

## Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários<sup>1</sup>

Ana Cristina Viana Campos<sup>2</sup>  
Efigênia Ferreira e Ferreira<sup>3</sup>  
Andréa Maria Duarte Vargas<sup>4</sup>  
Lúcia Hisako Takase Gonçalves<sup>5</sup>

**Objetivo:** identificar o perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. **Método:** estudo epidemiológico de base populacional, conduzido por meio de entrevista domiciliar em um município brasileiro, num recorte com 335 idosos octogenários. O modelo de árvore de decisão foi utilizado para analisar o perfil de envelhecimento saudável em relação às características socioeconômicas avaliadas na linha base. Todos os testes consideraram o valor  $p < 0,05$ . **Resultados:** entre os 335 idosos que participaram deste estudo, a maioria era do sexo feminino (62,1%), idade entre 80 e 84 anos (50,4%), viúvo (53,4%), analfabeto (59,1%), com renda mensal inferior a um salário-mínimo (59,1%); eram aposentados (85,7%), morando com cônjuge (63,8%), sem cuidador (60,3%), com dois ou mais filhos (82,7%) e dois ou mais netos (78,8%). Os resultados indicam três grupos com perfil de envelhecimento mais saudável: idosos com 80-84 anos (55,6%), idosos com 85 anos e mais, casados (64,9%) e idosos com 85 anos e mais, sem companheiro e também sem cuidador (54,2%). **Conclusão:** o perfil de envelhecimento saudável de octogenários pôde ser explicado pela faixa etária, estado civil e presença de cuidador.

**Descritores:** Envelhecimento; Idoso de 80 Anos ou Mais; Perfil de Saúde; Fatores Epidemiológicos; Epidemiologia.

<sup>1</sup> Artigo extraído da tese de doutorado "Envelhecimento, Gênero e Qualidade de Vida", apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, processo nº 481672/2011-7, 305032/2012-7 e 141307/2011-0; e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, processo nº 8314/13-6.





<sup>2</sup> PhD, Professor Adjunto, Faculdade de Ciências da Saúde e Biológicas, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Marabá, PA, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Titular, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Associado, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Pesquisador Voluntário, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

### Como citar este artigo

Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LH. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2724. [Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0694.2724>

## Introdução

O envelhecimento populacional no mundo tem ocorrido de maneira heterogênea. Em 1999, 10% da população tinha 60 anos e mais de idade, variando de 19% nas regiões mais desenvolvidas a apenas 5% nas menos desenvolvidas. As projeções da Organização das Nações Unidas indicam que esses valores terão dobrados em 2050<sup>(1)</sup>.

O último censo brasileiro comprova como esse processo está acontecendo mais rápido do que ocorreu na Europa, no início do processo de transição demográfica. Em 2000, a população com mais de 60 anos de idade era 8,6% da população total, percentual esse que saltou para 10,8% no censo de 2010. Os idosos acima de 80 anos formam o grupo etário que mais cresceu nos últimos anos, representando 14,3% dos idosos brasileiros e 1,5% da população brasileira total em 2010<sup>(2)</sup>.

A população considerada idosa mais idosa também está envelhecendo, ou seja, a proporção de 80 anos e mais também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo<sup>(3)</sup>. Analisando as diferentes trajetórias de vida dos idosos, nota-se que eles se inserem em distintos níveis da vida social e econômica do país.

Contudo, são poucos os estudos em nosso meio que exploram as condições de vida e saúde de idosos componentes desse novo estrato etário. Esse contexto desafia governos e a sociedade a buscarem ações e políticas de promoção de saúde numa perspectiva mais ampla de saúde e bem-estar na velhice<sup>(4)</sup>. O envelhecimento saudável é um conceito que pode contribuir para explicar essas mudanças demográficas e epidemiológicas.

Em caráter mais abrangente, envelhecimento saudável é um processo contínuo de aprendizagem e realização pessoal, tendo como objetivo a autonomia e a independência dos idosos<sup>(4)</sup>. Esse processo envolve também o equilíbrio da interação entre as várias dimensões da vida do idoso: saúde física e mental, independência e autonomia nas atividades da vida diária, participação e apoio social, convívio e suporte familiar e autonomia econômica<sup>(5)</sup>.

Pesquisa com uma subamostra do estudo "Processos do Envelhecimento Saudável" (PENSA) procurou investigar como os próprios idosos percebem

as multidensões da definição de envelhecimento saudável. Em relação ao que realmente importa para alcançar esse envelhecimento, as categorias mais apontadas pelos idosos foram: saúde física (53%), saúde social (46%), saúde emocional (37%), preocupação com alimentação e exercícios (36%) e evitar fatores de risco (19%)<sup>(6)</sup>.

Na prática, a ausência de parâmetros tanto em aspectos funcionais, cognitivos, físicos e sociais como em parâmetros fisiológicos tem dificultado identificar quem são os idosos saudáveis<sup>(7)</sup>, especialmente entre os octogenários.

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi identificar o perfil de envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários.

