

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia
Curso de Mestrado

RUBENYTA MARTINS PODMELLE

ESTILO DE VIDA DOS IDOSOS PERNAMBUCANOS E
DEMAIS ESTADOS DO NORDESTE: ESTUDO
COMPARATIVO

RECIFE

2017

RUBENYTA MARTINS PODMELLE

**ESTILO DE VIDA DOS IDOSOS PERNAMBUCANOS E
DEMAIS ESTADOS DO NORDESTE: ESTUDO
COMPARATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Linha de pesquisa: Envelhecimento e Saúde.

Orientador: Rogério Dubosselard Zimmermann

Coorientador: Euler Esteves Ribeiro

RECIFE

2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

P742e Podmelle, Rubenya Martins.
Estilo de vida dos idosos pernambucanos e demais estados do
Nordeste: estudo comparativo / Rubenya Martins Podmelle. – 2017.
96 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Rogério Dubosselard Zimmermann.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2017.
Inclui referências.

1. Envelhecimento. 2. Estilo de vida. 3. Nível de saúde. I.
Zimmermann, Rogério Dubosselard (Orientador). II. Título.

610 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2017-068)

RUBENYTA MARTINS PODMELLE

**ESTILO DE VIDA DOS IDOSOS PERNAMBUCANOS E DEMAIS
ESTADOS DO NORDESTE: ESTUDO COMPARATIVO**

Dissertação aprovada pela banca examinadora em: 20/02/2017.

Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann
(Orientador/Membro Titular Interno/PPGERO)

Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal
(Membro Titular Interno/PPGERO)

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
(Membro Titular Externo/Depto. de Medicina Social)

RECIFE

2017

Aos idosos que passaram pela minha vida e àqueles que venham a ser beneficiados direta ou indiretamente pela minha atuação profissional.

Sem eles, nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

A construção desta dissertação se traduz na conclusão de um grande passo na minha vida profissional e pessoal. Apesar de caracteristicamente individual, a realização deste trabalho não seria possível sem o apoio e incentivo de muitos.

Obrigada, meu Deus, por permitir que eu vivenciasse tudo isso!

Obrigada, mainha, por ser minha melhor amiga e estar sempre ao meu lado me apoiando, corrigindo, incentivando e vibrando!

Obrigada, professor Rogério, pela atenção, paciência e compreensão neste árduo processo de orientação!

Eu, por me conhecer, deixarei meus sinceros agradecimentos sem citar mais nomes por não querer correr o risco de, desmerecidamente, acabar esquecendo alguém. Àqueles que participaram direta e indiretamente desta minha conquista, deixo aqui o meu **MUITO OBRIGADO!**

*“Se você encontrar um caminho sem obstáculos,
ele provavelmente não leva a lugar nenhum.”*

(Frank Clark)

RESUMO

Objetivo: Analisar o estilo de vida em perspectiva comparada entre idosos de Pernambuco e demais estados do Nordeste. **Método:** Trata-se de estudo analítico, descritivo e de corte transversal, elaborado a partir de dados secundários sobre estilo de vida da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. A amostra foi constituída pelos dados de idosos do Nordeste que responderam às perguntas selecionadas sobre variáveis socioeconômicas, de condições de saúde e estilo de vida, cujas categorias foram: consumo alimentar (frequência de consumo de frutas e hortaliças, feijão e de peixe), atividade física (prática de, pelo menos, 150 minutos semanais), uso de álcool (consumo de quatro ou mais doses, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias) e tabagismo (percentual de fumantes). A análise ocorreu em três etapas: verificação da normalidade dos dados, realização da estatística descritiva para determinação das frequências absolutas e relativas das variáveis e caracterização da amostra dos idosos pernambucanos e, por fim, realização estatística analítica bivariada comparando-se o estilo de vida dos idosos pernambucanos segundo variáveis socioeconômicas e de condições de saúde, como também comparando o estilo de vida entre idosos pernambucanos e os idosos dos demais estados do Nordeste, por meio do teste qui-quadrado ou do teste exato de Fisher. **Resultados:** De acordo com recomendações nacionais e internacionais, 62% dos idosos pernambucanos comem feijão, 79,3% comem peixe e 0% comem frutas e hortaliças adequadamente, bem como 53,9% praticam atividade física no lazer, 45% no deslocamento e 34,4% em atividades habituais. Também, 67,1% não consomem álcool de forma excessiva e 82,7% não fumam tabaco. Ainda, o consumo de feijão mostrou-se associado com as variáveis gênero ($p=0,000$), escolaridade ($p=0,000$), plano de saúde ($p=0,000$) e o valor do plano de saúde ($p=0,001$). O consumo de frutas esteve associada a escolaridade ($p=0,000$) e plano de saúde ($p=0,001$), enquanto o consumo de verdura ou legume cozido associou-se apenas à escolaridade ($p=0,03$). O consumo de peixe e de salada não se mostrou associado. Em relação à atividade física, somente a frequência semanal de prática no lazer esteve associada com gênero ($p=0,02$) e situação conjugal ($p=0,04$). O uso excessivo de álcool esteve associado com a cor/raça dos idosos ($p=0,03$) e o hábito de fumar esteve associado com gênero ($p=0,000$), cor/raça ($p=0,03$) situação conjugal ($p=0,006$), plano de saúde ($p=0,000$) e presença de uma doença crônica não transmissível ($p=0,02$). Entre os estados do Nordeste, houve diferença significativa com relação a todas as categorias do consumo alimentar ($p=0,000$) e ao tabagismo ($p=0,02$). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) em relação ao uso excessivo de álcool nem às variáveis concernentes à atividade física. **Considerações Finais:** Os idosos pernambucanos apresentam consumo alimentar regular, atividade física e uso excessivo de álcool em níveis razoáveis e tabagismo em situação satisfatória. Aqueles do sexo masculino, brancos e casados demonstraram estilo de vida relativamente melhor. Quando comparado Pernambuco aos demais estados do Nordeste, percebe-se que suas prevalências apresentam-se quase sempre aquém dos estados vizinhos, fortalecendo a importância de estratégias direcionadas aos idosos que oportunizem a adesão de um estilo de vida saudável.

Palavras-chave: Envelhecimento. Estilo de Vida. Nível de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the lifestyle in a comparative perspective between the elderly of Pernambuco and another states of the Northeast region. **Method:** This is an analytical, descriptive and cross-sectional study, based on secondary lifestyle data from the National Health Survey of 2013. The sample consisted of data from elderly people in the Northeast who answered the selected questions about socioeconomic variables, health conditions and lifestyle. The categories of questions were: food consumption (frequency of consumption of fruits and vegetables, beans and fish), Physical activity (at least 150 minutes per week), alcohol use (consumption of four or more doses on a single occasion in the last 30 days) and smoking (percentage of smokers). The analysis was developed in three stages: Verification of data normality, descriptive statistics for the determination of absolute and relative frequencies of the variables and characterization of the sample of elderly people in Pernambuco, and a bivariate analytical statistical analysis comparing the lifestyle of the elderly people of Pernambuco according to socioeconomic variables and health conditions, as well as comparing the lifestyle of elderly people from Pernambuco and the elderly in the other states of the Northeast, using the Chi-square test or Fisher's exact test. **Results:** According to national and international recommendations, 62% of the elderly in Pernambuco eat beans, 79.3% eat fish and 0% eat fruits and vegetables properly, as well as 53.9% practice physical activity in leisure, 45% in transfers and 34.4% in usual activities. Also, 67.1% do not consume alcohol excessively and 82.7% do not smoke tobacco. In relation to bean consumption, it was associated with the variables gender ($p = 0.000$), schooling ($p = 0.000$), health insurance ($p = 0.000$) and health insurance cost ($p = 0.001$). Fruit consumption was associated with schooling ($p = 0.000$) and health insurance ($p = 0.001$), while consumption of vegetables or cooked vegetables was only associated with schooling ($p = 0.03$). The consumption of fish and salad was not associated. Regarding physical activity, only the weekly frequency during leisure time was associated with gender ($p = 0.02$) and marital status ($p = 0.04$). Regarding physical activity, only the weekly frequency during leisure time was associated with gender ($p = 0.02$) and marital status ($p = 0.04$). Excessive alcohol use was associated with the skin color/race of the elderly ($p = 0.03$) and smoking was associated with gender ($p = 0.000$), skin color/race ($p = 0.03$), marital status ($P = 0.006$), health insurance ($p = 0.000$) and presence of a chronic noncommunicable diseases ($p = 0.02$). **Final Considerations:** The elderly of Pernambuco present regular food consumption, physical activity and excessive use of alcohol at reasonable levels and smoking in a satisfactory situation. Those males, white and married showed a relatively better lifestyle. Comparing Pernambuco to the other states of the Northeast, it can be seen that their prevalence is almost always below the neighboring states, strengthening the importance of strategies directed to the elderly that allow the adoption of a healthy lifestyle. Among the Northeastern states, there were a significant difference in relation to all food consumption categories ($p = 0.000$) and to smoking ($p = 0.02$). There were no statistically significant differences ($p > 0.05$) in relation to excessive alcohol use or variables related to physical activity.

