

## Caracterização e distribuição espacial de homens octogenários

### Characterization and spatial distribution of male octogenarians

### Caracterización y distribución espacial de hombres octogenarios

Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>I</sup>; Pollyana Cristina dos Santos Ferreira<sup>II</sup>;  
Flavia Aparecida Dias<sup>III</sup>; Paula Beatriz de Oliveira<sup>IV</sup>

**RESUMO:** Objetivou-se descrever o perfil socioeconômico e de saúde e a qualidade de vida de homens octogenários; mapear as regiões de concentração desses idosos por número de incapacidade funcional e de morbidades. Estudo analítico, transversal e observacional em que participaram 121 homens octogenários, residentes em Uberaba-MG, em 2008. Foram aplicados os instrumentos: Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ), *World Health Organization Quality of Life – BREF* (WHOQOL-BREF) e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD). Utilizou-se análise descritiva e *odds ratio*. Predominaram idosos casados, residindo com o cônjuge, analfabetos e com 1|-4 anos de estudo, renda de um salário mínimo, 1|-4 incapacidades e 4|-7 comorbidades. Os idosos com maior número de incapacidade funcional e de morbidades residiam em regiões nas quais não havia cobertura pela estratégia de saúde da família. Estes resultados podem contribuir para o planejamento de ações em saúde direcionadas, considerando as especificidades dessa população.

**Palavras-Chave:** Octogenários; saúde do homem; qualidade de vida; distribuição espacial.

**ABSTRACT:** The aim was to describe the socioeconomic and health profile, and quality of life, of octogenarian men, and to map the regions where such elderly men were concentrated, by number of functional incapacities and morbidities. The participants in this analytical, observational, cross-sectional study were 121 male octogenarians living in Uberaba, Minas Gerais, in 2008. The questionnaires used were the Brazilian Multidimensional Functional Assessment (BOMFAQ), *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF) and *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD). Descriptive analysis and *odds ratios* were used. The men were predominantly married, living with a spouse, illiterate, with 1|-4 years of schooling, income of one minimum wage, 1|-4 incapacities and 4|-7 comorbidities. The elderly men with most morbidities and functional incapacities lived in regions not covered by the Family Health Strategy. These results can contribute to the planning of targeted health actions considering the specific features of this population.

**Keywords:** octogenarians; men's health; quality of life; spatial distribution.

**RESUMEN:** El objetivo fue describir el perfil socioeconómico, de salud y calidad de vida de hombres octogenarios; trazar un mapa de las regiones de concentración de esos ancianos por número de discapacidad funcional y morbilidades. Estudio analítico, observacional y transversal, en una muestra de 121 hombres octogenarios que viven en Uberaba-MG-Brasil, en 2008. Fueron aplicados los instrumentos: Cuestionario Brasileño de Evaluación Funcional y Multidimensional (BOMFAQ), Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida - BREF (WHOQOL-BREF) y Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida Evaluación del Adulto Mayor (WHOQOL-OLD). Se utilizó análisis descriptivo y *odds ratio*. Predominaron los ancianos casados, viviendo con su cónyuge, analfabetos y con 1|-4 años de escolaridad, el ingreso de un salario mínimo, con 1|-4 discapacidad y 4|-7 comorbilidades. Los ancianos con más morbilidad y discapacidad viven en regiones donde no había cobertura de la estrategia de salud familiar. Estos resultados pueden contribuir para la planificación de acciones de salud dirigidas, teniendo en cuenta las características específicas de esta población.

**Palabras Clave:** Octogenários; salud del hombre; calidad de vida; distribución espacial.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e a faixa etária que mais cresce atualmente é a de pessoas com 80 anos ou mais<sup>1</sup>. O crescimento dessa população deve-se ao aumento da expectativa

de vida. No Brasil, ocorreu um acréscimo de 3,1 anos nos últimos dez anos. Entretanto, a expectativa de vida para os homens ainda é menor quando comparados às mulheres, sendo 69,4 para eles e 77 anos para elas<sup>2</sup>.

<sup>I</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftrm.edu.br.

