divorciadas e solteiras (Tabela 2).

Tabela 1 Classificação da variável envelhecimento ativo de acordo com a Análise de Classes Latentes, considerando as médias da escala de Lawton e Brody e do *World Health Organization of Quality of Life Instrument - Old* (WHOQOL-OLD), o número de observações e as probabilidades no estudo (Recife, 2015).

Envelhecimento ativo	Análise das Classes Latentes			Entropia
	Pouco	Muito	Médio	
Média				
Escala de Lawton e Brody	20,4970	16,6070	11,2480	
WHOQOL-OLD	97,1890	90,0720	86,8960	
Nº de observações (Nº de indivíduos)	13	113	29	
Probabilidades (incondicional)	0,0839	0,7290	0,1871	0,9490
ALC probabilidades (diagonal)	0,9960	0,9960	0,8950	

WHOQOL-OLD: *World Health Organization of Quality of Life Instrument - Old*; ALC: *average latent class*.

Tabela 2 Associação e prevalências do envelhecimento ativo com os determinantes sociais da saúde (Recife, 2015).

Determinantes sociais da saúde	Total		Envelhecimento ativo						Valor p
			Muito		Médio		Pouco		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)									
60 a 69	74	47,74	63	55,75	8	27,59	3	23,08	0,013
70 a 79	57	36,77	36	31,86	15	51,72	6	46,15	
≥ 80	24	15,48	14	12,39	6	20,69	4	30,77	
Sexo									
Homens	40	25,81	33	29,20	3	10,34	4	30,77	0,097
Mulheres	115	74,19	80	70,80	26	89,66	9	69,23	
Cor da pele									
Branca	29	18,71	25	22,12	1	3,45	3	23,08	0,039
Preta, parda, amarela, indígena	126	81,29	88	77,88	28	96,55	10	76,92	
Estado civil									
Casado	71	45,81	56	49,56	9	31,03	6	46,15	0,201
Viúvo/divorciado/solteiro	84	54,19	57	50,44	20	68,97	7	53,85	

Continua...

Tabela 2 Continuação.

Determinantes sociais da saúde	Total		Envelhecimento ativo						Valor p
			Muito		Médio		Pouco		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tabagista									
Não tabagista	85	54,84	61	53,98	20	68,97	4	30,77	0,025
Tabagista	14	9,03	10	8,85	4	13,79	0	0,00	
Ex-tabagista	56	36,13	42	37,17	5	17,24	9	69,23	
Consumo de alimento gorduroso									
Consome	27	17,42	25	22,12	2	6,90	0	0,00	0,038
Não consome	128	82,58	88	77,88	27	93,10	13	100,00	
Consumo de açúcar									
Consome	62	40,00	46	40,71	14	48,28	2	15,38	0,127
Não consome	93	60,00	67	59,29	15	51,72	11	84,62	
Lazer									
Pratica	130	83,87	17	15,04	7	24,14	1	7,69	0,399
Não pratica	25	16,13	96	84,96	22	75,86	12	92,31	
Tipo de informação									
Televisão	26	16,77	22	19,47	3	10,34	1	7,69	0,440
Outros (rádio, jornal, internet)	129	83,23	91	80,53	26	89,66	12	92,31	
Convívio familiar									
Existe	48	30,97	5	17,24	2	15,38	41	36,28	0,069
Não existe	107	69,03	24	82,76	11	84,62	72	63,72	
Rede de saúde pública									
Utiliza	73	47,10	13	44,83	4	30,77	56	49,56	0,422
Não utiliza	82	52,90	16	55,17	9	69,23	57	50,44	
Rede de assistência social									
Utiliza	23	14,84	3	10,34	4	30,77	16	14,16	0,186
Não utiliza	132	85,16	26	89,66	9	69,23	97	85,84	
Lixo									
Coletado	147	94,84	26	89,66	13	100,00	108	95,58	0,442
Outros (queimado, enterrado etc.)	8	5,16	3	10,34	0	0,00	5	4,42	
Alfabetização									
Sim	108	69,68	14	48,28	8	61,54	86	76,11	0,011
Não	47	30,32	15	51,72	5	38,46	27	23,89	
Anos de estudo									
> 4	71	45,81	60	53,10	7	24,14	4	30,77	0,010
≤ 4	84	54,19	53	46,90	22	75,86	9	69,23	
Acidente de trabalho									
Sofreu	24	15,48	17	15,04	3	10,34	4	30,77	0,235
Não sofreu	131	84,52	96	84,96	26	89,66	9	69,23	
Poluição sonora									
Incomoda	29	18,71	3	10,34	2	15,38	24	21,24	0,449
Não incomoda	126	81,29	26	89,66	11	84,62	89	78,76	
Poluição do ar									
Incomoda	36	23,23	9	31,03	1	7,69	26	23,01	0,279
Não incomoda	119	76,77	20	68,97	12	92,31	87	76,99	
Fonte de renda									
Trabalho (formal e informal)	72	46,45	59	52,21	8	27,59	5	38,46	0,050
Outros (aposentadoria, benefícios sociais, terceiros)	83	53,55	54	47,79	21	72,41	8	61,54	
Renda									
1 SM	100	64,52	21	72,41	6	46,15	73	64,60	0,367
2 SM	36	23,23	5	17,24	6	46,15	25	22,12	
3 SM	19	12,26	3	10,34	1	7,69	15	13,27	