Keywords: Aging. Life Style. Health Status.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Características socioeconômicas e de condições de saúde dos idosos domiciliados em Pernambuco segundo a PNS 2013..... | 34 |
| Tabela 2 - Consumo alimentar, uso de álcool e tabagismo dos idosos domiciliados em Pernambuco segundo a PNS 2013..... | 35 |
| Tabela 3 - Atividade física dos idosos domiciliados em Pernambuco segundo a PNS 2013..... | 36 |
| Tabela 4 - Consumo de feijão dos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 38 |
| Tabela 5 - Consumo de peixe dos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 39 |
| Tabela 6 - Consumo de salada dos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 40 |
| Tabela 7 - Consumo de verdura ou legume cozido dos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 42 |
| Tabela 8 - Consumo de fruta dos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 43 |
| Tabela 9 - Uso excessivo de álcool pelos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 45 |
| Tabela 10 - Fumo de algum produto do tabaco pelos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 46 |
| Tabela 11 - Prática de exercício ou esporte por idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 48 |
| Tabela 12 - Horas gastas com exercício físico ou esporte pelos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 49 |
| Tabela 13 - Minutos gastos com exercício físico ou esporte pelos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 50 |

| | |
|---|----|
| Tabela 14 - Horas gastas pelos idosos domiciliados em Pernambuco para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 51 |
| Tabela 15 - Minutos gastos pelos idosos domiciliados em Pernambuco para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 52 |
| Tabela 16 - Horas gastas pelos idosos domiciliados em Pernambuco a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 53 |
| Tabela 17 - Minutos gastos pelos idosos domiciliados em Pernambuco a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde..... | 54 |
| Tabela 18 - Consumo de feijão dos idosos de acordo com o estado do Nordeste..... | 55 |
| Tabela 19 - Consumo de peixe de idosos de acordo com o estado do Nordeste..... | 56 |
| Tabela 20 - Consumo de salada de idosos de acordo com o estado do Nordeste..... | 57 |
| Tabela 21 - Consumo de verdura ou legume cozido de idosos de acordo com o estado do Nordeste..... | 58 |
| Tabela 22 - Consumo de fruta de idosos de acordo com o estado do Nordeste..... | 59 |
| Tabela 23 - Uso excessivo de álcool pelos idosos de acordo com o estado do Nordeste..... | 59 |
| Tabela 24 - Fumo de algum produto do tabaco por idosos de acordo com o estado do Nordeste..... | 60 |
| Tabela 25 - Prática de exercício ou esporte por idosos de acordo com o estado do Nordeste..... | 61 |
| Tabela 26 - Horas gastas com exercício físico ou esporte por idosos de acordo com o estado do Nordeste..... | 61 |
| Tabela 27 - Minutos gastos com exercício físico ou esporte pelos idosos de acordo com o estado do Nordeste..... | 62 |
| Tabela 28 - Horas gastas pelos idosos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com o estado do Nordeste..... | 62 |
| Tabela 29 - Minutos gastos pelos idosos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com os estados do Nordeste..... | 63 |
| Tabela 30 - Horas gastas pelos idosos a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com os estados do Nordeste..... | 63 |

Tabela 31 - Minutos gastos pelos idosos a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com o estado do Nordeste..... 64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD - Atividade Avançada de Vida Diária

AIVD - Atividade Instrumental de Vida Diária

AVD - Atividade de Vida Diária

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

HED - *Heavy Episodic Drinking*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MAST-G - *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version*

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PDA - *Personal Digital Assistance*

PNAD 2008 - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio realizada em 2008

PNS 2013 - Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013

SIPD - Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares

VIGITEL 2014 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico realizada em 2014

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA | 17 |
| 2.1 Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil | 17 |
| 2.2 Processo de Envelhecimento e Suas Abordagens | 18 |
| 2.3 Envelhecimento Bem Sucedido e Estilo de Vida | 20 |
| 2.4 Fatores de Risco Modificáveis do Estilo de Vida | 22 |
| 2.4.1 <i>Inatividade Física</i> | 22 |
| 2.4.2 <i>Alimentação Inadequada</i> | 23 |
| 2.4.3 <i>Uso Excessivo de Álcool</i> | 25 |
| 2.4.4 <i>Tabagismo</i> | 25 |
| 3. OBJETIVOS | 27 |
| 3.1 Objetivo Geral | 27 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 27 |
| 4. MÉTODO | 27 |
| 4.1 Desenho do Estudo | 27 |
| 4.1.1 <i>Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013)</i> | 27 |
| 4.1.2 <i>Estilo de Vida</i> | 29 |
| 4.2 População do Estudo | 30 |
| 4.2.1 <i>Base Populacional (população alvo ou de referência)</i> | 30 |
| 4.2.2 <i>População Fonte (universo amostral)</i> | 30 |
| 4.3 Amostra | 30 |
| 4.4 Análise de dados | 31 |
| 4.5 Considerações Éticas | 32 |
| 4.6 Limitações Metodológicas | 32 |
| 5. RESULTADOS | 33 |
| 6. DISCUSSÃO | 65 |
| 6.1 Consumo Alimentar | 65 |
| 6.1.1 <i>Consumo Alimentar dos Idosos Pernambucanos</i> | 65 |
| 6.1.2 <i>Consumo Alimentar dos Idosos Pernambucanos de Acordo com Variáveis Socioeconômicas e de Condições de Saúde</i> | 67 |

| | |
|--|-----------|
| <i>6.1.3 Consumo Alimentar dos Idosos em Perspectiva Comparada entre Pernambuco e demais Estados do Nordeste</i> | 69 |
| 6.2 Atividade Física | 71 |
| <i>6.2.1 Atividade Física dos Idosos Pernambucanos</i> | 71 |
| <i>6.2.2 Atividade Física dos Idosos Pernambucanos de Acordo com Variáveis Socioeconômicas e de Condições de Saúde</i> | 73 |
| <i>6.2.3 Atividade Física dos Idosos em Perspectiva Comparada Entre Pernambuco e Demais Estados do Nordeste</i> | 74 |
| 6.3 Uso de Álcool | 75 |
| <i>6.3.1 Uso de Álcool Entre Idosos Pernambucanos</i> | 75 |
| <i>6.3.2 Uso de Álcool Entre Idosos Pernambucanos de Acordo com Variáveis Socioeconômicas e de Condições de Saúde</i> | 76 |
| <i>6.3.3 Uso de Álcool Entre Idosos em Perspectiva Comparada Entre Pernambuco e Demais Estados do Nordeste</i> | 77 |
| 6.4 Tabagismo | 78 |
| <i>6.4.1 Tabagismo Entre Idosos Pernambucanos</i> | 78 |
| <i>6.4.2 Tabagismo Entre Idosos Pernambucanos de Acordo com Variáveis Socioeconômicas e de Condições de Saúde</i> | 79 |
| <i>6.4.3 Tabagismo Entre Idosos em Perspectiva Comparada Entre Pernambuco e Demais Estados do Nordeste</i> | 81 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 83 |
| REFERÊNCIAS | 85 |