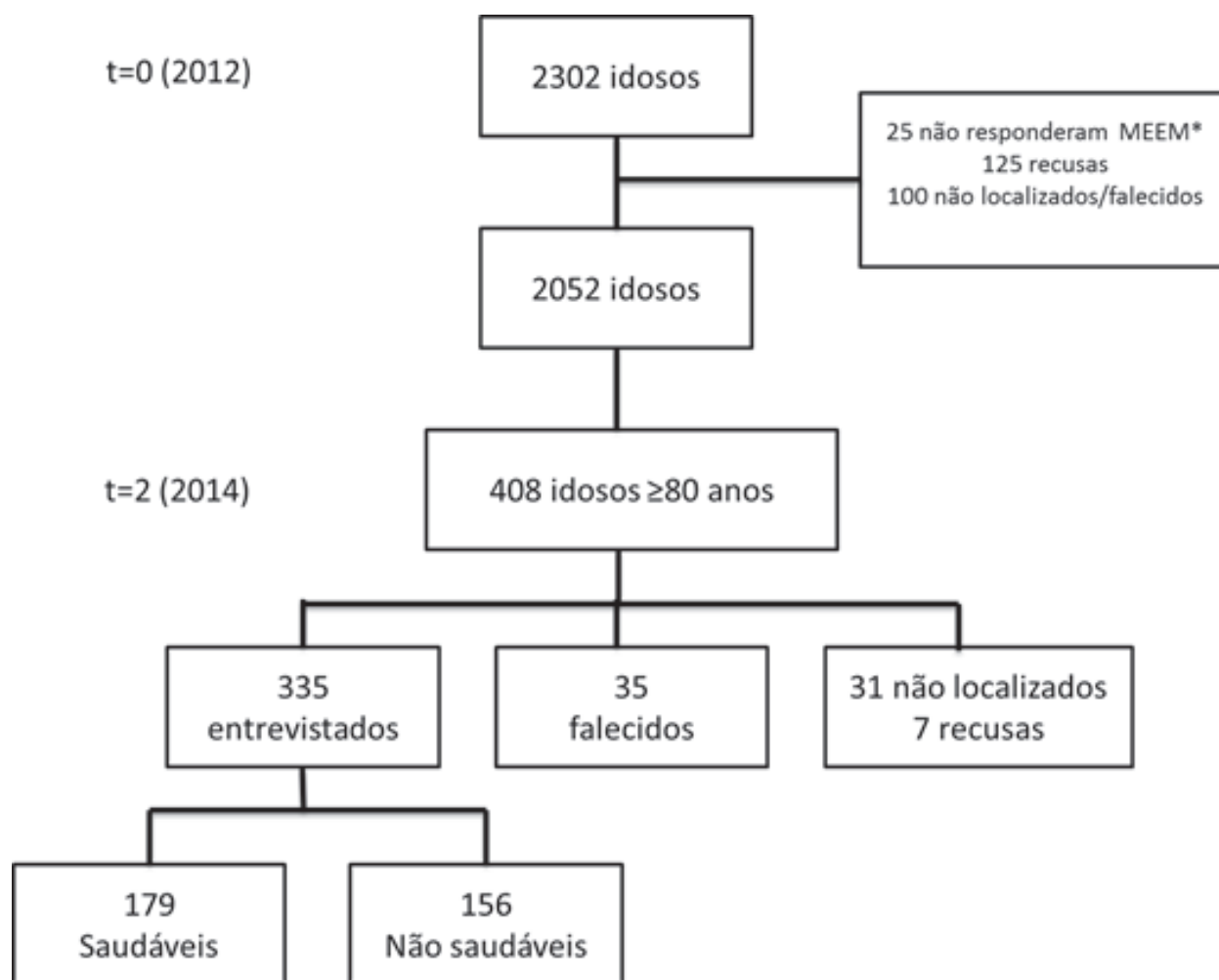
## Métodos

O estudo *Aging, Gender and Quality of Life* (AGEQOL) é uma coorte de base populacional, realizada em Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil, iniciado em 2012 com uma amostra representativa da população idosa do município<sup>(8)</sup>.

O processo de amostragem foi realizado em dois estágios: no primeiro, foram selecionados setores censitários; no segundo, os domicílios sob o critério de partilha proporcional ao tamanho de cada setor. Em cada domicílio foram entrevistados todos os indivíduos residentes com 60 anos e mais, independentemente do estado conjugal ou grau de parentesco. Os dados foram colhidos com o próprio idoso, em seu domicílio, pelos pesquisadores treinados.

O estudo seguiu as normas éticas de pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE-0413.0.203.000-11). Todos os idosos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>(8)</sup>.

Do total de participantes selecionados (N=2.302), 250 se perderam antes do primeiro acompanhamento em 2012. Em 2014, foi realizada nova coleta de dados no domicílio com os idosos de 80 anos e mais. Os dados aqui apresentados são, por conseguinte, de 408 idosos octogenários, dos quais 335 (81,5%) foram entrevistados, 35 (8,5%) faleceram, 31 (7,6%) não foram localizados, após três visitas, e sete idosos (1,7%) se recusaram a continuar participando do estudo (Figura 1).



\*MEEM=Miniexame do Estado Mental

Figura 1 – Diagrama de fluxo do estudo AGEQOL. Sete Lagoas, MG, Brasil

A variável de desfecho desse recorte foi o envelhecimento saudável investigado por meio de um questionário estruturado, aplicado no domicílio do participante, entre janeiro e março de 2014. Essa variável foi construída com adaptação da proposta de Carrasco<sup>(7)</sup>. O protocolo foi desenvolvido por uma equipe de especialistas em medicina geriátrica com o objetivo de identificar indivíduos saudáveis residentes na comunidade, com base nos princípios de envelhecimento bem-sucedido, associado à baixa carga de comorbidade. No estudo, foram usados os seguintes critérios para identificar um idoso saudável: autopercepção de saúde positiva (boa e muito boa); ser funcionalmente independente para todas as atividades diárias e instrumentais; não apresentar de déficit cognitivo; ser capaz de caminhar pelo menos três quarteirões

sem ajuda; não ter doenças agudas nem crônicas conhecidas; consumir menos de três medicamentos; não fumar (nunca fumou e fumava, mas agora parou), nem beber habitualmente (nenhum e menos de 1 dia por semana).