<sup>II</sup>Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Professora Substituta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Professora do Departamento de Medicina Social. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: pollycris21@bol.com.br.

<sup>III</sup>Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Professora Substituta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Professora do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: flaviadias\_ura@yahoo.com.br.

<sup>IV</sup>Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Uberaba. Minas Gerais, Brasil. E-mail: paulabeatrizde@yahoo.com.br.

<sup>V</sup>Fonte de Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

Considerando a menor expectativa de vida e outros aspectos relacionados à saúde do homem, como os socioculturais e político-econômicos, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2008, a fim de identificar os principais agravos à saúde, possibilitando a promoção de ações com vistas ao aumento da expectativa de vida dessa população<sup>3</sup>.

Porém, ainda são escassos estudos que avaliem a saúde do homem, considerando as diferentes faixas etárias e tendo como foco o idoso<sup>4,5</sup>.

Pesquisa, realizada no Piauí, avaliou as diferenças de gênero entre idosos e verificou que os homens relataram maiores dificuldades de vivenciar essa etapa da vida, expressa na aceitação de certas condições oriundas do processo de envelhecimento, como: a aposentadoria, as perdas físicas, emocionais, econômicas e sociais que podem surgir com o aparecimento de doenças crônicas. Ressaltaram ainda a falta de vontade de viver sem autonomia e com dependência, muitas vezes agravada após a morte de entes queridos. As mulheres idosas, por outro lado, mostraram maior aceitação e adaptação a esses fatores<sup>4</sup>.

Neste sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que abordem a saúde do homem durante o processo de envelhecimento, devido suas peculiaridades nessa faixa etária ainda pouco exploradas.

Assim, considerando as necessidades de identificar as especificidades de idosos longevos e sua distribuição em uma dada população este estudo objetivou: descrever o perfil socioeconômico, de saúde e a qualidade de vida (QV) de homens idosos octogenários; verificar a associação da incapacidade funcional com a escolaridade e a renda; e mapear as regiões de concentração dessa população por número de incapacidade funcional e de morbidades.

## REVISÃO DE LITERATURA

Os octogenários caracterizam-se pela heterogeneidade em comparação aos idosos mais jovens. Entre os idosos com 80 anos e mais se observam desde aqueles totalmente independentes a pessoas acamadas e dependentes de cuidado<sup>6</sup>.

Além do comprometimento funcional e a dependência, os idosos longevos apresentam maior risco de desenvolverem doenças crônico-degenerativas<sup>2</sup>. Ressalta-se que o aumento de comorbidades pode resultar em impacto negativo na QV dos idosos<sup>7</sup>.

Nesse contexto, além da saúde e funcionalidade existe a preocupação dos profissionais de saúde em identificar a QV desta população, à medida que é considerada como um dos determinantes do aumento ou decréscimo na longevidade<sup>8</sup>.

A definição de QV é considerada ampla e variável<sup>8</sup>, sendo descrita pela Organização Mundial de

Saúde (OMS) como a

percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>9:1405</sup>.

Nessa perspectiva, faz-se necessário identificar a percepção dos octogenários acerca dos valores, preocupações e objetivos que permeiam a sua QV.

Além disso, a literatura científica evidencia que o ambiente pode intervir na saúde dos idosos<sup>10</sup>. Contudo, ainda são poucos os estudos que utilizaram essa ferramenta com foco na atenção à saúde do idoso, e, menos ainda, dos octogenários do sexo masculino<sup>11</sup>.

Assim, torna-se relevante conhecer a localização desta população, com intuito de verificar a presença de aglomerados espaciais que necessitem de maior cuidado em saúde. Para a análise dessas relações é imperativo o uso de tecnologias voltadas para a coleta e tratamento de informações espaciais aplicadas ao setor saúde.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior<sup>V</sup>, realizado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em 2008, o qual descreveu a situação de saúde dos idosos residentes na zona urbana de Uberaba-MG. Em 2008, Uberaba contava com 292.377 habitantes, sendo que os idosos representavam 11,8% dessa população<sup>12</sup>.

