

PREDITORES DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL PARA OCTOGENÁRIOS BRASILEIROS

Ana Cristina Viana Campos

Universidade do Sul e Sudeste do Pará. anacampos@unifesspa.edu.br

Resumo do artigo: o objetivo deste estudo foi testar e validar uma ferramenta que identifique idosos saudáveis na comunidade com base em critérios simples, bem como identificar os fatores mais importantes na construção de um indicador de envelhecimento saudável. O estudo AGEQOL (Aging, Gender and Quality of Life) é uma coorte com idosos brasileiros com os idosos com 80 anos e mais (N=408). O indicador de envelhecimento saudável foi construído considerando-se os seguintes critérios para identificar um idoso saudável: autopercepção de saúde positiva; ser funcionalmente ativo nas atividades diárias e instrumentais sem déficit cognitivo; ser capaz de caminhar 3 quarteirões sem ajuda; não ter doenças agudas ou crônicas conhecidas; consumir menos de 3 medicamentos; não fumar nem beber de forma ativa. O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para confirmar a consistência interna e a análise discriminante canônica foi utilizada para validar este indicador de envelhecimento saudável descrito, com um nível de significância de 0,05. Os resultados demonstraram que todos os critérios contribuíram significativamente para a criação do modelo, exceto “auto percepção de saúde” e “não beber”. Por outro lado, os critérios “ausência de doenças agudas ou crônicas” e “caminhar 3 quarteirões” contribuíram 75,8% e 74,7% para a criação da função linear discriminante, respectivamente. Conclui-se que objetivo que o conjunto de nove perguntas foi capaz de identificar satisfatoriamente idosos saudáveis, sendo que os fatores mais importantes na construção do indicador de envelhecimento saudável para esta amostra de octogenários brasileiros foram caminhar 3 quarteirões sem ajuda e não possuir doenças agudas ou crônicas.

Palavras-chave: Envelhecimento saudável, Envelhecimento ativo, Saúde do idoso, Idosos, Octogenários.

Introdução

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal e não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio de todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte¹.

Historicamente, o processo de envelhecimento foi marcado por diferentes elementos teóricos, sem que houvesse uma definição consensual para o envelhecimento. As teorias sobre desenvolvimento humano e envelhecimento discutem alguns conceitos, de forma a enfatizar o que seria importante para se entender como ocorre o processo de envelhecimento humano².

As modificações biológicas dizem respeito às alterações morfológicas (aparecimento de rugas, cabelos brancos); fisiológicas relacionadas às alterações das funções orgânicas e bioquímicas no organismo. Os critérios psicológicos estão relacionados a senso subjetivo de idade feito pelo próprio indivíduo e pela sua autoestima e a imagem social³. Scoralick-Lempke, Barbosa⁴ ressaltam que a

década de 1970 foi marcada por uma ampliação da produção científica sobre o envelhecimento, com destaque para o aumento do número de trabalhos na área de Psicologia do Desenvolvimento cujo enfoque era o curso da vida.

Duas abordagens merecem destaque. A primeira nasce no contexto da perspectiva *Life-Span* que contribuiu para a desmistificação a concepção de que o envelhecimento estaria associado somente ao declínio, à doença e à incapacidade. Esta é uma abordagem de orientação dialética que concebe a possibilidade de um envelhecimento saudável e funcional, enfatizando o caráter heterogêneo e multideterminado do mesmo⁴.

Para se alcançar um envelhecimento saudável com longevidade satisfatória é importante à adoção de estilos de vida satisfatórios, manutenção de reservas funcionais prevenção de doença e incapacidade, e relações sociais adequadas para os idosos. Mantê-los saudáveis, funcionais e independentes gera resultados positivos a curto e médio prazo. Idosos podem contribuir para as suas comunidades e suas famílias com sabedoria e experiência⁵.

O termo “Envelhecimento Ativo”, adotado pela OMS no final dos anos 90, é definido como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que os indivíduos ficam mais velhos”^{6:13}

O envelhecimento ativo permite, pois, às pessoas reconhecerem o seu potencial para um bem-estar físico, social e mental durante todo o seu ciclo de vida, bem como promover a sua participação na sociedade através da garantia da necessária proteção, segurança e prestação de cuidados. Nesse sentido, a promoção do envelhecimento ativo exige uma abordagem multidimensional e a responsabilização e apoio permanente entre todas as gerações⁷.