A autopercepção de saúde foi avaliada por uma escala Likert para as respostas (muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa). A mobilidade foi avaliada por uma única pergunta "Você é capaz de caminhar três quarteirões sem ajuda?", com resposta dicotômica (sim, não). O uso de medicamentos foi medido pela quantidade usada na época da pesquisa. Uma pergunta dicotômica foi utilizada para avaliar a presença ou ausência de doenças crônicas ou agudas conhecidas na época da pesquisa. A frequência de ingestão de álcool foi avaliada em relação aos últimos três meses com a seguinte pergunta: "Em média, quantos dias por

semana você tem tomado bebidas alcoólicas (exemplos: cerveja, vinho, licor, cachaça)?". As categorias de resposta poderiam ser: nenhum, menos de 1 dia por semana, 1 dia por semana, 2 a 3 dias por semana, 4 a 6 dias por semana e todos os dias. Em relação ao cigarro, o participante deveria responder se: 1) nunca fumou, 2) fumava, mas agora parou, 3) fuma ocasionalmente – menos de 1 por dia ou 4) fuma atualmente – 1 ou mais por dia<sup>(7)</sup>.

Para avaliar o estado cognitivo dos idosos, foi utilizado o Miniexame do Estado Mental (MEEM), que foi validado no Brasil<sup>(9)</sup> com o ponto de corte de 21/22 pontos<sup>(10)</sup>. A pontuação  $\leq 21$  indica comprometimento cognitivo. A limitação funcional foi investigada por seis atividades básicas de vida diária – AVD (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, comer, deitar e levantar da cama ou da cadeira e incontinência urinária e fecal) e oito atividades instrumentais de vida diária – AIVD (usar telefone, usar transporte, fazer compras, preparar uma refeição, limpar a casa, lavar a roupa, cuidar das finanças e tomar medicamentos). A classificação como não limitado se aplicava a indivíduos com total independência na realização de AVD e AIVD, separadamente.

As características socioeconômicas dos idosos, avaliadas na linha base, foram: idade na data da pesquisa (80-84 anos,  $\geq 85$ anos), sexo (masculino, feminino), estado civil (casado, separado, solteiro, viúvo), cor da pele autorrelatada (branca, preta/parda, amarela/indígena), escolaridade (alfabetizado; não alfabetizado), renda mensal do idoso (sem renda,  $\leq 1$  salário-mínimo,  $> 1$  salário-mínimo), aposentado (sim; não), arranjo domiciliar (mora com cônjuge, arranjo misto, mora sozinho), número de filhos (0, 1,  $\geq 2$ ), número de netos (0, 1,  $\geq 2$ ) e cuidador (sim; não).

Inicialmente, realizou-se a análise descritiva dos dados. As associações entre as variáveis de interesse foram avaliadas a partir do teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

O modelo de árvore de decisão foi utilizado para analisar o perfil de envelhecimento saudável em relação aos demais fatores preditores. Esse método consiste em regras de decisão que realizam sucessivas divisões no conjunto de dados de forma a torná-lo cada vez mais

homogêneo em relação à variável desfecho. A árvore de decisão se apresenta sob a forma de um gráfico que começa com um nó raiz, onde todas as observações da amostra são apresentadas. Os nós produzidos em sequência representam subdivisões dos dados em grupos cada vez *mais homogêneos*<sup>(11)</sup>.

O método utilizado foi o *Algoritmo Chi-squared Automatic Interaction Detector* (CHAID), capaz de detectar e contabilizar os efeitos não lineares sobre a variável resposta, e interações entre preditores. A interpretação da árvore está centrada, especialmente, em analisar o grupo com o maior número de indivíduos formados pelo último nó da árvore que representa o resultado final do modelo<sup>(12)</sup>.

O modelo foi ajustado mediante sucessivas divisões binárias (nós) nos conjuntos de dados. O critério de parada foi o valor  $p < 0,05$  da estatística qui-quadrado, usando a correção de Bonferroni. O ajuste final foi avaliado pela estimativa de risco geral que compara a diferença entre o valor esperado e o observado pelo modelo, indicando em que medida a árvore de decisão prediz os resultados corretamente. Todas as análises foram realizadas no *software* estatístico SPSS, versão 19.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

## Resultados

A idade dos octagenários a amostra em 2014 variou entre 80 e 108 anos, sendo a idade média de  $85,2 \pm 4,6$  anos ( $85,3 \pm 4,8$  para as mulheres e  $85,1 \pm 4,1$  para os homens).

Dos 335 idosos que participaram deste estudo, a maioria era do sexo feminino (62,1%), idade entre 80 e 84 anos (50,4%), viúvo (53,4%), analfabeto (59,1%), com renda mensal inferior a um salário-mínimo (59,1%), eram aposentados (85,7%), morando com cônjuge (63,8%), sem cuidador (60,3%), com dois ou mais filhos (82,7%) e dois ou mais netos (78,8%) (Tabela 1).

A Tabela 1 mostra, também, associação entre sexo com as seguintes variáveis: cor da pele ( $p=0,035$ ), estado civil ( $p < 0,001$ ), aposentado ( $p < 0,001$ ) e mora sozinho ( $p=0,041$ ). Tal associação revela um perfil de mulheres viúvas, aposentadas, morando em arranjos mistos ou sozinhas.