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que ocorre em ritmo acelerado, acontecendo de maneira mais intensa nos países em desenvolvimento (FAZZIO, 2012). No Brasil, os idosos constituem o segmento etário que mais aumenta, que passará de 14,2 milhões, no ano 2000, para 41,5 milhões em 2030 (IBGE, 2014). Esta população tornou-se tema de diversos estudos na área da saúde, uma vez que o processo de envelhecimento é marcado por diferentes experiências, tornando o conhecimento de sua fisiologia demasiadamente importante (JOBIM; JOBIM, 2015).

Juntamente com o processo de transição demográfica, se inicia no Brasil a transição epidemiológica: o conjunto das principais causas de morte formado por doenças infecciosas começa a perder magnitude frente a outro conjunto, constituído por doenças relacionadas à degeneração do organismo que, geralmente, acompanham o processo de envelhecimento – as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (CANNON, 2015; IBGE, 2014).

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2013b), na medida em que a idade média da população aumenta, mais pessoas sofrerão algum tipo de DCNT, como cânceres e doenças cardiovasculares, sendo também possível a associação com outras patologias que, se não devidamente tratadas e acompanhadas, poderão originar sequelas e incapacidades que comprometerão em demasia a saúde dos idosos. Além disso, segundo Focchesatto, Rockett e Perry (2015), a preeminência de mortes entre idosos relacionadas a este conjunto de doenças é significativa.

Prevenção e tratamento de DCNT e incapacidades funcionais relacionadas ao envelhecimento dependem, em grande parte, do estilo de vida que o indivíduo apresenta (BRITO, 2014; COELHO; BURINI, 2009). Inatividade física, tabagismo, alimentação inadequada e uso excessivo de álcool são fatores de risco que têm elevada relação com os quadros de morbimortalidade da população idosa (JOBIM; JOBIM, 2015; SCHMIDT et al., 2011).

Envelhecer de maneira bem sucedida vincula-se a determinantes fisiológicos e psicossociais que são considerados acima da média quando comparados ao envelhecimento típico (combinação de alterações inevitáveis relacionadas à idade). A ênfase do envelhecimento bem sucedido recai sobre as oportunidades de adaptação frente às mudanças oriundas do envelhecimento e suas condições associadas (TEIXEIRA; NERI, 2008).

Diante disto, diversos documentos internacionais buscam incentivar a oferta de melhores condições de vida para aqueles que vivenciam o processo de envelhecimento, como

o “Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento” (ONU, 2003) e “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (WHO, 2002a). O primeiro documento tem como objetivo a garantia de um envelhecimento com segurança, dignidade e oportunidades de participação social e promoção do desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades, recomendando, assim, que os países direcionem suas forças para saúde e bem estar, participação ativa na sociedade e favorecimento das capacidades e habilidades dos idosos (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011). O segundo documento tem como foco a otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança da população idosa, destacando o favorecimento do estilo de vida saudável com foco em prática de atividade física, acesso à alimentação saudável e diminuição do uso de drogas (WHO, 2002a).

Considerando-se que os objetivos destes documentos, de um modo geral, são informar e dar suporte técnico para a sociedade se mobilizar, discutir e formular planos de ação em direção à promoção da qualidade de vida na velhice, a verificação do estilo de vida da população idosa e suas possíveis associações se torna demasiadamente importante para que ações possam ser embasadas de maneira contundente, uma vez que é preciso ter informações suficientes acerca da população sobre a qual serão direcionadas as ações.

Atualmente, a população idosa corresponde a 13% da população total do Brasil. A região Nordeste apresenta percentual semelhante ao nacional, 12,4%. Em Pernambuco, o percentual é de 13,5% (IBGE, 2014), o que denota uma proporção igualmente elevada de idosos nessas localidades. O estado de Pernambuco não dispõe de dados acerca do estilo de vida de sua população idosa. Além disso, estudos na região Nordeste que englobem dados representativos da população sobre esta temática são escassos. Essa parcimônia vem se opondo à pertinência do assunto, uma vez que há a possibilidade de serem alcançados importantes desdobramentos para a saúde desta população.

O aumento do número de idosos na população instiga a reflexão sobre a maneira que se vive a velhice, sobre o que se pode fazer para que não haja apenas maior longevidade, mas sim qualidade de vida nesses anos a mais (FREITAS et al., 2011; VALER et al., 2015). O envelhecimento populacional vem se apresentando como desafio, fazendo com que a manutenção de um estilo de vida saudável nessa idade seja importante não somente para a vida dos idosos em si, mas para a sociedade como um todo (SILVEIRA et al., 2015). A partir do exposto, tem-se a seguinte pergunta condutora: qual estilo de vida dos idosos pernambucanos em perspectiva comparada com os demais estados do Nordeste?

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil

O envelhecimento populacional é uma realidade vivida no mundo todo, no entanto, nos países em desenvolvimento este processo ocorre num contexto socioeconômico não favorável. No Brasil, o ritmo deste processo apresenta-se demasiadamente acelerado, apontando dificuldades de adequação às necessidades deste grupo populacional bem como à grande heterogeneidade das regiões brasileiras em relação ao processo de envelhecimento (GOTTLIEB et al., 2011).

O crescimento do coletivo idoso brasileiro acontece a passos largos devido a alterações claras e irreversíveis da dinâmica populacional: queda das taxas de fecundidade e mortalidade e aumento na expectativa de vida do brasileiro (CARNEIRO et al., 2013; IBGE, 2014; KÜCHEMANN, 2012). Em meados do século XX, a taxa de crescimento da população acima dos 60 anos atingiu 3% ao ano; já entre 1980 e 2005, essa taxa ultrapassou os 126%, enquanto o crescimento da população total brasileira não chegava a 56% (KÜCHEMANN, 2012). Em dados absolutos, a população passará de 14,2 milhões de idosos no ano 2000 para 41,5 milhões em 2030 (IBGE, 2014). Estima-se que, em 2020, o Brasil alcance o sexto lugar dentre os países com maior número de idosos no mundo (VERAS, 2009).

A região Nordeste, composta por quase 57 milhões de habitantes (cerca de 28% da população do Brasil) (IBGE, 2016), tem mais de 7 milhões de domiciliados com 60 anos de idade ou mais (12,4% do total) (IBGE, 2014). Essa é a região brasileira onde vivem mais idosos com baixa escolaridade (cerca de 47% apresentam um ano ou menos de estudo) e baixíssimo rendimento mensal *per capita* (61,2% apresentaram renda igual ou inferior a um salário mínimo). Em sua maioria, são mulheres (55,5%), de cor/raça parda (57,8%) vivendo em situação urbana (71,9%). Em Pernambuco, especificamente, o percentual de idosos corresponde a 13,5% da população total (cerca de um milhão e duzentos mil habitantes) (IBGE, 2014).