A amostra populacional, do estudo maior foi calculada considerando 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de  $\pi=0,5$  para as proporções de interesse, correspondendo a 2.142 idosos.

O presente estudo possui delineamento descritivo, analítico, transversal e observacional. Entre os 2.142 idosos foram incluídos aqueles com 80 anos ou mais, que não possuíam declínio cognitivo, do sexo masculino, residentes na zona urbana de Uberaba e que aceitaram participar. Atenderam aos critérios 121 idosos.

Para a avaliação cognitiva utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Considerou-se declínio cognitivo quando o idoso obteve pontuação igual ou inferior a 12 pontos<sup>13</sup>.

Para a coleta dos dados socioeconômicos, morbidades e capacidade funcional utilizou-se parte do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ)<sup>14</sup>. As variáveis estudadas foram: estado conjugal, escolaridade, renda individual mensal, atividades da vida diária (AVDs), número de incapacidade funcional para AVDs e número de morbidades autorreferidas. Considerou-se incapacidade funcional quando o idoso não conseguia realizar determinada AVD.

Para análise da QV utilizou-se o *World Health Organization Quality of Life – BREF* (WHOQOL-BREF)<sup>15</sup>. Possui 26 questões, em que duas referem-se genericamente à QV e as demais representam quatro domínios que compõem o instrumento: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Utilizou-se ainda o módulo *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD), específico para idosos. É constituído por 24 itens da escala Likert atribuídos a seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade<sup>16</sup>.

Os dados, coletados no período de agosto a dezembro de 2008, foram digitados por duas pessoas, em dupla entrada, no programa *Excel*®. Após a verificação da consistência entre as bases os dados foram transportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para análise. Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio de frequências simples para as variáveis categorias e média e desvio padrão para as numéricas. Para verificar as associações, aplicou-se o odds ratio não ajustado. Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente, com suas respectivas sintaxes. Os escores variam de 0 a 100 pontos, sendo que os maiores escores correspondem à maior QV.

Quanto à análise espacial, utilizaram-se os programas MapInfo Professional versão 9.5 e Terraviva versão 3.3.1. Para mapeamento dos idosos, foram utilizadas coordenadas *Universal Transversa Mercator* (UTM), modelo da Terra (SAD-69), coletadas pelo Programa *Google Earth*. Os endereços não encontrados neste programa foram coletados por meio de equipamento apropriado, do tipo Sistema de Posicionamento Global (GPS). A intensidade dos eventos (número de eventos por unidade de área) foi estimada pelo *Kernel estimation*, com raio adaptativo da função quártica; cada célula equivale a 250m.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, Parecer nº 897. Os idosos foram contactados em seus domicílios, foram apresentados os objetivos da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas as informações pertinentes. Após a anuência do idoso e a assinatura do referido Termo, procedeu-se a entrevista.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos homens octogenários era casada ou morava com companheira 71(58,7%), Tabela 1. Semelhantes ao obtido no município de São Paulo em que 69,8% dos homens octogenários eram casados<sup>17</sup>. Pesquisa conduzida na Inglaterra apresentou percentual inferior para os homens octogenários (47%)<sup>18</sup>.

Há uma tendência dos homens se casarem com mulheres mais jovens e construir novos laços matrimoniais na viuvez, ao contrário das mulheres que tendem a permanecer sozinhas<sup>19</sup>. A convivência com uma companheira pode contribuir para a manutenção do vínculo familiar e apoio ao idoso.

Destaca-se que 42(34,7%) idosos eram viúvos, segundo a Tabela 1. Semelhante ao encontrado entre os homens octogenários do município de São Paulo (34,1%)<sup>20</sup>. As alterações no arranjo familiar nessa faixa etária impõem a necessidade de readaptações<sup>17</sup>. Pesquisa verificou que dentre os homens octogenários a viuvez se relacionou à baixa satisfação com a vida<sup>21</sup>. O enfermeiro deve juntamente ao idoso buscar alternativas que facilitem as adaptações dessa nova condição familiar.