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas da amostra de idosos. Sete Lagoas, MG, Brasil, 2014

Variáveis	Total (N=335)		Masculino (N=127)		Feminino (N=208)		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Idade							0,988
80-84 anos	169	50,4	64	50,4	105	50,5	

≥85 anos	166	49,6	63	49,6	103	49,5	
Cor da pele autorrelatada							0,035
Branca	139	41,5	61	48,0	78	37,5	
Preta/parda	44	13,1	20	15,7	26	12,5	
Amarela/indígena	149	44,5	44	34,6	103	49,5	
Sem resposta	03	0,9	02	1,6	01	0,5	
Estado civil							<0,001
Casado	120	35,8	81	63,8	39	18,8	
Separado	13	3,9	07	5,5	06	2,9	
Viúvo	179	53,4	36	28,3	143	68,8	
Solteiro	23	6,9	03	2,4	20	9,6	
Escolaridade							0,989
Alfabetizado	137	40,9	52	49,9	85	49,9	
Não alfabetizado	198	59,1	75	59,1	123	59,1	
Renda mensal							0,671
Sem renda	32	9,6	10	7,9	22	10,6	
≤1 salário-mínimo†	198	59,1	75	59,1	123	59,1	
>1 salário-mínimo†	105	31,3	42	33,1	63	30,3	
Aposentado							<0,001
Sim	287	85,7	122	96,1	165	79,3	
Não	48	14,3	05	3,9	43	20,7	
Arranjo domiciliar							<0,001
Mora com cônjuge	81	63,8	37	17,8	118	35,2	
Arranjo misto	30	23,6	126	60,6	156	46,6	
Sozinho	12	9,4	35	16,8	47	14,0	
Sem resposta	04	3,1	10	4,8	14	4,2	
Número de filhos							0,367
0	36	10,7	10	7,9	26	12,5	
1	13	3,9	06	4,7	07	3,4	
≥2	277	82,7	107	84,3	170	81,7	
Sem resposta	09	2,7	04	3,1	05	2,4	
Número de netos							0,787
0	44	13,1	15	11,8	29	13,9	
1	09	2,7	03	2,4	06	2,9	
≥2	264	78,8	103	81,1	161	77,4	
Sem resposta	18	5,4	06	4,7	12	5,8	
Cuidador							0,431
Sim	133	39,7	47	37,0	86	41,3	
Não	202	60,3	80	63,0	122	58,7	

\*Teste qui-quadrado com correção pelo Teste Exato de Fisher

†Salário-mínimo brasileiro = R\$622,00 ≈ US\$300

A prevalência de déficit cognitivo nesta amostra foi de 27,2% e a limitação funcional foi maior para as AIVDs (55,5%) do que para AVDs (24,5%). Apesar de a maioria dos idosos haver relatado nenhuma doença crônica/aguda (57,1%), apenas 37,4% afirmaram não tomar nenhum medicamento (Tabela 2).

Em relação à autoavaliação de saúde, 47,2% dos idosos avaliaram a própria saúde como boa ou muito

boa, 36,4% como regular e 16,4% como ruim ou muito ruim. Apenas 42,4% dos octogenários são capazes de caminhar três quarteirões sem ajuda. A grande maioria dos idosos não ingere bebida alcoólica ou o faz em menos de um dia por semana (94,0%) e 56,3% nunca fumaram (Tabela 2).

Na análise entre os sexos (Tabela 2), observou-se que a maioria das mulheres não ingere álcool (50,5%), enquanto 10,9% dos homens ingerem álcool com

alguma frequência ( $p=0,007$ ). Em relação ao tabagismo, 63,5% das mulheres e 44,8% dos homens nunca fumaram ( $p<0,001$ ).

Tabela 2 – Condições de saúde e estilo de vida da amostra de idosos. Sete Lagoas, MG, Brasil, 2014

Variáveis	Total (N=335)		Masculino (N=127)		Feminino (N=208)		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Autoavaliação de saúde							0,798
Muito ruim	18	5,4	05	3,9	13	6,30	
Ruim	37	11,0	14	11,0	23	11,1	
Regular	122	36,4	45	35,4	77	37,0	
Boa	142	42,4	58	45,7	84	40,4	
Muito boa	16	4,8	05	3,9	11	5,3	
Déficit cognitivo							0,311
Sim	91	27,2	30	23,6	61	29,3	
Não	244	72,8	97	76,4	147	70,7	
Limitação em AVD†							0,063
Sim	82	24,5	24	18,9	58	27,9	
Não	253	75,5	103	81,1	150	72,1	
Limitação em AIVD‡							0,426
Sim	186	55,5	67	52,8	119	57,2	
Não	149	44,5	60	47,2	89	42,8	
Caminha 3 quarteirões							0,621
Sim	142	42,4	56	44,1	86	41,3	
Não	193	57,6	71	55,9	122	58,7	
Frequência de ingestão de álcool							0,007
Nenhum	165	49,2	60	47,2	105	50,5	
Menos de 1 dia por semana	150	44,8	53	41,7	97	46,2	
1 dia por semana	06	1,8	04	3,1	02	1,0	
2 a 3 dias por semana	06	1,8	04	3,1	02	1,0	
4 a 6 dias por semana	02	0,6	00	0,0	02	1,0	
Todos os dias	06	1,8	06	4,7	00	0,0	
Tabagismo							<0,001
Nunca fumou	183	56,3	56	44,8	127	63,5	
Fumava, mas agora parou	90	27,7	52	41,6	38	19,0	
Fuma ocasionalmente (menos de 1 por dia)	29	8,9	10	8,0	19	9,5	
Fuma atualmente (1 ou mais por dia)	23	7,1	07	5,6	16	8,0	
Doenças crônicas ou agudas							0,225
Sim	103	30,7	34	26,8	69	33,2	
Não	232	69,3	93	73,2	139	66,8	
Número de medicamentos							0,135
0	123	36,7	54	42,5	69	33,2	
1 a 3	120	35,8	46	36,2	74	35,6	
4 e mais	86	25,7	26	20,5	60	28,8	
Sem resposta	06	1,8	01	0,8	05	2,4	