Percebe-se que envelhecer não é mais privilégio de poucos: chegar à velhice é uma realidade mesmo em populações mais pobres. Como consequência, doenças próprias do processo de envelhecimento começaram a apresentar maior expressão: as DCNT (VERAS, 2009). Estas doenças, quando associadas ao envelhecimento, tornam-se as principais causas de incapacidade e morbimortalidade na população (WHO, 2002a).

De acordo com Schmidt et al. (2011), as DCNT relacionam-se com a degeneração do organismo e são um problema de saúde mundial, incidindo, principalmente, em populações de renda média ou baixa. Segundo Focchesatto, Rockett e Perry (2015), a preeminência de mortes entre idosos relacionadas a este conjunto de doenças é significativa. No Brasil, esta é a principal carga de doença: em 2007, por exemplo, aproximadamente 72% de todas as mortes no país foram atribuídas às DCNT, enquanto apenas 10% das mortes foram associadas às doenças infecto-parasitárias (SCHMIDT et al., 2011). O aumento da longevidade na população brasileira faz com que políticas públicas tenham a necessidade de se direcionarem com mais afinco para o contingente de idosos (IBGE, 2014).

As ‘doenças criadas pelo homem’, tais como alcoolismo e tabagismo, apresentam ascensão juntamente com as DCNT ao passo que o Brasil se aproxima dos níveis de expectativa de vida atingidos por países desenvolvidos. Ganhos na expectativa de vida alcançados ao longo do tempo podem, em parte, ser perdidos em função desse aumento (IBGE, 2014). Os problemas fisiológicos relacionados ao envelhecimento, como maior prevalência de DCNT e incapacidades funcionais, juntamente com as ‘doenças criadas pelo homem’, podem repercutir em outras vertentes da vida, tais como social, política e econômica (KUZNIER; LENARDT, 2011).

A longevidade é um anseio de qualquer sociedade, uma vez que indica melhores condições de vida da sua população (VERAS, 2009). Porém, o prolongamento da vida só pode ser percebido como real conquista ao passo em que se incorpore qualidade de vida aos anos a mais e, para isso, deve-se, acima de tudo, considerar o processo de envelhecimento de maneira integral para um maior embasamento frente a este novo grupo populacional.

2.2 Processo de Envelhecimento e Suas Abordagens

Apesar de ser algo inerente ao ser humano e ser pauta de inúmeras teorias, o envelhecimento ainda é algo que não foi totalmente compreendido (LIPSKY; KING, 2015). Durante muitos anos, este processo foi exclusivamente associado a questões biológicas, sendo definido como ‘o que ocorre num organismo vivo com o passar do tempo’ ou ‘mudanças progressivas ocorridas após a maturação sexual que dificultam a homeostase e têm como consequência a falência dos órgãos, culminando na morte’.

No entanto, as pessoas não vivenciam o envelhecimento da mesma forma (KUZNIER; LENARDT, 2011). É importante salientar que velhice, por si só, não é causa de morte, uma vez que diferentes indivíduos que venham a falecer com a mesma idade cronológica não

apresentam as mesmas condições fisiológicas. Verifica-se, então, que o envelhecimento ocorre em todas as pessoas e está sujeito a influência de diferentes elementos, podendo ser visto como um conjunto de fatores que se modificam de indivíduo para indivíduo ou mesmo dentro de uma mesma pessoa, mas entre órgãos diferentes. O envelhecimento é influenciável por fatores intrínsecos, como a genética, e, sobretudo, por fatores extrínsecos, como o meio ambiente e o estilo de vida (FREITAS et al., 2011).

Em 2015, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas propôs uma definição sobre o processo de envelhecimento que abrange as particularidades envolvidas na vida do ser humano: “O envelhecimento é um processo gradual que se desenvolve durante o curso de vida e implica alterações biológicas, fisiológicas, psicossociais e funcionais de várias consequências, as quais se associam com interações dinâmicas e permanentes entre o sujeito e seu meio.”.

A partir desta definição, é possível perceber que é inadequado atribuir aos fatores biológicos e fisiológicos toda a causalidade das alterações ocorridas no processo de envelhecimento, no entanto, de acordo com Portelada (2013), são esses fatores que podem elevar a vulnerabilidade do organismo e sobrecarregar os mecanismos de equilíbrio orgânico, comprometendo, assim, a saúde e qualidade de vida dos idosos.

Tais alterações ocorrem, por exemplo, a nível cardiovascular, com a redução do débito cardíaco, que pode desencadear um quadro de insuficiência cardíaca; a nível respiratório, com a diminuição da frequência e do volume respiratórios e da capacidade vital, levando a alterações respiratórias importantes; no sistema musculoesquelético, com a diminuição da massa muscular e massa óssea, levando ao declínio da força muscular e aumento no risco de fraturas e quedas; e no sistema nervoso, com a redução do número de neurônios, da quantidade de neurotransmissores e do peso e volume do cérebro, o que pode acarretar na desaceleração de reflexos, maior tempo de reação e diminuição na capacidade de atenção e percepção visual (ALBERTE; RUSCALLEDA; GUARIENTO, 2015; KING; LIPSKY, 2015; PORTELADA, 2013).

O prolongamento da vida só pode ser considerado como real conquista ao passo que se incorpore qualidade de vida aos anos a mais, ou seja, a atenção voltada aos idosos deve considerar a capacidade funcional, a importância da autonomia, da participação, do cuidado e da autossatisfação e, primordialmente, deve priorizar o incentivo à prevenção, ao cuidado e à atenção integral à saúde (WHO, 2002a; VERAS, 2009). É preciso, então, reforçar as relações entre sistema político, instituições científicas e acadêmicas e a sociedade para que as ações de

enfrentamento a este problema sejam favorecidas e soluções adequadas para um envelhecimento bem sucedido possam ser oportunizadas (SCHMIDT et al., 2011).

2.3 Envelhecimento Bem Sucedido e Estilo de Vida

Não há consenso na conceituação do envelhecimento bem-sucedido (TEIXEIRA; NERI, 2008). No estudo realizado por Depp e Jeste (2006) sobre o tema, foram encontradas 29 definições a partir de variações nos instrumentos de medida, variáveis independentes e proporção da amostra, porém, ao serem classificados os componentes destas definições, a categoria 'função física' predominou.

Na pesquisa de Moraes e Souza (2005), na qual elementos associados ao envelhecimento bem sucedido foram investigados em 400 idosos, verificou-se que as seguintes variáveis correlacionaram-se ao tema: capacidade funcional, saúde e bem estar percebido, suporte psicossocial e relacionamento interpessoal. Os idosos que percebiam sua saúde como boa ou muito boa apresentaram probabilidade cinco vezes mais elevada de estarem envelhecendo de maneira bem sucedida.

Dentro do levantamento bibliográfico realizado por Oliveira, Witter e Limongelli (2013), a manutenção da capacidade funcional foi o elemento que mais caracterizou o envelhecimento bem sucedido, seguido do termo qualidade de vida, que envolve as condições de vida do indivíduo e sua satisfação diante destas, e da teoria do curso da vida, sendo esta fundamentada nas ações diárias que indicarão a maneira que o indivíduo envelhecerá.

Rowe e Kahn (1997) apontam que o envelhecimento bem-sucedido pode ser caracterizado como a habilidade de manter três elementos-chave: baixa probabilidade de doenças e de incapacidades relacionadas, alta capacidade funcional cognitiva e física e engajamento ativo com a vida. Teixeira e Neri (2008) afirmam que a integridade das funções física e mental representa o elo entre os componentes, uma vez que essas funções permitem relações interpessoais e atividades produtivas, o que extrapola o limiar biológico.