Referente ao arranjo familiar e moradia, predominaram aqueles que residiam somente com o cônjuge 45(37,2%), conforme a Tabela 1. Inquérito domiciliar realizado em São Paulo com idosos mais velhos apresentou percentual superior entre os homens (55,1%)<sup>17</sup>. A presença do cônjuge pode repercutir em maior apoio ao homem octogenário. Contudo, os profissionais de saúde devem estar atentos para a potencial sobrecarga física e emocional que pode acometer o cuidador, normalmente referindo-se à companheira ou esposa do idoso.

**TABELA 1:** Distribuição dos homens octogenários segundo as variáveis socioeconômicas. Uberaba, Minas Gerais, 2011.

Variáveis socioeconômicas	f	%
<b>Estado Conjugal</b>		
Solteiro	3	2,5
Viúvo	42	34,7
Separado/desquitado/divorciado	5	4,1
Casado ou mora com companheira	71	58,7
<b>Arranjo de moradia</b>		
Sozinho	14	11,6
Somente com cuidador profissional	-	-
Somente com o cônjuge	45	37,2
Somente com cuidador profissional	-	-
Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)	3	2,5
Com filhos (com ou sem cônjuge)	37	30,6
Com netos (com ou sem cônjuge)	3	2,4
Outros arranjos	19	15,7
<b>Escolaridade</b>		
Analfabetos	37	30,6
11-4	37	30,6
41-8	32	26,4
8 anos	6	5
91-11	1	0,7
11 ou mais	6	5
Não soube informar	2	1,7
<b>Renda</b>		
Nenhuma	7	5,8
<1	-	-
1	64	52,9
1-3	44	36,4
3-5	3	2,5
>5	3	2,4

Prevaleceram os idosos analfabetos 37(30,6%) e com 1|-4 anos de estudo 37(30,6%), Tabela 1. Estudo conduzido em Ribeirão Preto-SP verificou percentual superior para homens octogenários com 1|-4 anos de estudo (70,4%) e inferior para os sem escolaridade (12,2%)<sup>17</sup>.

Ressalva-se que a escolaridade é fator determinante na escolha dos hábitos de vida dessa população, podendo interferir na manutenção do envelhecimento saudável e contribuir para a ocorrência de morbidades, como a demência<sup>20,22</sup>. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar qualificados para desenvolver estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças, considerando o nível educacional dos idosos.

A renda individual mensal da maioria dos octogenários, 64(52,9%) era de um salário mínimo, como expõe a Tabela 1. Divergente de pesquisa no interior de São Paulo, em que os homens octogenários recebiam de um a três salários mínimos (62,3%)<sup>17</sup>.

Sabe-se que uma parcela expressiva de idosos brasileiros, atualmente, não obtém seus recursos financeiros por meio de atividades laborais remuneradas. Assim, o sistema previdenciário e as ações assistenciais são fundamentais para minimizar o impacto negativo da baixa renda na saúde da população<sup>23</sup>.

Quanto à capacidade funcional, 80(66,1%) dos homens octogenários eram independentes. Divergente de investigação conduzida na Inglaterra, em que entre os octogenários, 66,3% apresentavam incapacidades nas AVDs básicas e atividades instrumentais de vida diária (AIVD)<sup>18</sup>.

Destaca-se que 33(27,3%) referiram 1|-5 incapacidades e 8(6,6%), cinco ou mais. A incapacidade funcional foi mais frequente para a AVD cortar as unhas dos pés - 37(30,6%) e aquelas relacionadas à mobilidade: subir e descer escadas - 16(13,2%), andar perto de casa - 11(9,1%) e andar no plano 8(6,6%). Em estudo anterior realizado no mesmo município predominaram os homens octogenários sem dificuldade para realizar essas atividades. Entretanto, quando comparadas às faixas etárias o grau de dificuldade para realização de AVDs se elevou com o avançar da idade<sup>24</sup>.