SM: salário-mínimo.

Considerando-se a convivência com o grupo familiar, boa parte dos idosos informou que não visita amigos e parentes assiduamente (n = 107; 69,0%). Da mesma forma, a maioria se considerou alfabetizada (n = 108; 69,7%), apesar de apresentar tempo de estudo menor ou igual a 4 anos (n = 84; 54,2%).

Destaca-se a associação do envelhecimento ativo com idade, cor da pele, tabagismo, consumo de alimento gorduroso, alfabetização, anos de estudo e renda familiar ($p < 0,05$), além de uma possível associação com convívio familiar e sexo ($p < 0,10$).

No entanto, ao realizar uma análise simples (univariada), observou-se que apenas a variável *tipo de informação* não foi eletiva para análise com estrutura hierarquizada, multinomial multivariada. Também se observou que a amplitude do intervalo de confiança em algumas variáveis sugere pequeno tamanho de amostra (Tabela 3). Após a análise multivariada, permaneceram associados ao envelhecimento ativo a idade, o convívio familiar e a escolaridade. Em relação à idade, verificou-se que, com o aumento dos anos de vida, crescem as chances de os idosos apresentarem envelhecimento médio ativo ou pouco ativo. Idosos de 70 a 79 anos apresentaram

Tabela 3 Resultado das análises univariadas para o envelhecimento ativo e os determinantes sociais da saúde a partir do modelo multinomial (Recife, 2015).

Determinantes sociais da saúde	Envelhecimento ativo							
	Médio			Pouco				
	OR	IC95%	Valor p	OR	IC95%	Valor p		
Idade (anos)								
60 a 69	1,00				1,00			
70 a 79	3,28	1,27	8,49	0,014	3,50	0,83	14,85	0,089
≥ 80	3,38	1,01	11,28	0,048	6,00	1,21	29,87	0,029
Sexo								
Homens	1,00				1,00			
Mulheres	3,57	1,01	12,63	0,048	0,93	0,27	3,23	0,907
Cor da pele								
Branca	1,00				1,00			
Preta, parda, amarela, indígena	7,94	1,03	61,18	0,047	0,95	0,24	3,71	0,939
Estado civil								
Casado	1,00				1,00			
Viúvo/divorciado/solteiro	2,18	0,92	5,21	0,078	1,15	0,36	3,62	0,816
Tabagista								
Não tabagista	1,00				1,00			
Tabagista	1,22	0,34	4,32	0,758	0	0,00		0,938
Ex-tabagista	0,36	0,13	1,04	0,060	3,27	0,94	11,31	0,062
Consumo de alimento gorduroso								
Consome	1,00							
Não consome	3,84	0,85	17,29	0,080				0,877
Consumo de açúcar								
Consome	1,00				1,00			
Não consome	0,74	0,32	1,67	0,463	3,78	0,80	17,84	0,094
Lazer								
Prática	1,00				1,00			
Não prática	1,80	0,66	4,86	0,248	0,47	0,06	3,86	0,483

Continua...

Tabela 3 Continuação.