Entretanto, a falta de uma definição operacional padrão tornou difícil, na prática, descrever os idosos saudáveis e ativos nos aspectos funcionais, cognitivos, físicos e sociais, bem como parâmetros laboratoriais fisiológicos⁸. Quando se trata dos idosos com 80 anos e mais, chamados de octogenários, a situação é ainda mais complicada; pois há ainda menos estudos e muitas questões sem respostas ainda.

Estudos epidemiológicos de base populacional adquirem importância nesse cenário por possibilitarem a identificação dos determinantes e dos fatores etiológicos do envelhecimento. Essa experiência se faz necessária, uma vez que os idosos estão sujeitos a inúmeras variações e, futuramente, poderá contribuir para o conhecimento mais profundo do processo de envelhecimento da população⁹. Esse estudo teve como objetivo testar e validar uma ferramenta que identifique idosos

saudáveis na comunidade com base em critérios simples, bem como identificar os fatores mais importantes na construção de um indicador de envelhecimento saudável.

Metodologia

O estudo AGEQOL (*Aging, Gender and Quality of Life*) é uma coorte com idosos de 60 anos e mais de idade realizado no município de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil. O processo de amostragem foi realizado em dois estágios: no primeiro, selecionaram-se setores censitários e, no segundo, foram selecionados 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. 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 deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Detalhes adicionais do método são descritos em Campos et al.¹⁰.

Do total de participantes selecionados (N=2.302), 250 se perderam antes do primeiro seguimento cuja coleta de dados foi realizada em 2012. O segundo seguimento foi realizado em 2014 apenas com os idosos com 80 anos e mais (N=408), 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 participar novamente do estudo.

O indicador de envelhecimento saudável foi construído a partir da proposta de Carrasco et al.⁹ adaptada por Campos et al.¹¹, considerando-se os seguintes critérios para identificar um idoso saudável: autopercepção de saúde positiva; ser funcionalmente ativo nas atividades diárias e instrumentais sem déficit cognitivo; ser capaz de caminhar 3 quarteirões sem ajuda; não ter doenças agudas ou crônicas conhecidas; consumir menos de 3 medicamentos; não fumar nem beber de forma ativa.

A autopercepção de saúde foi avaliada por uma escala de *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 atualmente. Uma pergunta dicotômica foi utilizada para avaliar a presença ou ausência de doenças crônicas ou agudas atuais conhecidas. 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.

O estado cognitivo dos idosos foi avaliado pelo o Mini Exame do Estado Mental validado no Brasil¹² com o ponto de corte de 21/22 pontos¹³. A pontuação ≤ 21 indica comprometimento cognitivo. A limitação funcional foi investigada por seis atividades básicas – AVD (tomar banho, vestir, ir ao banheiro, comer, deitar e levantar da cama/cadeira e incontinência urinária e fecal) e oito atividades instrumentais de vida diária – AIVD (uso do telefone, usar o transporte, fazer compras, preparar uma refeição, limpar a casa, lavar a roupa, cuidar das finanças e tomar medicamentos). Os indivíduos foram classificados como não limitado se apresentassem total independência na realização de AVD e AIVD, separadamente.

Para calcular a pontuação para cada item do indicador, as respostas foram ponderadas com valores maiores para respostas que indicaram um maior impacto. Esses valores foram somados e convertidos para uma escala de 0 a 100 usando uma regra simples de três. Dois grupos indicador de envelhecimento saudável (saudáveis e não saudáveis) foram estabelecidos e categorizados de acordo com a mediana.

O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para confirmar a consistência interna do indicador de envelhecimento saudável em cada uma das variáveis definidas. A mesma confiabilidade foi encontrada nas subescalas e na escala total.