Esses resultados remetem à necessidade de investigar os fatores que têm gerado a dependência do octogenário referente ao desempenho de AVDs relacionadas à mobilidade. Destaca-se que durante o processo de envelhecimento o homem pode vivenciar perdas e limitações que influenciam a saúde física e emocional, acarretando o agravamento de doenças<sup>4</sup>.

Nesse contexto, as possíveis limitações advindas da perda ou redução da mobilidade, como maior risco para quedas, maior dependência e redução das relações sociais podem interferir negativamente na QV dos idosos. Os profissionais de saúde podem implementar, na atenção primária de saúde (APS), ações educativas junto aos idosos e familiares sobre a readequação do

ambiente domiciliar, conforme as necessidades identificadas entre os octogenários. Assim, estimula-se o desempenho das AVDs de forma segura e independente, favorecendo a manutenção da capacidade funcional.

Referentes às AVDs executadas com muita dificuldade, permaneceram as relacionadas à mobilidade, como subir e descer escadas - 22(18,2%), andar no plano - 15(12,4%) e andar perto de casa - 12(9,9%). Na Inglaterra, observou-se que 42,1% dos octogenários apresentavam limitações relacionadas à mobilidade<sup>18</sup>. É possível que as dificuldades e limitações para desenvolver as AVDs estejam relacionadas à presença de doenças crônico-degenerativas nessa população, limitando a independência das pessoas mais idosas<sup>25</sup>.

Referente às morbidades, 39(32,2%) idosos referiram 4|-7, 36(29,8%) mencionaram 7|-10, 26(21,5%) entre 1|-4 e 18(14,9%) entre 10 ou mais morbidades. Apenas 2(1,7%) idosos não apresentaram morbidades. Entre as morbidades autorreferidas, destacaram-se os problemas de visão em 93(76,9%) idosos, catarata em 69(57%) e hipertensão arterial em 68(56,2%).

Quanto aos problemas de visão, outras investigações realizadas com octogenários convergem com esse estudo<sup>18,20</sup>. Os problemas de visão em idosos trazem preocupação, uma vez que podem corroborar para o aumento de acidentes como as quedas<sup>20</sup>. A identificação precoce dos problemas de visão e as ações voltadas para correção ou redução desse problema podem contribuir para a minimização das quedas, além de ser fator que favorece o desenvolvimento de atividades e interação social.

Em relação à hipertensão arterial, em inquérito com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) a prevalência de hipertensão representou 36% entre os homens octogenários, inferior ao obtido na presente investigação<sup>26</sup>.

O incentivo ao homem octogenário na manutenção de hábitos saudáveis de vida, envolvendo a prática de atividade física, a alimentação, a supressão do consumo de álcool e tabaco e a realização de exames de rotina contribui para a prevenção de agravos à saúde, a exemplo da hipertensão arterial.

A autoavaliação da QV evidenciou que a maioria, 88(72,7%), a considera como boa. Entre octogenários, a satisfação com a vida pode relacionar-se à melhoria do estado de saúde, principalmente entre os homens, como observado em inquérito longitudinal conduzido na Suíça<sup>21</sup>.

Em relação a sua saúde, 88(72,7%) encontravam-se satisfeitos. Divergindo destes achados, estudo da PNAD observou que o maior percentual de homens octogenários considerava sua saúde regular (24,2%)<sup>26</sup>.

A análise da QV, segundo o WHOQOL-BREF, apresentou maiores escores no domínio relações sociais (68,87), segundo a Tabela 2. Resultado consoante foi



obtido em inquérito realizado com homens idosos octogenários e nonagenários, porém com escore médio superior (78,22)<sup>27</sup>. Estudo conduzido na Suíça verificou que a satisfação com a qualidade da rede social esteve relacionado à maior satisfação com a vida entre octogenários<sup>21</sup>. Esse domínio avalia as relações pessoais, o suporte social e a atividade sexual<sup>15</sup>. Na presente investigação, o maior escore neste domínio pode estar relacionado ao estado conjugal, uma vez que o maior percentual de idosos possuía relação estável. É possível que o idoso que possui uma companheira apresente melhor percepção do suporte social.