\*Teste qui-quadrado com correção pelo Teste Exato de Fisher

†AVD=Atividades Básicas de Vida Diária

‡AIVD=Atividades Instrumentais de Vida Diária

Envelhecimento saudável esteve significativamente associado a ser casado ( $p=0,015$ ) e não ter cuidador ( $p=0,014$ ), como se vê na Tabela 3.

Tabela 3 – Envelhecimento saudável, segundo características socioeconômicas e condições de saúde. Sete Lagoas, MG, Brasil, 2014

Variáveis	Envelhecimento Saudável		Envelhecimento Não saudável		p-valor*
	n	%	n	%	
Idade (n=335)					0,444
80-84 anos	94	52,5	75	48,1	
≥85 anos	85	47,5	81	51,9	
Sexo (n=335)					0,115
Masculino	75	41,9	52	33,3	
Feminino	104	58,1	104	66,7	
Estado civil (n=335)					0,015
Casado	76	42,5	44	28,2	
Separado	08	4,5	05	3,2	
Viúvo	81	45,3	98	62,8	
Solteiro	14	7,8	09	5,8	
Cor da pele autorrelatada (n=332)					0,944
Branca	76	42,7	63	40,9	
Preta/parda	23	12,9	21	13,6	
Amarela/indígena	79	44,4	70	45,5	
Escolaridade (n=335)					0,578
Alfabetizado	103	57,5	95	60,9	
Não alfabetizado	76	42,5	61	39,1	
Renda mensal (n=335)					0,668
Sem renda	15	8,4	17	10,9	
≤1 salário-mínimo†	109	60,9	89	57,1	
>1 salário-mínimo†	55	30,7	50	32,1	
Aposentado (n=335)					0,276
Sim	157	87,7	130	83,3	
Não	22	12,3	26	16,7	
Cuidador (n=335)					0,014
Sim	60	33,5	73	46,8	
Não	119	66,5	83	53,2	
Arranjo domiciliar (n=321)					0,076
Mora com cônjuge	73	42,4	45	30,2	
Arranjo misto	76	44,2	80	53,7	
Sozinho	23	13,4	24	16,1	
Número de filhos (n=326)					0,251
0	24	13,7	12	7,9	
1	07	4,0	06	4,0	
≥2	144	82,3	133	88,1	
Número de netos (n=317)					0,260
0	28	16,4	16	11,0	
1	06	3,5	03	2,1	
≥2	137	80,1	127	87,0	

\*Teste qui-quadrado com correção pelo Teste Exato de Fisher

†Salário-mínimo brasileiro = R\$622,00 ≈ US\$300

O modelo de árvore foi construído com oito nós, média de risco estimado em 0,412 ( $\pm 0,027$ ) e 60,0% de classificação total correta. O perfil de envelhecimento saudável de octogenários pôde ser explicado pela faixa etária, estado civil e presença ou não de cuidador. A partir do primeiro nó formaram-se dois ramos distintos para descrever o envelhecimento saudável, segundo a

faixa etária: idosos com 80-84 anos ( $n=169$ ; 50,4%) e idosos com mais de 85 anos ( $n=166$ ; 49,6%). De maneira geral, o envelhecimento saudável prevaleceu entre os idosos de 80-84 anos (55,6%), idosos mais velhos casados (64,9%) e aqueles sem companheiros e sem cuidadores (54,2%). O envelhecimento não saudável prevaleceu entre 34 (68,0%) idosos mais velhos sem companheiros e com cuidadores (Figura 2).