A capacidade funcional, verificada como importante elemento frente ao envelhecimento bem sucedido, é conceituada como a capacidade do indivíduo manter, em níveis satisfatórios, suas habilidades físicas e mentais para uma vida autônoma e independente (VERAS, 2009), uma vez que autonomia significa a capacidade de tomar decisões e a independência, por sua vez, é a capacidade de agir de acordo com seus anseios (WHO, 2002a). Segundo Frank et al. (2007), a diminuição da capacidade funcional compromete, de

maneira importante, a realização de Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs).

Na perspectiva da saúde pública, a elaboração de ações de promoção, assistência e reabilitação de saúde, a partir da concepção de aprimoramento, manutenção e recuperação da capacidade funcional, é a mais adequada para tornar viáveis as políticas de atenção à saúde do idoso (LOURENÇO et al., 2005). São necessárias ações de educação, promoção à saúde, prevenção de patologias, retardamento de enfermidades e reabilitação de agravos (VERAS, 2009), ultrapassando os limites do diagnóstico e tratamento de doenças de maneira isolada.

O idoso acometido por uma ou mais DCNT não apresenta, necessariamente, baixa capacidade funcional, podendo manter-se dentro dos padrões do envelhecimento bem sucedido (VERAS, 2009). No entanto, se estas doenças não forem prevenidas, tratadas ou controladas de forma adequada, poderão ocasionar sequelas e incapacidades que comprometerão em demasia a saúde e qualidade de vida dos idosos (WHO, 2013b).

Prevenção e tratamento de DCNT e incapacidades funcionais relacionadas ao envelhecimento dependem, em grande parte, do estilo de vida que o indivíduo apresenta (BRITO, 2014; COELHO; BURINI, 2009). Estilo de vida é considerado o modo de se viver, estando atrelado a aspectos culturais, sociais, econômicos psicológicos e biológicos (BORGES; SEILD, 2011; PINES, 2014). O bem estar do idoso depende, em grande parte, das experiências vivenciadas ao longo do tempo. As possibilidades de promoção e educação em saúde para manter estilo de vida adequado se tornam cruciais na construção do envelhecimento bem sucedido (MENEZES, 2009).

Como dito anteriormente, o processo de envelhecimento promove alterações em diferentes aspectos da vida, porém, quando essas alterações ditas normais associam-se a elementos insalutíferos do estilo de vida, tais como dieta inadequada, tabagismo, etilismo e sedentarismo, prejuízos ao organismo podem ser desencadeados, como o aumento da ineficiência metabólica, que contribui em larga escala para o desequilíbrio orgânico (GOTTLIEB et al., 2011) e, paulatinamente, torna o indivíduo mais suscetível a danos no organismo, desencadeando DCNT (JOBIM; JOBIM, 2015). Segundo Brito (2014), quando o idoso adota um estilo de vida adequado, além de estar diminuindo as chances de apresentar DCNT, reduz o sofrimento com os problemas do sedentarismo e aumenta a possibilidade de perceber sua saúde como boa.

A diminuição das chances de acometimento por doenças, a manutenção da capacidade funcional em níveis satisfatórios e o comprometimento ativo com a vida são fatores de grande importância para o envelhecimento bem sucedido, podendo ser alcançados por meio de uma

alimentação balanceada, prática de atividade física, atividades ocupacionais prazerosas, bom convívio social, controle do estresse e desencorajamento ao tabagismo, uso excessivo de álcool e automedicação (JOBIM; JOBIM, 2015). Para Lima, Lima e Almeida (2013), a prática de atividades físicas e a alimentação adequada, com a ingestão regular de alimentos saudáveis e a redução de sal e gordura na dieta, são as principais atitudes para redução ou prevenção de doenças relacionadas ao envelhecimento.

As orientações sobre o estilo de vida são formuladas a partir de diversos estudos em grande escala, que mostram os indiscutíveis benefícios da adesão de um estilo de vida saudável (PINES, 2014). Os principais fatores do estilo de vida que influenciam o envelhecimento, segundo Oliveira, Witter e Limongelli (2013), são modificáveis e externos.

2.4 Fatores de Risco Modificáveis do Estilo de Vida

A prevenção e o tratamento de DCNT e incapacidades que se associam ao envelhecimento dependem, em grande parte, de mudanças nos hábitos relacionados ao estilo de vida. O quadro de morbimortalidade da população idosa sofre grande influência, principalmente, dos fatores de risco inatividade física, alimentação inadequada, uso excessivo de álcool e tabagismo (JOBIM; JOBIM, 2015).

2.4.1 Inatividade Física

A atividade física é caracterizada como qualquer movimento corporal em que haja gasto energético (TRIBES; VIRTUOSO JÚNIOR; OLIVEIRA, 2012), isto é, engloba desde uma AVD (ALVES et al., 2007; DIAS et al., 2015; RIBEIRO; NERI, 2012) até um exercício físico com alto gasto energético (LIMA-SILVA et al., 2010; SANTIAGO et al., 2015). Esta atividade é reconhecida como objetivo de saúde pública, uma vez que é considerada fator de proteção sobre diversas DCNT (FREITAS; MEEREIS; GONÇALVES, 2014).

Segundo Alves et al. (2007), a presença de DCNT é alta entre idosos dependentes nas AVDs, que referem-se às tarefas de autocuidado, como banhar-se e vestir-se, e nas AIVDs, que consistem nas tarefas relacionadas à vida independente em sociedade, como utilizar transporte, realizar tarefas domésticas (lavar, passar, preparar uma refeição, etc.) e telefonar. As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs), que envolvem o funcionamento físico, mental e social em atividades como praticar esportes, dirigir e trabalhar, apresentaram-se como fator protetor para o declínio cognitivo – quanto mais AAVDs realizadas, menor o risco

de declínio. Idosos sedentários apresentam alto risco de interrupção das AAVDs e dependência para AIVDs, o que associa a prática de atividades físicas à manutenção da boa saúde e vida social desse grupo populacional (RIBEIRO; NERI, 2012).

Idosos que praticam atividade física demonstram maior qualidade de vida se comparados a idosos sedentários (FREITAS; MEEREIS; GONÇALVES, 2014), modificações positivas em variáveis antropométricas (MENEZES-CABRAL et al., 2009; SANTIAGO et al., 2015), associação inversa com demência e depressão (BENEDETTI et al, 2008); melhor desempenho em funções cognitivas (LIMA-SILVA et al., 2010; VARGAS; LARA; MELLO-CARPES, 2014) e mesmo desempenho em habilidade motora que jovens (GEHRING et al., 2009).

Porém, mesmo sendo constantes e veementes as informações relacionadas aos benefícios desta prática, a inatividade física entre idosos mantém-se elevada em todo o mundo, inclusive no Brasil, mas de modo alarmante (QUEIROZ et al., 2014). Os indivíduos mais velhos tendem a gastar mais tempo em atividades sedentárias do que praticando alguma atividade física quando comparados às outras faixas etárias. Pode-se afirmar que é de grande importância a percepção da necessidade de mudança de estilo de vida por parte do indivíduo (GARDNER et al., 2014).

A inatividade física associa-se a uma maior chance de acometimento por doença arterial coronariana, hipertensão arterial, câncer de cólon e de mama, infarto agudo do miocárdio, Diabetes Mellitus tipo II e osteoporose (KATZMARZYK; JANSSEN, 2004), além de correlacionar-se a obesidade, mortalidade, maior incidência de quedas e debilidade em idosos (GRUNDY et al., 2003). Indiscutivelmente, a inatividade física caracteriza-se como um dos principais problemas de saúde pública (GUALANO; TINUCCI, 2011).