Determinantes sociais da saúde	Envelhecimento ativo							
	Médio				Pouco			
	OR	IC95%	Valor p	OR	IC95%	Valor p		
Tipo de informação								
Televisão	1,00				1,00			
Outros (rádio, jornal, internet)	2,10	0,58	7,56	0,258	2,90	0,36	23,50	0,319
Convívio familiar								
Existe	1,00				1,00			
Não existe	2,73	0,97	7,71	0,057	3,13	0,66	14,83	0,150
Rede de saúde pública								
Utiliza	1,00				1,00			
Não utiliza	1,21	0,53	2,74	0,650	2,21	0,64	7,59	0,208
Rede de assistência social								
Utiliza	1,00				1,00			
Não utiliza	1,43	0,39	5,28	0,592	0,37	0,10	1,35	0,133
Lixo								
Coletado	1,00				1,00			
Outros (queimado, enterrado etc.)	2,49	0,56	11,11	0,231	0,00			0,845
Alfabetização								
Sim	1,00				1,00			
Não	3,41	1,46	7,96	0,005	1,99	0,60	6,60	0,260
Anos de estudo								
> 4	1,00				1,00			
≤ 4	3,56	1,41	8,99	0,007	2,55	0,74	8,76	0,138
Acidente de trabalho								
Sofreu	1,00				1,00			
Não sofreu	0,03	0,42	5,64	0,519	0,05	0,11	1,44	0,161
Poluição sonora								
Incomoda	1,00				1,00			
Não incomoda	2,34	0,65	8,38	0,193	1,48	0,31	7,15	0,623
Poluição do ar								
Incomoda	1,00				1,00			
Não incomoda	0,66	0,27	1,63	0,373	3,58	0,45	28,87	0,230
Fonte de renda								
Trabalho (formal e informal)	1,00				1,00			
Outros (aposentadoria, benefícios sociais, terceiros)	2,34	0,65	8,38	0,193	1,48	0,31	7,15	0,623
Renda								
1 SM	1,00				1,00			
2 SM	0,70	0,24	2,04	0,508	2,92	0,86	9,88	0,085
3 SM	0,70	0,18	2,63	0,593	0,81	0,09	7,24	0,851

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SM: salário-mínimo.

chance aproximadamente 6 vezes maior de ter envelhecimento pouco ativo quando comparados àqueles com idades mais jovens (OR = 5,72; p = 0,045). (Tabela 4).

O envelhecimento médio ativo também foi associado ao convívio familiar e à educação. Idosos que não possuíam convívio familiar apresentaram quase quatro vezes mais chance

de ter envelhecimento médio ativo quando comparados àqueles que tinham convívio familiar (OR = 3,9; p = 0,022). Quanto à educação, idosos com menos de 4 anos de estudo apresentaram chance 2,9 vezes maior de ter envelhecimento médio ativo quando comparados àqueles com mais de 4 anos de estudo (OR = 2,9; p = 0,045) (Tabela 4).

Tabela 4 Resultados da análise multivariada para o envelhecimento ativo e os determinantes sociais da saúde a partir do modelo multinomial (Recife, 2015).

Determinantes sociais da saúde	Envelhecimento ativo							
	Médio			Pouco				
	OR	IC95%	Valor p	OR	IC95%	Valor p		
Idade (anos)								
60 a 69	1,00			1,00				
70 a 79	3,27	1,08	9,85	0,036	5,72	1,04	31,39	0,045
≥ 80	3,08	0,77	12,30	0,111	5,93	0,82	42,73	0,077
Sexo								
Homens	1,00			1,00				
Mulheres	3,99	0,94	16,82	0,060	1,38	0,24	7,91	0,716
Cor da pele								
Branca	1,00			1,00				
Preta, parda, amarela, indígena	5,92	0,71	49,06	0,099	1,01	0,19	5,29	0,995
Consumo de açúcar								
Consome	1,00			1,00				
Não consome	0,64	0,24	1,69	0,366	5,44	0,85	34,56	0,073
Convívio familiar								
Existe	1,00			1,00				
Não existe	3,90	1,22	12,52	0,022	4,09	0,70	23,82	0,117
Rede de saúde pública								
Utiliza	1,00			1,00				
Não utiliza	1,04	0,39	2,73	0,941	3,02	0,69	13,17	0,142
Anos de estudo								
> 4	1,00			1,00				
≤ 4	2,90	1,02	8,25	0,045	1,85	0,42	8,15	0,418
Acidente de trabalho								
Sofreu	1,00			1,00				
Não sofreu	0,81	0,18	3,57	0,781	0,20	0,04	1,18	0,075
Renda								
1 SM	1,00			1,00				
2 SM	0,90	0,26	3,10	0,868	4,13	0,94	18,19	0,061
3 SM	0,60	0,14	2,61	0,491	1,26	0,11	14,34	0,840

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SM: salário-mínimo.

DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo investigar a relação entre os determinantes sociais da saúde e o envelhecimento ativo em pessoas idosas residentes em uma área abrangida por serviço de APS. Nesse grupo foi observado risco aumentado de envelhecimento pouco ativo ou médio ativo para idosos entre 70 e 79 anos, sem convívio familiar e com menos de 4 anos de estudo.

A população idosa participante deste estudo faz parte, em sua maioria, da categoria *muito ativo* para o envelhecimento ativo. Dentre os fatores que permeiam a percepção de saúde, observa-se a capacidade funcional. Considerada importante marcador para a qualidade de vida, sua preservação sugere melhor qualidade de envelhecimento.¹²

Destaca-se também que o presente estudo apresenta como características ser descritivo e de pequeno porte. Caso a opção fosse por uma análise de classes latentes (CL) com duas categorias, o estudo estaria adequado para uma análise logística, apesar do tamanho da amostra. No entanto, a opção por uma análise de CL com três categorias ocasionou um fracionamento das prevalências, apresentando IC95% com grandes amplitudes.