O menor escore de QV foi para o domínio físico (58,19), Tabela 2. Resultado semelhante ao obtido por octogenários e nonagenários em investigação conduzida no Rio Grande do Sul (59,88)<sup>27</sup>.

Considerando que esse domínio avalia, entre outros fatores, dor e desconforto, atividades da vida cotidiana, dependência de medicamento ou de tratamento, pressupõe-se que as morbidades referidas pelos idosos tenham impactado negativamente na sua QV. Além disso, este fato pode estar relacionado ainda ao predomínio de incapacidades funcionais nas atividades de mobilidade, afetando assim a sua independência e o seu cotidiano.

A visibilidade social do processo de envelhecimento, ainda hoje, está culturalmente vinculada às perdas de habilidades físicas e mentais e a inserção da fragilidade. Assim, nessa fase da vida o homem busca se afastar da possibilidade de ser considerado frágil, comum ao universo feminino, pelo estigma de comprometer sua masculinidade. Por isso, tendem a se mostrar ágeis e com vitalidade<sup>28</sup>.

Destaca-se que o homem, normalmente, não busca o serviço de APS para realizar a promoção da saúde e prevenção de doenças. Frequentemente, seu acesso ao serviço de saúde ocorre por meio da atenção especializada, na busca pela recuperação de agravos.

Salienta-se que a resistência do homem em buscar com regularidade os meios de prevenção primária de agravos repercute não apenas em sobrecarga financeira para a sociedade, mas principalmente em sofrimento físico para o octogenário e em sofrimento emocional, além das repercussões para a família<sup>3</sup>.

A equipe multiprofissional por meio de atividades em educação em saúde pode reforçar a necessidade do atendimento aos homens nesta faixa etária enfatizando a promoção de saúde e prevenção de doenças.

A QV mensurada pelo WHOQOL-OLD obteve maior escore na faceta morte e morrer (81,83), conforme a Tabela 2. Entre idosos, a longevidade é confrontada com os temores e preocupações com a finitude da vida. Entretanto, a aceitação da morte nesse momento da vida pode trazer conforto e paz ao idoso, contribuindo para melhor QV dos octogenários<sup>29</sup>.

O menor escore foi obtido na faceta autonomia (59,17), segundo a Tabela 2. A perda da autonomia, bem como o isolamento social, o declínio da funcionalidade e a presença de doenças crônicas podem impactar negativamente na QV do idoso<sup>27</sup>. Destaca-se que é possível garantir a autonomia do idoso oferecendo oportunidades de escolha, como por exemplo, na roupa que deseja vestir, alimentos de sua preferência, locais em que deseja passear, dentre outros. O importante é reconhecer suas capacidades e potencialidades estimulando-o nas decisões, de forma a desfrutar de seus direitos e manter seu espaço físico e existencial<sup>30</sup>.

Não se observou associação da escolaridade ( $p=0,916$ ;  $OR=0,95$ ;  $IC=0,42-2,16$ ) e renda ( $p=0,353$ ;  $OR=0,36$ ;  $IC=0,08-1,69$ ) com o número de incapacidade funcional. Resultados divergentes aos encontrados em pesquisa no interior de Minas Gerais, em que não ter escolaridade ( $OR=2,8$ ;  $IC=1,7-4,8$ ) e possuir baixa renda ( $OR=2,7$ ;  $IC=1,3-5,5$ ) estiveram associados à incapacidade funcional<sup>31</sup>. Contudo, no estudo de Minas Gerais, consideraram homens e

**TABELA 2:** Distribuição dos escores de QV dos homens octogenários, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Uberaba, 2011.

	Média	Desvio padrão
<b>WHOQOL-BREF</b>		
Físico	58,18	1,56
Psicológico	67,62	9,97
Relações sociais	68,87	9,05
Meio Ambiente	63,68	1,01
<b>WHOQOL-OLD</b>		
Funcionamento dos sentidos	76,14	20,57
Autonomia	59,16	12,68
Atividades passadas, presentes e futuras	65,65	9,72
Participação social	64,20	13,08
Morte e morrer	81,82	20,19
Intimidade	67,61	16,47

mulheres idosos em diferentes faixas etárias, o que pode ter contribuído para que os resultados obtidos tenham sido diferentes aos verificados nesta pesquisa.