Em seguida, a análise discriminante canônica foi utilizada para validar o indicador de envelhecimento saudável descrito. A discriminação é realizada através da estimativa dos pesos de cada variável, com o objetivo de maximizar a variância entre e dentro dos grupos, de modo que os grupos se destacam tanto quanto possível pelos valores da função discriminante¹⁴.

O primeiro passo da análise discriminante é dividir aleatoriamente a amostra em dois subgrupos: amostra de análise original e amostra de teste. O procedimento, conhecido como validação cruzada, é o mais utilizado na literatura. A validação cruzada tem uma função discriminante em um subgrupo dos participantes na amostra (amostra de análise original) e, em seguida, no teste de um segundo subgrupo (amostra de teste)¹⁵.

O segundo passo é escolher as variáveis que avaliam a função discriminante formada. Para isso, um teste F bivariado e o teste *Lambda de Wilks* foram utilizados para medir a contribuição potencial de cada item independente para separar os casos. Em seguida, a função linear discriminante é construída usando coeficientes que permitem entender o valor da pontuação dos dados analisados. As

informações sobre a eficácia relativa de cada função discriminante são fornecidas por uma tabela de autovalores. Cada função pode ser representada pela seguinte equação: $Z = a + W_1x_1 + \dots + w_nX_n$, onde Z representa o escore da função discriminante, a é o coeficiente discriminante e w é o peso discriminante para a variável independente X e o valor de cada variável independente¹⁵.

A avaliação interna dos resultados é obtida na análise discriminante para verificar a eficiência da classificação das observações originais e validação cruzada. Este método produz combinações lineares de variáveis independentes que discriminam melhor os grupos estabelecidos pela variável dependente, definindo as regras para classificar os elementos em cada grupo. A classificação dos casos originais, validados e não selecionados, é realizada calculando separadamente a porcentagem do total de casos classificados corretamente pelo total de casos.

Este estudo escolheu usar um método simultaneamente para avaliar todos os itens. Isso significa que o programa analisa os casos, um por um, e os aloca de tal forma que seja criada a melhor separação gráfica possível entre os grupos. A construção do banco de dados foi realizada utilizando o *Statistical Package for Social Sciences for Windows* (SPSS), versão 19, para análise de dados, com um nível de significância de 0,05 para todos os testes no estudo.

Resultados e Discussão

Entre os 335 idosos que participaram deste estudo, a maioria era do sexo feminino (62,1%), idade entre 80 e 84 anos (50,4%). A idade da amostra em 2014 variou entre 80 e 108 anos, sendo que a idade média foi de $85,2 \pm 4,6$ anos ($85,3 \pm 4,8$ para as mulheres e $85,1 \pm 4,1$ para os homens).

Embora as mulheres tenham uma esperança de vida maior que a dos homens, a proporção de anos vividos com doença também é maior¹⁶ (Campolina). Essa maior longevidade das mulheres é conhecida como feminização, isto é, o predomínio de mulheres na população. Esta é uma característica comum do envelhecimento populacional de nações em diferentes estágios de desenvolvimento. Na América do Norte e Europa, em 1900, as mulheres viviam dois a três anos mais que os homens; hoje vivem em média sete anos mais. Na França elas vivem oito anos mais que os homens e no Japão quase sete anos. Esta longevidade diferencial continua nos países em fases avançadas da transição demográfica, sugerindo que países em desenvolvimento também seguirão esta tendência ainda por algumas décadas^{17,18}.

Um estudo qualitativo realizado com 20 idosos do Programa Terceira Idade em Ação – PTIA em Teresina, Piauí, teve como objeto investigar as questões de gênero presentes e determinantes da saúde e da qualidade de vida das pessoas que envelhecem. A análise dos discursos apontou baixa autoestima

vivenciada pelos homens idosos em contraposição à maior autonomia e a liberdade conquistada pelas mulheres idosas. As autoras identificaram nas falas dos homens pouca aceitação da aposentadoria, perda da vontade de viver sem autonomia e com dependência e surgimento de doenças crônicas. Já a mulher idosa experimentou uma maior autonomia financeira, a liberdade parece ser evidente, pois tem mais tempo disponível para si própria, pelo fato de ter uma redução nas obrigações com a família¹⁹.