2.4.2 Alimentação Inadequada

Apesar de serem muitas vezes utilizadas como sinônimos, as palavras ‘alimentação’ e ‘nutrição’ apresentam aspectos diferentes: ‘nutrição’ constrói-se em torno do quantificável, envolvendo a energia e os nutrientes necessários para o corpo humano funcionar de maneira adequada; ‘alimentação’ consiste em um ato biológico envolto de cultura e subjetividade, que, ao mesmo tempo em que atende à fome e mantém a sobrevivência da espécie, relaciona-se com lembranças, crenças e sensações, indicando o que é considerado comestível ou não (MENEZES et al., 2015). Deste modo, é possível afirmar que a alimentação somente exerce papel na promoção, manutenção e recuperação da saúde se apresentar aspectos nutricionais

apropriados (ALENCAR; BARROS JÚNIOR; CARVALHO, 2008; CAVALCANTI et al., 2011).

Segundo Fares et al. (2012), o estado nutricional do idoso depende de diversos fatores, tais como renda (acesso a alimentos), hábito de fumar, período na posição sentada, o fato de morar só (idosos que vivem só tendem a desenvolver déficits psicológicos e de saúde, que podem alterar o apetite e a aquisição de alimentos) e patologias, como hipertensão arterial e artrose. De acordo com esses mesmos autores, há excesso de peso na população idosa sulina e desnutrição nos idosos do Nordeste brasileiro, sendo características culturais, socioeconômicas e ambientais as causas desta divergência, o que merece demasiada atenção.

Alencar, Barros Júnior e Carvalho (2008) apontam a necessidade da educação nutricional para envelhecimento saudável, uma vez que hábitos alimentares repercutem sobre o metabolismo do organismo envelhecido.

A alimentação caracteriza-se como condição social que desperta grande preocupação devido à estreita relação entre nutrição e saúde e sua influência na qualidade de vida dos idosos (FAZZIO, 2012). No Brasil, se percebe que a dieta mais consumida pela população é rica em açúcares e gorduras saturadas e pobre em hortaliças (LEVY et al., 2012), o que torna extremamente necessária sua identificação e adequação, pois a alimentação saudável impacta positivamente na prevenção e tratamento de DCNT e na diminuição do risco cardiovascular (GADENZ; BENVEGNÚ, 2013; MENEZES et al., 2015).

O fato de haver alta prevalência da má nutrição entre idosos pode decorrer da progressiva incapacidade de realizar AVDs sozinhos, o que pode demonstrar mais importância do que a própria questão da morbidade por relacionar-se diretamente com a qualidade de vida (ALENCAR; BARROS JÚNIOR; CARVALHO, 2008).

Alterações no estado nutricional se tornam coadjuvantes no aumento da morbimortalidade. O sobrepeso e a obesidade podem ocasionar sérios agravos à saúde, tais como doença isquêmica do coração, Diabetes Mellitus tipo II, acidente vascular encefálico, osteoartrite, hipertensão arterial, neoplasia de mama hérnia de hiato e problemas psicológicos (KING; EMERY, 2007). Por outro lado, a desnutrição é fator de risco importante e pode desencadear diversas complicações, como deficiência de cicatrização, insuficiência cardíaca, tendência à infecção, falência respiratória e insuficiência cardíaca (CHERNOFF, 2003), além da perda de peso e dificuldade na deambulação (MONTEIRO et al., 2009). De acordo com Sousa e Guariento (2009), a desnutrição é o distúrbio nutricional mais observado entre os idosos, encontrando-se associada à elevação da mortalidade e redução da qualidade de vida.

2.4.3 Uso Excessivo de Álcool

O uso excessivo de álcool pode ser caracterizado como um comportamento potencialmente danoso, onde o descontrole de seu consumo prevalece – apesar das consequências deletérias – e traz consigo danos à saúde a curto e longo prazos, como demências, cirrose, agravamento de doenças preexistentes e mudanças de comportamento (KANO; SANTOS; PILLON, 2014). Devido às mudanças fisiológicas relacionadas à idade, os danos desse consumo nos idosos são mais intensos do que em indivíduos mais jovens (LIMA et al., 2009).

A identificação deste comportamento entre o público idoso pode ser dificultada por diversos fatores, tais como a negação do excesso de consumo do álcool pelo próprio indivíduo ou mesmo por seus familiares, cuidadores e amigos, e a escassez de protocolos adequados para apoio aos profissionais de saúde na investigação de problemas associados ao álcool (KANO; SANTOS; PILLON, 2014). Além disso, as clínicas de reabilitação e desintoxicação apresentam programas de tratamento ainda inadequados no tocante a temas relacionados especificamente ao público idoso (HERMAN; SADOVSKY, 2010).

O uso excessivo de álcool provoca nos idosos maior vulnerabilidade frente ao acometimento por problemas biopsicossociais que, muitas vezes, não são detectados pelos profissionais de saúde. Deste modo, o uso de álcool por idosos tem gerado consequências de grande impacto tanto no agravamento dos problemas de saúde quanto nos seus cuidados (KANO; SANTOS; PILLON, 2014).

2.4.4 Tabagismo

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo, acarretando, aproximadamente, cinco milhões de mortes por ano (SECCO et al., 2013). Este é o comportamento que mais culminou em morte na história da humanidade: em 100 anos, as doenças tabaco-associadas provocaram mais mortes do que as epidemias dos últimos 2000 anos (KÜMPEL et al., 2014).

Entre idosos, o tabagismo é um importante problema de saúde. No Brasil, cerca de um milhão e meio de idosos são fumantes, sendo sua causa constituída pela complexa interação entre fatores ambientais e pessoais e ações da nicotina (SECCO et al., 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004).

O consumo de tabaco neste grupo etário recebe pouca atenção devido à suposição de que o ato de fumar é, para o idoso, seu último prazer (CARVALHO et al., 2013; ZAITUNE et al., 2012). No entanto, o fumo é um agente agressor de alta relevância: o uso de tabaco por idosos tende a facilitar o acometimento por comorbidades, elevando os gastos com saúde (ZAITUNE et al., 2012). De acordo com Costa et al. (2014), o hábito de fumar aumenta de duas a quatro vezes as chances de ser acometido por um acidente vascular encefálico.

Além dos riscos à saúde, o tabagismo pode provocar danos econômicos em curto prazo nas famílias de baixa renda, considerando-se que boa parte dos recursos financeiros da família é desviada para a manutenção do consumo, deixando de atender as necessidades primordiais, como alimentação (KÜMPEL et al., 2014).

A interrupção deste hábito em qualquer idade traz diversos benefícios, como redução do risco de doença e morte, aumento na expectativa de vida, maior controle de doenças preexistentes e melhoria na condição geral de saúde (CARVALHO; GOMES; LOUREIRO, 2010). No entanto, a atenção para a prevenção do tabagismo se volta para os jovens, enquanto os idosos não recebem atenção suficiente de pesquisadores, gestores e políticos. Nesse contexto, os indivíduos mais velhos são vítimas esquecidas nos casos de morbimortalidade relacionados ao fumo (KÜMPEL et al., 2014).

Independentemente do tabagismo, os idosos já apresentam maior prevalência de DCNT. Este hábito, no entanto, irá contribuir para o aumento do risco de complicações, de acometimento por comorbidades e do prejuízo frente ao efeito do cigarro no metabolismo de diferentes fármacos (DOOLAN; FROELICHER, 2008). Além disso, o hábito de fumar ocorre, geralmente, associado a outros comportamentos insalutíferos, tais como inatividade física, alimentação inadequada e uso excessivo de álcool (ALENCAR; BARROS JÚNIOR; CARVALHO, 2008; COSTA et al., 2014; FARES et al., 2012; FERREIRA et al., 2010), o que irá elevar ainda mais as chances do indivíduo desenvolver DCNT (KÜMPEL et al., 2014).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar o estilo de vida em perspectiva comparada entre idosos de Pernambuco e demais estados do Nordeste.