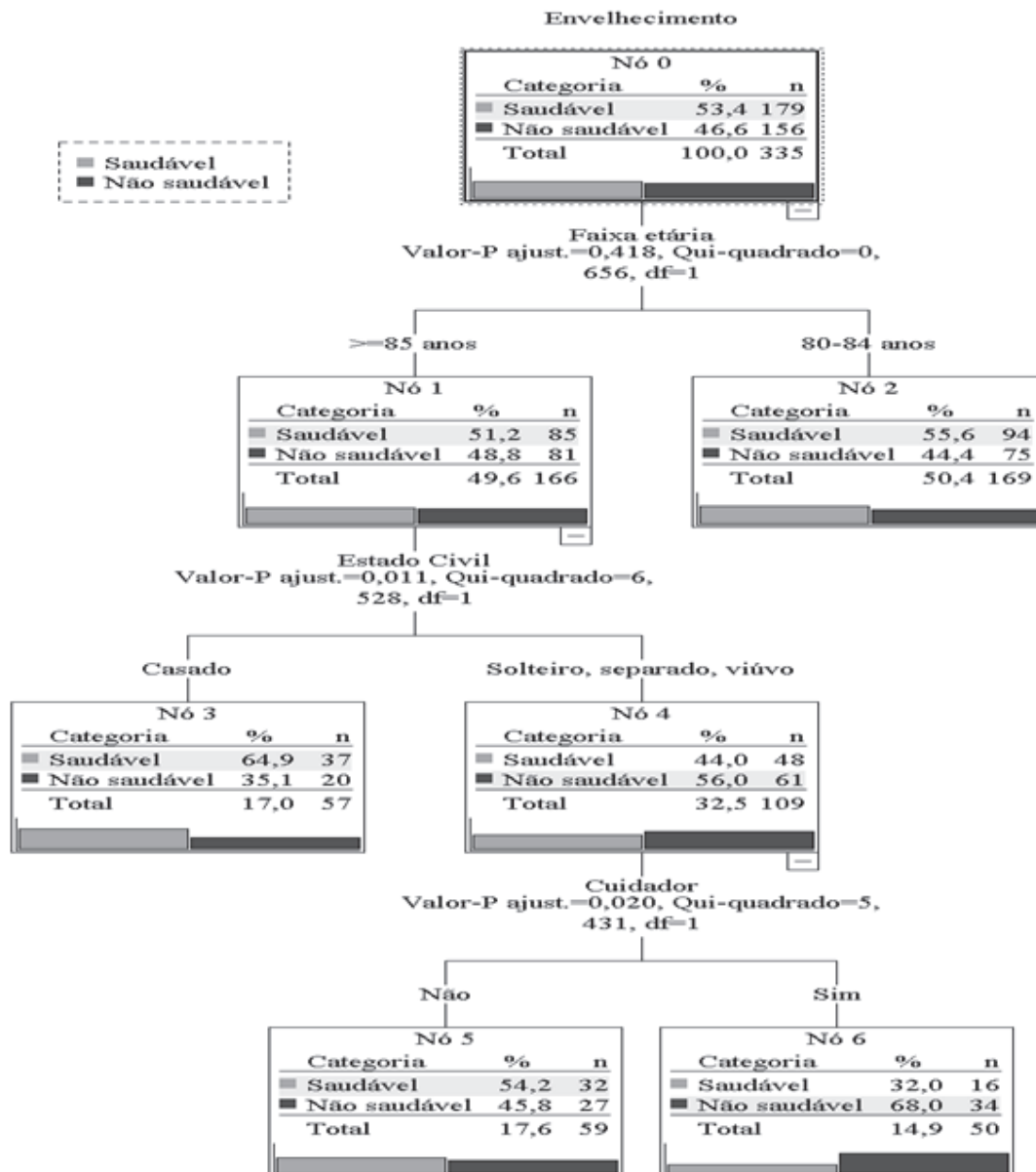


Figura 2 - Análise multivariada por meio da árvore de decisão (CHAID), para envelhecimento saudável em idosos octogenários, ajustada por fatores socioeconômicos. Sete Lagoas, MG, Brasil, 2014

Em geral, o perfil da população pesquisada neste estudo se assemelha ao das populações de estudos anteriores realizados no Brasil<sup>(4,13)</sup> e em outros países<sup>(14-16)</sup>. Predominaram mulheres, na sua maioria viúva, com baixa escolaridade, aposentadas ganhando

## Discussão



menos de um salário-mínimo e vivendo na companhia de familiares ou cuidadores.

No último censo populacional brasileiro, a taxa de analfabetismo de idosos foi 26,2%<sup>(17)</sup>, valor comparável à do estudo AGEQOL (28,2%)<sup>(8)</sup>. Considerando-se a faixa etária de 80 anos e mais, esses valores são ainda maiores (59,1%), como em outros estudos<sup>(4,13)</sup>. Essas diferenças no nível de alfabetização refletem as desigualdades sociais do início do século XX, época em que esses idosos deveriam estar na escola, mas essa era vedada a pobres e mulheres.

Entre os octogenários deste estudo, observaram-se diferenças de gênero estatisticamente significantes em relação ao estado civil e ao tipo de arranjo domiciliar. Enquanto a maioria dos homens era de casados (63,8%), 143 (68,8%) mulheres eram viúvas, e das quais 77,1% moravam sozinhas. Esse resultado é semelhante ao de algumas cidades da América Latina do estudo SABC – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento<sup>(18)</sup> e a outros estudos brasileiros com octogenários<sup>(19-20)</sup>.

A condição de residir sozinho é um dado preocupante e foi mais frequente entre as mulheres, possivelmente devido à maior probabilidade de casar novamente observada entre os homens<sup>(18)</sup>, o que não acontece com as mulheres. Esses dados demonstram a importância de readequação para um novo arranjo familiar nessa faixa etária<sup>(20)</sup>.

Observaram-se, também, diferenças importantes entre os sexos em relação ao tabagismo e ao alcoolismo. Ainda que a maioria dos idosos deste estudo nunca tenha fumado (56,3%), 41,6% dos homens já haviam sido fumantes. Outras inferências não poderão ser feitas neste momento, porque não foi questionado há quanto tempo os idosos fumavam e quando haviam parado de fumar.

Estudo realizado com 832 idosos com 60 anos e mais, residentes no município de Porto Alegre, RS, revelou prevalência de tabagismo e alcoolismo entre os homens (11,7 e 20,8%, respectivamente), quando comparados às mulheres (0,7 e 13,0%, respectivamente)<sup>(21)</sup>. Os estudos sobre tabagismo e alcoolismo e suas consequências entre a população idosa são recentes e sugerem associações com gênero, raça e condições socioeconômicas<sup>(22)</sup>.