Em relação ao indicador de envelhecimento saudável, 179 (43,9%) idosos foram classificados como saudáveis, 156 (38,1%) como não saudáveis e 17,9% não foram classificados devido à falta de resposta no questionário.

Um estudo com uma amostra do Projeto Processos do Envelhecimento Saudável (PENSA) procurou investigar as multidimensões percebidas pelos idosos da comunidade sobre a definição de envelhecimento saudável. Em relação ao que é importante para se obter esse envelhecimento, as categorias mais apontados pelos idosos foram: saúde física (53%), saúde social (46%), saúde emocional (37%), preocupação com alimentação/exercícios (36%) e evitar fatores de risco (19%)²⁰. Todos os critérios obtiveram valores para o alfa de Cronbach acima de 0,5 (intervalo: 0,563 a 0,703) e para a escala total 0,650, que também é considerado satisfatório. Na análise discriminante canônica, o teste para medir o significado global discriminante demonstrou que a análise realizada com os nove itens foi estatisticamente significativa para a funções formulada ($p < 0,001$). O autovalor foi de 2,593 para a função com correlação canônica que explica 85% ($R^2 = 0,850$) da discriminação entre os grupos saudáveis e não saudáveis (Tabela 1).

Tabela 1. Coeficientes da função discriminante canônica para indicador de envelhecimento saudável, Sete Lagoas, MG, 2014.

| Variáveis | Função |
|--|---------------|
| Ausência de doenças agudas ou crônicas | 1,812 |
| Auto percepção de saúde | 1,243 |
| Caminhar 3 quarteirões | 1,558 |
| Capacidade cognitiva | -0,152 |
| Capacidade funcional AIVD | 1,338 |
| Capacidade funcional AVD | 1,539 |
| Consumir menos de 3 medicamentos | 1,605 |
| Não beber de forma ativa | 1,168 |

| | |
|--------------------------------------|---------|
| Não fumar de forma ativa | 1,446 |
| (Constante) | -16,307 |
| Função discriminante canônica | |
| Autovalor | 2,593 |
| Correlação canônica (R^2) | 0,85 |
| Wilks' Lambda Test | 0,278 |
| p-valor | 0,000 |

Apesar da iniciativa de propor um instrumento para mensurar o envelhecimento saudável^{8,11} e o envelhecimento ativo^{21,22}, ainda não há na literatura instrumentos validados. Não há consenso entre os autores sobre a melhor forma de realizar esta análise. Por outro lado, a utilização de instrumentos multidimensionais na avaliação de idosos deve rastrear múltiplos problemas de saúde e atender às recomendações da OMS no que diz respeito ao cuidado com os idosos. Um estudo foi conduzido para examinar as características psicométricas de testes de triagem para idosos e propor um roteiro para a atenção primária. O roteiro aplicável por um profissional de saúde em média em 16 minutos possibilitou o rápido rastreamento de problemas²³.

Na análise discriminante, o programa criou uma função discriminante linear para validar o indicador de envelhecimento saudável. Os resultados do teste Z demonstraram que, em um nível de significância de 5%, todos os critérios contribuíram significativamente para a criação do modelo, exceto “auto percepção de saúde” e “não beber”. Por outro lado, os critérios “ausência de doenças agudas ou crônicas” e “caminhar 3 quarteirões” contribuíram 75,8% e 74,7% para a criação da função linear discriminante, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Igualdade e testes de matriz estruturada para cada variável na função discriminante para indicador de envelhecimento saudável, Sete Lagoas, MG, 2014.

| Variáveis | Função Discriminante* | Lambda de Wilks | F | p-valor |
|--|------------------------------|------------------------|----------|----------------|
| Ausência de doenças agudas ou crônicas | 0,758 | 0,816 | 74,864 | 0,000 |
| Auto percepção de saúde | 0,462 | 0,999 | 0,496 | 0,482 |
| Caminhar 3 quarteirões | 0,747 | 0,936 | 22,731 | 0,000 |
| Capacidade cognitiva | -0,072 | 0,934 | 23,623 | 0,000 |

| | | | | |
|----------------------------------|-------|-------|---------|-------|
| Capacidade funcional AIVD | 0,614 | 0,848 | 59,731 | 0,000 |
| Capacidade funcional AVD | 0,595 | 0,804 | 81,222 | 0,000 |
| Consumir menos de 3 medicamentos | 0,681 | 0,742 | 115,686 | 0,000 |
| Não beber | 0,585 | 0,998 | 0,829 | 0,363 |
| Não fumar | 0,509 | 0,94 | 21,142 | 0,000 |