Em relação à análise espacial evidenciou-se a concentração de idosos octogenários na região sudeste do município de Uberaba e em menor densidade próximo à região central. Esse fato pode estar relacionado às características de urbanização do município, revelando áreas que necessitam de cuidado direcionado, dado as relações entre espaço e saúde.

A região sudeste do município conta com serviços de saúde voltados para a atenção primária e secundária, contudo ainda existem áreas nessa região em que a cobertura pela estratégia de saúde da família (ESF) é parcial.

Nesse contexto, é relevante que os serviços de saúde destas localidades, como as ESFs, priorizem um plano de atenção ao idoso octogenário direcionado aos aglomerados espaciais, buscando-o ativamente. Desse modo, pode-se contribuir para o acompanhamento das suas necessidades de saúde, bem como estabelecer ações que visem melhoria da sua QV considerando os aspectos mais afetados.

Os idosos sem incapacidade funcional encontravam-se aglomerados na região sudeste do município, aqueles com 1|-4 incapacidade na região nordeste e com 4 ou mais na sudoeste. Houve maiores aglomerados de idosos com maior número de incapacidade nas regiões periféricas do município.

Destaca-se que a região sudoeste do município, em que há maior conglomerado de idosos com quatro ou mais incapacidades funcionais para o desempenho de AVDs, não possui cobertura pela ESF. Desse modo, salienta-se a necessidade de que ações governamentais sejam priorizadas nessas localidades a fim de estabelecer o acompanhamento desses idosos por meio da APS, com vistas à manutenção e reabilitação da funcionalidade do idoso.

Os idosos com 1|-4 morbidades concentravam-se na região sudeste de Uberaba, aqueles com 4|-7 nas regiões sudoeste e noroeste, com 7|-10 ao norte próximo à região central, e 10 e mais ao sul, próximo à região central.

As regiões que concentravam os idosos com maior número de morbidades também não possuem cobertura da ESF. Ressalta-se que a atenção básica é um campo privilegiado para o desenvolvimento de práticas de cuidado, por oportunizar o conhecimento sobre o contexto em que vive a população, bem como suas necessidades para a elaboração de estratégias assistenciais<sup>32</sup>.

Assim, é mister a ampliação dos serviços na APS, de forma a atender os princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde, entre eles equidade e universalidade, visando diminuir o impacto dos agravos na QV dos idosos octogenários.

## CONCLUSÃO

Predominaram octogenários casados ou morando com companheira, residindo somente com cônjuge, sem escolaridade ou com 1|-4 anos de estudo e renda mensal individual de um salário mínimo. Quanto à incapacidade funcional, prevaleceram 1|-3 e para as comorbidades, 4|-7. A escolaridade e a renda não estiveram associadas ao número de incapacidade funcional para o desempenho das AVDs.

A QV mensurada pelo WHOQOL-BREF apresentou maior escore no domínio relações social, e menor no domínio físico. No WHOQOL-OLD obteve-se maior escore na faceta morte e morrer e menor para a autonomia.

A análise espacial evidenciou concentração de octogenários na região sudeste do município e em menor densidade próximo à região central. Os idosos com maior número de incapacidade funcional concentraram-se nas regiões periféricas e aqueles com maior número de comorbidades nas regiões norte e sul, próximos à região central.

Esses resultados reforçam a necessidade do serviço de saúde direcionar estratégias voltadas para as necessidades do homem octogenário. Destaca-se a necessidade de ampliação da cobertura da APS, além de ações de acompanhamento e monitoramento das morbidades bem como estímulo à funcionalidade com vistas à manutenção da autonomia e independência.

Os menores escores no domínio físico e faceta autonomia evidenciam que a QV do idoso apresenta-se mais comprometida nestes aspectos. Desse modo, os profissionais de saúde devem investigar os fatores que tem impactado negativamente a QV desta população, buscando possíveis soluções juntamente aos idosos e seus familiares.