Os estudos baseados na lógica do envelhecimento ativo vêm buscando ampliar a sua compreensão para além do olhar restrito à idade. Esse fator, no entanto, não pode ser desconsiderado, pois constitui um importante marcador de fatos e fenômenos. Observa-se que fatores como estudo e condições econômicas constituem um diferencial importante entre as pessoas mais velhas.¹³ Esse dado corrobora os achados do presente estudo, uma vez que a faixa de 70 a 79 anos apresentou maior risco de envelhecimento pouco ativo quando comparada ao grupo mais jovem.

Observando-se a ocorrência ou não de convívio familiar, este estudo, embora não tenha levado em consideração a moradia ou não sob o mesmo teto do idoso e seus familiares, encontrou um risco de redução da qualidade do envelhecimento para *médio ativo* entre as pessoas mais solitárias. No entanto, é válida a ressalva de que, para além da quantidade de pessoas com as quais os idosos têm frequente contato, o mais importante é a qualidade dessas relações.¹⁴

A respeito da importância dos anos de estudo para a pessoa idosa, constatou-se uma redução na qualidade do envelhecimento entre os idosos que informaram ter estudado

quatro anos ou menos durante a vida. Esses achados corroboram os encontrados na literatura,¹⁵⁻¹⁷ observando-se que quanto mais alto é o grau de instrução, mais amplos tendem a ser os recursos para adaptação às mudanças trazidas pela velhice. Da mesma forma, a percepção sobre a saúde é afetada, permitindo compreensões diferenciadas sobre fatores comportamentais e mentais.

Foi possível observar fatores que afetam significativamente a velhice e que podem ser trabalhados no intuito de otimizar a qualidade nessa fase da vida. Sinaliza-se a necessidade do desenvolvimento de pesquisas posteriores que permitam o aprofundamento de cada determinante e sua possível influência sobre o envelhecimento ativo. Esta pesquisa pretende se somar a outros estudos já desenvolvidos, numa relação de constante atualização da abordagem do objeto investigado.

A abordagem estatística aplicada no estudo, com um pequeno tamanho de amostra, permite fragilizar alguns resultados devido ao fracionamento das prevalências. Esse fato pode levar ao aumento de poder do erro tipo 2. A amostra, por sua vez, é composta de idosos atendidos pela APS, o que impossibilita a extrapolação dos resultados para a população da cidade do Recife.

Além disso, a ausência de um método validado para a classificação do *envelhecimento ativo* e a obtenção de indicativos de manifestação das variáveis independentes relacionadas aos determinantes sociais da saúde (em sua maioria autorreferidas) não permitiram um aprofundamento maior de seu conteúdo.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que a idade avançada, não ter convívio familiar e ter menos de quatro anos de estudo estiveram associados a uma maior chance de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família apresentarem baixos níveis de envelhecimento ativo. Sugere-se que os referidos fatores sejam levados em consideração no direcionamento de políticas públicas voltadas ao envelhecimento ativo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(2):208-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200001>
2. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
3. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto Enferm*. 2012;21(3):513-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
4. Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among the elderly. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(Suppl. 2):198-208. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400008>
5. Moreira MC. Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira (Dissertação). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013.

6. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Estocolmo: Institute for Future Studies, 1991.
7. Freitas EV, Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: Freitas EV, Py L, Caçado FAX, Doll J, Gorzoni ML, eds. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 900-1.
8. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.
9. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2ª ed. Danvers: John Wiley & Sons, Inc.; 2000.
10. Collins LM, Lanza ST. *Latent Class and Latent Transition Analysis*. Danvers: John Wiley & Sons, Inc.; 2010.
11. Nylund KL, Asparouhov T, Muthén BO. Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study. 2007;14(4):535-69. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>
12. Belmonte JMMM, Pivetta NRS, Batistoni SSTB, Neri AL, Borim FSA. Associação entre autoavaliação de saúde e indicadores de capacidade funcional. *Geriatr Gerontol Aging*. 2017;11(2):61-7. DOI: 10.5327/Z2447-211520171700021
13. Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):213-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100027>
14. Silva MJ, Bessa MEP, Oliveira AMC. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. *Ciênc Enferm*. 2004;10(1):31-9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532004000100005>
15. Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini CI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicol Reflex Crit*. 2010;23(3):582-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000300019>
16. Lourenço RA, Veras RP. Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):712-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>
17. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005>