*Coeficientes de funções discriminantes canônicas padronizados

Este estudo é inovador, pois apresenta informações a respeito de nove preditores do envelhecimento saudável em uma amostra representativa de idosos octogenários para ambos os sexos. Além disso, nossos resultados indicam que os fatores mais importantes para o envelhecimento saudável é não possuir doenças crônicas ou agudas atuais conhecidas e ser capaz de caminhar pelo menos 3 quarteirões sem ajuda.

Esperava-se que a capacidade funcional fosse o preditor mais importante no indicador de envelhecimento saudável, uma vez que as atividades da vida diária são atividades complexas para os octogenários, principalmente para aqueles idosos que já possuem algum comprometimento da saúde. No entanto, caminhar 3 quarteirões sem ajuda representa 75,8% do indicador de envelhecimento saudável. Uma explicação possível é o fato de que se trata de uma atividade que pressupõe envolvimento social e mobilidade. Berlezi et al.^{24:650} salienta que *muitos idosos são capazes de realizar todas as tarefas dentro de sua própria casa, mas se for necessário fazer qualquer atividade que necessita de um contato social fora das dependências em que está habituado ele se sente impossibilitado.*

A morbidade autorreferida é um indicador do estado de saúde dos idosos muito utilizada em estudos epidemiológicos²⁵⁻²⁷. No entanto, nem sempre as doenças crônicas autorreferidas correspondam de fato à prevalência das mesmas²⁸. Sendo assim, é preciso ter cautela na interpretação desses resultados, uma vez que a resposta depende da memória e de como cada idoso entende o que é doença.

A Tabela 3 contém informações sobre a classificação das observações nos respectivos grupos, considerando que a grande maioria dos casos originais (99,4%) e casos com validação cruzada (99,4%) foram corretamente classificadas pela análise discriminante. Dos 179 casos que foram pré-classificados no grupo saudável, apenas 2 (1,1%) não mantiveram essa classificação ao final da análise, o que pode ser considerado um resultado discriminatório positivo para confirmar a ótima capacidade discriminatória entre os grupos saudável e não saudável para essa amostra de idosos.

Tabela 3. Classificação dos idosos de acordo com a análise discriminante o indicador de Envelhecimento Saudável, Sete Lagoas, MG, 2014.

| Testes | Indicador Envelhecimento Saudável | Associação prevista no grupo | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------|-------------|
| | | Saudável | Não saudável | Total |
| | | n (%) | n (%) | n (%) |
| Original ^a | Saudável | 177 (98,9) | 2 (1,1) | 179 (100,0) |
| | Não saudável | 0 (0,0) | 156 (100,0) | 156 (100,0) |
| Validação cruzada ^b | Saudável | 177 (98,9) | 2 (1,1) | 179 (100,0) |
| | Não saudável | 0 (0,0) | 156 (100,0) | 156 (100,0) |

^a99,4% de casos agrupados originais classificados corretamente.

^b99,4% de casos agrupados com validação cruzada classificados corretamente.

Este estudo é um dos primeiros a propor um método específico de análise para medir o envelhecimento saudável em uma amostra de octogenários brasileiros. Utilizou-se a análise de discriminante canônica para compilar as respostas a nove critérios em uma medida única para envelhecimento saudável. Esta análise foi efetuada para criar dois grupos internamente mais homogêneos. Encontramos classificação correta de 99,4% e alto coeficiente de correlação (0,85), indicando que a medida de envelhecimento ativo para os idosos desta amostra é estaticamente confiável ($p=0,000$).