A interação dos dados referentes ao perfil socioeconômico e da distribuição espacial dos homens octogenários poderá contribuir para o planejamento de ações em saúde direcionadas, considerando as especificidades dessa população.

## REFERÊNCIAS

1. Kirkwood TBL. A systematic look at an old problem: as life expectancy increases, a systems-biology approach is needed to ensure that we have a healthy old age. *Nature*. 2008; 451:644-7.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
3. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
4. Figueiredo MLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loiola NLA. As diferenças de gênero na velhice. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:422-7.

- 5.Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface—Comunic, Saude, Educ.* 2010; 14:257-70.
- 6.Schmidt JA, Dal-Pizzol F, Xavier FMF, Heluany CCV. Aplicação do teste do relógio em octogenários e nonagenários participantes de estudo realizado em Siderópolis/SC. *Psico.* 2009; 40: 525-30.
- 7.Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica.* 2009; 25: 314-21.
- 8.Alencar NA, Souza Jr. JV, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas E. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosos ativas e sedentárias. *Fisioter Mov.* 2010; 23: 473-81.
- 9.The Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41: 1403-9.
- 10.Poortinga W, Dunstan FD, Fone DL. Perceptions of the neighbourhood environment and self rated health: a multilevel analysis of the Caerphilly Health and Social Needs Study. *BMP Public Health.* 2007; 7:785-5.
- 11.Magalhães MR, Corrente JE, Ruiz T, Simões LB. Distribuição espacial dos idosos segundo seus conceitos de qualidade de vida. *Rev APS.* 2008; 11:374-9.
- 12.Ministério da Saúde (Br). DATASUS [site da internet]. Informações de saúde. População residente em Minas Gerais 2008. [citado em 20 mar 2014] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>.
- 13.Icaza MC, Albala C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de dementia en Chile: análisis estatístico. Brasília (DF): OPAS; 1999.
- 14.Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. Assessment of Health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community [theses]. London (UK): London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
- 15.Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da Qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Rev Saude Pública.* 2000; 34:178-83.
- 16.Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica.* 2006; 40:785-91.
- 17.Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendrúsculo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev Latino-Am Enfermagem [SciELO-Scientific Electronic Library Online].* 2010 [citado em 18 mar 2014]. 18(1):08 telas. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_04.pdf).
- 18.Zhao J, Barclay S, Farguhar M, Kinmonth AL, Brayne C, Fleming J. The Oldest Old in the Last Year of Life: Population-Based Findings from Cambridge City over-75s Cohort Study Participants Aged 85 and Older at Death. *J Am Geriatr Soc.* 2010; 58:1-11.
- 19.Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva.* 2007; 4:135-40.
- 20.Ferreira JVC. Os muito idosos no município de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
- 21.Berg AI, Hoffman L, Hassing LB, McClearn GE, Johansson B. What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging Ment Health.* 2009; 13:191-201.
- 22.Ribeiro PCC, Nen AL, Cupertino APFB, Yassuda MS. Variabilidade do envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo.* 2009; 14:501-9.
- 23.Neri MC, Soares WL. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23: 1845-56.
- 24.Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzzzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto contexto – enferm.* 2007; 16:32-9.
- 25.Camarano AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2010.
- 26.Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19:735-43.
- 27.Chepp CC. Estudo transversal da qualidade de vida através da escala WHOQOL-BREF da população octogenária e nonagenária de Siderópolis [monografia]. Criciúma (SC): Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2006.
- 28.Fernandes MGM, Garcia LG. O sentido da velhice para homens e mulheres idosos. *Saúde Soc.* 2010; 19:771-83.
- 29.Maues CR, Paschoal SMP, Jaluul M, França CC, Jacob-Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med.* 2010; 8:405-10.
- 30.Celich KLS. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade [tese de doutorado]. Porto Alegre (RS): Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
- 31.Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia.* 2009; 13:376-82.
- 32.Kebian LVA, Acioli S. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. *Rev enferm UERJ.* 2011; 19:403-9.