No presente estudo o conceito de envelhecimento saudável engloba: boa percepção de saúde, independência para praticar atividades da vida diária, ausência de déficit cognitivo, estilo e hábitos de vida saudáveis (não fumar nem beber e consumir poucos medicamentos), boa mobilidade e ausência de morbidades.

Estudos têm evidenciado que comportamentos saudáveis, tais como abstinência do fumo, controle

de peso e da pressão arterial e exercícios físicos regularmente, estão associados ao envelhecimento saudável e melhor qualidade de vida dos idosos<sup>(23-25)</sup>. Para isso, é necessário investir em ações individuais e intervenções de saúde pública para orientá-los e novas estratégias para garantir uma vida mais longa e saudável para as gerações futuras<sup>(26)</sup>.

Outro dado interessante é que se esperava encontrar diferenças de gênero em relação ao envelhecimento saudável entre os octogenários deste estudo no modelo de árvore, segundo a literatura sobre envelhecimento<sup>(8,27-28)</sup>.

No entanto, os resultados indicam três grupos com perfil de envelhecimento mais saudável: idosos com 80-84 anos (55,6%), idosos com 85 anos e mais casados (64,9%) e idosos com 85 anos e mais sem companheiro e sem cuidador (54,2%).

O segundo grupo reuniu os idosos >85 anos casados e saudáveis, sugerindo que o casamento pode ser um fator positivo para o envelhecimento mais saudável entre octogenários. Os resultados sugerem que a relação marido/esposa deve ser avaliada e acompanhada pelos profissionais de saúde como uma forma de prevenir a dependência funcional entre octogenários.

Estudos com idosos casados têm sido realizados para tentar compreender os determinantes de felicidade, saúde e bem-estar na velhice. O estudo de Waldinger e Schulz<sup>(29)</sup> revelou que, para ambos os sexos, estarem mais satisfeitos em seus casamentos era fortemente associado a uma ligação diária mais positiva entre o tempo com o parceiro e os níveis de felicidade. Outro estudo, realizado na China com octogenários, revelou elevada prevalência (62,4%) de idosos casados com melhor bem-estar psicológico<sup>(16)</sup>.

O estrato dos idosos com mais de 85 anos não saudáveis estava associado a ser solteiro, viúvo ou divorciado ( $p=0,011$ ) e necessitar de cuidador ( $p=0,020$ ). Esses resultados indicam que esse grupo reuniu os idosos com mais morbidades e mais limitações funcionais, que necessitam de mais cuidados e que não contam com um parceiro para compartilhar sua vida e ajudar nessa rotina.

Na maioria das vezes, o cuidador é um familiar próximo, geralmente do sexo feminino (cônjuges, filhas e netas) que reside na casa do idoso e se torna responsável por todos os aspectos da sua vida<sup>(30)</sup>. As ações de intervenção nesse grupo são especiais e devem ser dirigidas a capacitar os familiares e cuidadores formais para lidarem com as dificuldades relacionadas à dependência funcional, física, cognitiva e psicológica desse idoso.

Viver sozinho é um fator de risco para sintomas depressivos e declínio do bem-estar psicológico entre os

idosos mais idosos<sup>(16)</sup>. Portanto, os idosos que dispõem de um grupo familiar estável, seguro e de confiança conseguem construir boas relações familiares e são capazes de melhor enfrentar possíveis perdas durante o processo de envelhecimento<sup>(21)</sup>.

As limitações deste estudo incluem a falta de informação genética e falta de corroboração de dados da linha base. A falta de informações prévias sobre as variáveis que compuseram o conceito de envelhecimento saudável no presente estudo, impossibilitando o cálculo de sobrevivência separadamente para o grupo saudável e o não saudável. O perfil de envelhecimento saudável foi investigado por meio de informações subjetivas (autorrelato) o que pode levar a viés de memória.

Ainda assim, este é um dos escassos estudos com octogenários advindos de uma linha base com amostra probabilística e alta taxa de resposta para realizar inferências com ferramentas estatísticas mais complexas, tal como a árvore de decisão.

A incorporação de outras variáveis e o geoprocessamento dos dados poderá ajudar a ampliar a discussão aqui levantada e estabelecer relação temporal entre envelhecimento saudável e relação conjugal entre octogenários brasileiros.

Considerando-se que a relação conjugal foi importante fator para caracterizar o perfil de envelhecimento saudável nesta amostra, espera-se também avaliar outras informações, tais como os subtipos de arranjo familiar (bi ou trigeracional), os motivos para residir no domicílio e se o idoso era chefe e mantenedor da família<sup>(20)</sup>.

Para o futuro, espera-se que novas pesquisas possam melhor investigar as demandas diferenciadas e formular políticas públicas para os idosos, considerando a heterogeneidade dessa população, em termos etários e/ou socioeconômicos<sup>(3)</sup>.

## Conclusão

Conclui-se que os idosos mais saudáveis apresentaram: autopercepção de saúde positiva, ausência de limitação funcional, de déficit cognitivo e de outras morbidades, boa mobilidade para caminhar e bons hábitos de vida. No modelo final, esse perfil foi definido por faixa etária, estado civil e necessidade de cuidador.

O conceito de envelhecimento saudável aqui adotado pode ser considerado modelo confiável e de fácil aplicação nas pesquisas epidemiológicas sobre envelhecimento e nas avaliações de acolhimento e/ou triagem dos serviços de atenção primária à saúde.