É importante também discutir as limitações do estudo. A primeira envolve a dificuldade de aferir os diferentes fenômenos que acompanham o processo de envelhecimento saudável e ativo, juntamente com a dificuldade de seguimento de idosos muito idosos, o que impossibilita a identificação da precedência temporal dos fatores estudados, comprometendo as evidências de relação causal.

No que se refere à interpretação dos resultados, as informações são autorreferidos e, portanto, podem sofrer influência de funções cognitivas, culturais, da linguagem utilizada e da escolaridade. Uma estratégia recomendada na literatura e utilizada neste estudo foi realização da coleta de dados nos domicílios dos idosos para amenizar essa interferência. Em contrapartida, as medidas subjetivas fornecem informações valiosas sobre o envelhecimento saudável e ativo.

Conclusão

Conclui-se que objetivo que o conjunto de nove perguntas foi capaz de identificar satisfatoriamente idosos saudáveis, sendo que os fatores mais importantes na construção do indicador de envelhecimento saudável para esta amostra de octogenários brasileiros foram caminhar 3 quarteirões sem ajuda e não possuir doenças agudas ou crônicas.

Não se deve esquecer que o histórico médico detalhado por meio de uma avaliação geriátrica clínica, funcional e integral são elementos sensíveis na detecção de idosos saudáveis. Por outro lado, nossos resultados indicam que perguntas simples diretamente dirigidas aos idosos podem funcionar como bons preditores de envelhecimento saudável, que poderão ser complementados por exames mais sofisticados quando necessário. Deseja-se que esta seja uma ferramenta em estudos futuros em prol do conhecimento das mudanças fisiológicas associadas à idade e os determinantes do envelhecimento saudável e ativo.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Guía clínica para atención primaria a las personas mayores. Washington: OPAS, 2003.
2. Fonseca, AM. Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. Contextos Clínic, São Leopoldo 2010 dez;3(2):124-131.
3. Freitas EV, Py L, Cançado FAX et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
4. Scoralick-Lempke NN, Barbosa AJG. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. Estudos de Psicologia 2012, out-dez; 29:647s-655s.
5. Fuentes AJM, Díaz IEF. Ancianos y salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Oct 22] ; 24(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400010&lng=es.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. World Health Organization. (S, Gontijo Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2005.
7. Perista H, Perista P. Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, 2012.
8. 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.

9. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2008 Feb; 24(2):409-15.
10. 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.
11. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 22]; 24: e2724. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100398&lng=en. Epub Aug 29, 2016.
12. 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.
13. 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, 132:467–478.
14. Rencher AC: *Methods of multivariate analysis*. New York: John Wiley & Sons; 1995.
15. Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de Dados*. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad. Saúde Pública*;29(6):1217-1229.
17. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública* 1997;31(2):184-200.
18. Chaimowicz F. *Saúde do idoso*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG: Coopmed; 2009. Disponível: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4000.pdf>> Acesso em: 12 mar. 2017.
19. Figueiredo MLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loiola NLA. As diferenças de gênero na velhice. *Rev. bras. Enferm* 2007;60(4):422-427.
20. Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2007;20(1):81-86.
21. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(1):167-176.

22. Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(2):370-378.
23. Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Rodrigues NCP, Andrade MKN, O'Dwyer G. Rastreamento de problemas de idosos na atenção primária e proposta de roteiro de triagem com uma abordagem multidimensional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 23];32(7): e00086715. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000705004&lng=en. Epub July 21, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00086715>.
24. Berlezi EM, Farias AM, Dallazen F, Oliveira KR, Pillatt AP, Fortes CK. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado?. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2016;19(4):643-652.
25. Campos ACV, Albala C, Lera L, Sánchez H, Vargas AM, Ferreira EF. Gender differences in predictors of self-rated health among older adults in Brazil and Chile. *BMC Public Health.* 2015 Apr 11; 15:365. doi: 10.1186/s12889-015-1666-9.
26. Fuentes–García A, Sánchez H, Lera L, Cea X, Albala C. Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. *Gac Sanit.* 2013;27:226–32.
27. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16(6):2919-2925.
28. Pimenta Fernanda Batista, Pinho Lucinéia, Silveira Marise Fagundes, Botelho Ana Cristina de Carvalho. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* 2015;20(8):2489-2498.