3.2 Objetivos Específicos:

3.2.1 Caracterizar o estilo de vida dos idosos pernambucanos de acordo com as categorias consumo alimentar, atividade física, uso de álcool e tabagismo;

3.2.2 Verificar o estilo de vida dos idosos pernambucanos segundo variáveis socioeconômicas (cor ou raça, sexo, situação conjugal, escolaridade e plano de saúde (saúde suplementar)) e de condições de saúde (presença de DCNT e deficiência);

3.2.3 Comparar o estilo de vida entre os idosos pernambucanos e os idosos dos demais estados do Nordeste.

4. MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo analítico, descritivo e de corte transversal, elaborado a partir de dados secundários sobre estilo de vida da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 (PNS 2013).

4.1.1 Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013)

A PNS 2013, um inquérito de base populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em convênio com o Ministério da Saúde, foi idealizada para a determinação de indicadores de saúde com precisão e a garantia da continuidade no monitoramento destes indicadores no território nacional. Esta pesquisa, parte integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, faz uso da amostra mestra deste sistema, com maior espalhamento geográfico e ganho de precisão para as estimativas específicas de saúde. A PNS 2013 teve sua população constituída por indivíduos acima dos 18

anos de idade moradores de cada domicílio particular do Brasil, com exclusão dos localizados nos setores censitários especiais (quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais), selecionados por amostragem conglomerada em três estágios: setores censitários (unidades primárias de amostragem), domicílios (unidades de segundo estágio) e moradores (unidades de terceiro estágio) (IBGE, 2014).

A seleção das unidades primárias de amostragem e dos domicílios foi feita por amostragem aleatória simples. Dentro de cada domicílio, também por amostragem aleatória simples, um morador acima dos 18 anos de idade foi escolhido para responder ao questionário específico a partir da lista de moradores construída no momento da entrevista (IBGE, 2014).

O tamanho amostral definiu-se a partir do nível de precisão desejado para estimativas de cada indicador de interesse, que são, basicamente, proporções de pessoas em categorias determinadas. As estimativas desejadas mantiveram-se em níveis altos, uma vez que, mesmo que não apresentassem níveis elevados de precisão, as faixas de coeficiente de variação foram sempre consideradas aceitáveis, o que proporcionou estimativas precisas (IBGE, 2014).

A sua amostra foi calculada em 81.767 domicílios e foram coletados dados em 62.986 deles (22% de não resposta), onde 205.546 adultos foram entrevistados, dentre os quais 23.815 eram idosos (IBGE, 2014).

O trabalho de campo ocorreu sob responsabilidade do IBGE. Todos os envolvidos foram capacitados para compreender minuciosamente a pesquisa. As entrevistas foram feitas com a utilização de PDAs (*Personal Digital Assistance*), computadores de mão, programados adequadamente para processos de crítica das variáveis. Inicialmente, foi feito contato com algum dos moradores do domicílio selecionado. O agente de coleta descreveu para o morador os objetivos, procedimentos e importância de sua participação na pesquisa, sendo, então, elaborada uma lista de todos os moradores acima dos 18 anos de idade daquele domicílio para seleção aleatória do morador encarregado de responder a entrevista individual (IBGE, 2014).

Para o cálculo das prevalências, foi utilizado como denominador o total de adultos entrevistados (≥ 18 anos de idade) (IBGE, 2014).

Mais detalhes sobre a metodologia, plano amostral da PNS e fatores de ponderação podem ser obtidos em publicação anterior (IBGE, 2014).

4.1.2 Estilo de Vida

O questionário sobre estilo de vida da PNS 2013 englobou as seguintes categorias: consumo alimentar, atividade física, hábito de assistir televisão, uso de álcool e tabagismo.

No que concerne ao consumo alimentar, alguns grupos de alimentos, como frutas e hortaliças, feijões e peixe, são aceitos como marcadores de um hábito alimentar saudável devido ao fato de apresentarem adequado perfil de nutrientes, baixo teor calórico e serem de fácil combinação com outros alimentos na composição de preparações e refeições saudáveis e balanceadas (BRASIL, 2015; BRASIL, 2009b; JAIME et al., 2015; WHO, 2003; WHO, 2002b), sendo amplamente investigados em inquéritos populacionais sobre alimentação (ANDERSON; SMITH; WASHNOCK, 1999; JAIME et al., 2015; JAIME; MONTEIRO, 2005; LEVY et al., 2012).

Em relação à atividade física, para que o indivíduo idoso seja considerado suficientemente ativo, a meta semanal recomendada pela WHO (2010) é de 150 minutos de atividade com intensidade moderada. Para haver benefícios adicionais à saúde, a meta pode ser aumentada para 300 minutos de atividade moderada, 150 minutos de atividade vigorosa ou combinação equivalente. As atividades devem ser realizadas em sessões de, pelo menos, 10 minutos de duração (MIELKE et al., 2015; WHO, 2010). O hábito de assistir televisão será considerado dentro do período de inatividade física, estando contido, no presente estudo, à categoria atividade física.

No que diz respeito ao uso de álcool, a ingestão de 60 gramas (cerca de cinco doses) ou mais de álcool em uma única ocasião, ao menos uma vez por mês, caracteriza uso pesado episódico de álcool (*heavy episodic drinking* – HED). Geralmente, esse consumo provoca intoxicação alcoólica aguda, que é causa majoritária de problemas como envenenamento por álcool, violência e acidentes e pode ocasionar graves consequências, mesmo para aqueles que têm nível de consumo relativamente baixo (GARCIA; FREITAS, 2015; WHO, 2014).

Quanto ao tabagismo, independentemente da frequência, intensidade e idade de início, o indivíduo que tem o hábito de fumar está exposto a inúmeras substâncias altamente maléficas à saúde (WHO, 2013a).

A partir disto, foram averiguados os seguintes indicadores:

Consumo Alimentar: consumo regular de frutas e hortaliças (equivalente a cinco porções ou mais ao dia), consumo regular de feijão (consumo em cinco ou mais dias da semana) e consumo de peixe (consumo em, ao menos, uma vez por semana);

Atividade Física: prática suficiente de atividade física (equivalente a, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física, independentemente do número de dias de prática por semana, considerando-se o lazer, o trabalho, as atividades domésticas e o deslocamento);

Uso de álcool: consumo abusivo de bebidas alcoólicas (cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias);

Tabagismo: hábito de fumar (independente da frequência) (IBGE, 2014).

4.2 População do Estudo

4.2.1 Base Populacional (população alvo ou de referência)

A população para a qual o presente estudo pretende extrapolar os seus resultados é a população de idosos (≥ 60 anos) residentes nos estados do Nordeste do Brasil no ano de 2013.

4.2.2 População Fonte (universo amostral)

Os dados foram oriundos dos participantes da PNS 2013, ou seja, de adultos residentes no Brasil nesse período.

4.3 Amostra

Dos participantes da PNS 2013, foram coletados apenas os dados de idosos do Nordeste que responderam às perguntas selecionadas. Os dados coletados foram aqueles relativos às variáveis socioeconômicas e de condições de saúde (cor ou raça, sexo, situação conjugal, escolaridade, saúde suplementar, presença de DCNT e deficiência) e à variável estilo de vida, cujos indicadores já foram mencionados.

Foram utilizados apenas dados secundários. Todos os dados disponíveis no referido banco relativos a variáveis e indicadores citados foram utilizados, sem exclusão.

A variável dependente é o estilo de vida. Quando realizada a análise entre suas categorias e as variáveis socioeconômicas e de condições de saúde, estas últimas foram consideradas variáveis independentes. Quando feita a análise do estilo de vida de acordo com os estados do Nordeste, estes foram as variáveis independentes.