Sendo assim, os resultados deste estudo devem servir para direcionar e aprimorar futuras pesquisas

com octogenários e se constituir em premissas para propor políticas de envelhecimento saudável dirigidas a esses idosos, com foco no relacionamento conjugal e na família como unidade de cuidados.

O cuidado da vida e saúde no processo de envelhecimento se impõe sobretudo para a enfermagem, quando na atenção primária, a(o) enfermeira(o) deve privilegiar o cuidado continuado ao longo do viver da pessoa envelhecida. Considerando os resultados obtidos neste estudo epidemiológico, a(o) enfermeira(o) deve seguir investindo na promoção do envelhecimento saudável, buscando prorrogar o estado de saúde e bem-estar do octogenário para além dos primeiros cinco anos após os oitenta. Deve, igualmente, atentar para o cuidado continuado dos idosos com menos saúde, seja pelas circunstâncias próprias das morbidades, seja pelo processo natural de fragilização em face da maior longevidade, provendo meios que ajudem a manter a melhor qualidade de relação do binômio pessoa idosa e família cuidadora.

## Referências

1. Tinker A. The social implications of an ageing population. *Mech Ageing Dev.* 2002;123:729-35.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do Censo Demográfico 2010 [Internet]. . Rio de Janeiro: IBGE, 2013. [Acesso 17 ago 2014]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>.
3. Camarano AM, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro?. In: Camarano AM (org.). *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-73.
4. Inouye K, Pedrazzani ES. Instruction, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians' quality of life. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(spe):742-7.
5. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicol Estud.* 2009;14(1):3-10.
6. Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicol Reflex Crit.* 2007;20(1):81-6.
7. Carrasco M, Martínez G, Foradori A, Hoyl T, Valenzuela E, Quiroga T, et al. Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. *Rev Med Chile.* 2010;138:1077-83.
8. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:166. doi:10.1186/s12955-014-0166-4.
9. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH: Sugestões para o uso do mini-exame

- do estado mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2003;61:77-81.
10. Quiroga P, Albala C, Klaasen G: Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev Med Chil.* 2004;132:467-78.
11. Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de Dados.* 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
12. Ritschard G. CHAID and Earlier Supervised Tree Methods. Cahiersdudépartement d'économétrie. [Internet]. Faculté des sciences économiques et sociales. Université de Genève; 2010. [Acesso 7 Jun 2011]. Disponível em: [http://www.unige.ch/ses/metri/ cahiers/2010\\_02.pdf](http://www.unige.ch/ses/metri/ cahiers/2010_02.pdf).
13. Tavares DMS, Ferreira PCS, Dias FA, Oliveira PB. Caracterização e distribuição espacial de homens octogenários. *Rev Enferm UERJ.* 2014;22(4):558-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a20.pdf>.
14. Montez JK, Berkman LF. Trends in the educational gradient of mortality among US adults aged 45 to 84 years: bringing regional context into the explanation. *Am J Public Health.* 2014;104(1):e82-90.
15. Fleming J, Zhao E, O'Connor DW, Pollitt PA, Brayne C. Cohort Profile: The Cambridge City over-75s Cohort (CC75C). *Int J Epidemiol.* 2007;36(1):40-6.
16. Wang J, Chen T, Han B. Does co-residence with adult children associate with better psychological well-being among the oldest old in China? *Aging Ment Health.* 2014 Mar;18(2):232-9. doi: 10.1080/13607863.2013.837143. Epub 2013 Sep 20.
17. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Taxa de analfabetismo - B.1. 2011. [Acesso 16 abr. 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/b01a.def>.
18. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Pan Am J Public Health.* 2005;17(5-6):370-8.
19. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MSZ de, Filizola CLA, Petrilli JF Filho, Santos AA dos. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(3):374-9.
20. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Household arrangements of the elder elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(1):18-25.
21. Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, De Carli GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(4):713-9.
22. Cummings SM, Cooper RL, Johnson C. Alcohol misuse among older adult public housing residents. *J Gerontol Soc Work.* 2013;56(5):407-22.
23. Rizzuto D, Fratiglioni L. Lifestyle factors related to mortality and survival: a mini-review. *Gerontology.* 2014;60(4):327-35.
24. Peralta-Catipon T, Hwang JE. Personal factors predictive of health-related lifestyles of community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther.* 2011;65(3):329-37.
25. Davies N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. *Nurs Stand.* 2011;25(19):43-9.
26. Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral determinants of healthy aging. *Am J Prev Med.* 2005;28(3):298-304.
27. Belon AP, Lima MG, Barros MBA. Gender differences in healthy life expectancy among Brazilian elderly. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:88. doi:10.1186/1477-7525-12-88.
28. Boerner K, Jopp DS, Carr D, Sosinsky L, Kim SK. "His" and "her" marriage? The role of positive and negative marital characteristics in global marital satisfaction among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2014 Jul;69(4):579-89. doi: 10.1093/geronb/gbu032.
29. Waldinger RJ, Schulz MS. What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychol Aging.* 2010 Jun;25(2):422-31.
30. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(3):458-66.

Recebido: 30.4.2015

Aceito: 16.12.2015

Correspondência:

Lúcia Hisako Takase Gonçalves  
Universidade Federal do Pará  
Faculdade de Enfermagem  
Rua Augusto Corrêa, 1  
Guamá

CEP: 66.075-110, Belém, PA, Brasil  
E-mail: lhtakase@gmail.com

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.