4.4 Análise de dados

Os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS versão 20 (*Statistical Package for Social Science*), considerando-se três etapas.

Na primeira etapa, foi realizada uma análise exploratória dos dados, gerando-se medidas de tendência central, de dispersão e frequências, verificando a normalidade da distribuição dos dados e perfazendo simulações. Para a verificação da normalidade dos dados utilizou-se análise de assimetria e curtose, plotagem de gráficos e, sobretudo, os testes de Shapiro-Wilk e Komolgorov-Smirnov. Verificou-se que as variáveis quantitativas não apresentavam distribuição normal e que mesmo testes não paramétricos não tornavam claro o entendimento de suas relações com outras variáveis. Deste modo, essas variáveis quantitativas foram categorizadas. Verificou-se também que a frequência de dados não disponíveis não permitiria o uso de variáveis com grande número de categorias. Sendo assim, as variáveis categóricas foram recategorizadas, fusionando-se algumas categorias de modo a reduzir o número delas, o que favoreceu a estatística analítica da etapa seguinte.

Na segunda etapa, foi feita a estatística descritiva propriamente dita dos dados já explorados e ajustados, onde foram determinadas as frequências absolutas e relativas das variáveis, caracterizando a amostra dos idosos pernambucanos de acordo com variáveis socioeconômicas, de condições de saúde e estilo de vida, respondendo ao primeiro objetivo específico.

Na terceira etapa, foi realizada estatística analítica bivariada, comparando-se o estilo de vida dos idosos pernambucanos segundo as variáveis socioeconômicas e de condições de saúde (objetivo específico 2), por meio do teste X^2 (qui-quadrado) ou do teste exato de Fisher (Fisher, quando 25% ou mais das células apresentaram valores esperados menor que 5), bem como comparando-se o estilo de vida entre idosos pernambucanos e os idosos dos demais estados do Nordeste (objetivo específico 3), por meio do teste X^2 .

Em todos os testes estatísticos foi utilizado como referência o nível de significância (p) de 5%, mas, para maior compreensão da dimensão da significância estatística, os valores de “p” foram sempre disponibilizados. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas, de modo a fornecer bom número de informações.

4.5 Considerações Éticas

O projeto da PNS 2013 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o Parecer de número 328.159, de 26 de junho de 2013 (IBGE, 2014; MALTA et al., 2015a).

4.6 Limitações Metodológicas

A opção pela utilização do banco de dados oriundo da PNS 2013 se deve à credibilidade advinda de seu idealizador, o IBGE. No entanto, a metodologia utilizada na pesquisa primária trouxe limitações para a construção do presente estudo, como o questionário aplicado. Sendo de grande extensão, as chances de perda amostral elevam-se, o que requereu um maior alcance de entrevistados durante o trabalho de campo para que as perdas não interferissem no atendimento dos objetivos propostos. O cálculo amostral para o presente trabalho não foi realizado devido ao fato de que o IBGE já havia definido o seu tamanho amostral nas publicações da PNS 2013, sendo as estimativas de respondentes sempre consideradas em níveis elevados. Do mesmo modo, apesar do reconhecimento de que os resultados obtidos poderiam ser mais amplos caso não houvesse alto valor de perda amostral, o atendimento aos objetivos específicos do presente trabalho não foi afetado.

É importante frisar que a variável socioeconômica “renda” não pôde ser analisada devido à presença de erros no banco de dados disponibilizado pelo IBGE (http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_microdados.shtm). De acordo com o calendário da PNS 2013, esta variável foi uma das últimas a serem publicadas; para tal, substituiu-se por inteiro o banco de dados da pesquisa. Ao ser ajustado o novo banco, foi percebido que o mesmo contém inúmeros erros em diferentes casos e variáveis (por exemplo, resultados para idade acima de 200 anos), o que impossibilitou a nova análise. O IBGE foi contatado e informado sobre os erros, no entanto, não houve resposta.

Ainda, é importante considerar que o desenho metodológico proposto traz limitações. Os dados do estudo primário advêm de informações autorreferidas pelos entrevistados, sendo possível que haja viés de memória, diferença na compreensão dos participantes ou super/subestimação das informações referidas, como a tendência dos indivíduos relatarem comportamento mais saudável do que o habitual ou não informarem o comportamento inadequado que adota, além da impossibilidade do estabelecimento de relações de causalidade, que é uma restrição própria de estudos transversais.

5. RESULTADOS

A PNS 2013 envolveu 1055 idosos domiciliados em Pernambuco, 595 no Maranhão, 786 no Piauí, 1123 no Ceará, 748 no Rio Grande do Norte, 793 na Paraíba, 681 em Alagoas, 646 em Sergipe e 946 na Bahia, totalizando 7373 idosos domiciliados na região Nordeste.

Como pode ser visto na tabela 1, em relação aos idosos de Pernambuco, a maioria era do gênero feminino (56,6%), pardo (49,8%), casado (48,9%), estudou no máximo até o ensino fundamental I (48,9%) e não tinha diagnóstico de DCNT (58%). A grande maioria não era portadora de deficiência (86,9% ou mais) e não tinha cobertura de saúde suplementar (77,3%). Dos que tinham, a maioria pagava 300 reais ou mais de mensalidade.

O estilo de vida dos idosos domiciliados em Pernambuco, segundo a PNS 2013, está caracterizado nas tabelas 2 e 3. Na tabela 2, pode ser identificado que a maioria dos idosos respondentes consome feijão 5 ou mais vezes por semana (62%), peixe no máximo 2 vezes por semana (79,3%) e salada, verdura ou legume e fruta 1 vez por dia (90,5; 91,1 e 64,5%, respectivamente); também, a maioria não usa álcool de forma excessiva (67,1%) nem é tabagista (82,7%). Não houve dados expressivos de idosos que relataram consumo de cinco porções diárias ou mais de salada, verdura ou legume e fruta, o que impossibilitou sua análise estatística.

A tabela 3 mostra que a maioria dos idosos pernambucanos respondentes declarou que pratica exercício ou esporte 5 ou mais vezes por semana (42,9%). Quando a pergunta foi relativa a duração dessa atividade, 53,9% declararam 1 hora de duração, porém 29,2% declararam que a atividade durava até 30 minutos. Ainda nessa tabela, pode ser verificado que, enquanto 11,7% dos idosos respondentes declarou que gastava 2 horas ou mais para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta, 37% declarou que essa atividade durava até 19 minutos; e que enquanto 13,4% declarou que gastava 2 horas ou mais a pé ou de bicicleta em suas atividades habituais, 35,7% declarou que essa atividade durava até 20 minutos. Não houve dados expressivos de idosos que relataram atividade física relacionada ao trabalho nem atividades domésticas, impossibilitando sua análise estatística.

Tabela 1. Características socioeconômicas e de condições de saúde dos idosos domiciliados em Pernambuco segundo a PNS 2013.

| Características | n | % |
|--|------|------|
| Gênero | | |
| Masculino | 458 | 43,4 |
| Feminino | 597 | 56,6 |
| Cor ou raça | | |
| Branca | 428 | 40,6 |
| Preta | 87 | 08,2 |
| Amarela | 10 | 00,9 |
| Parda | 525 | 49,8 |
| Indígena | 5 | 00,5 |
| Situação conjugal | | |
| Casado | 516 | 48,9 |
| Separado ¹ ou viúvo | 334 | 31,7 |
| Solteiro | 205 | 19,4 |
| Escolaridade² | | |
| Até o fundamental I (5º ano) | 371 | 48,9 |
| 6º ano ao ensino médio | 277 | 36,5 |
| Superior ou pós-graduação | 110 | 14,5 |
| Portador de deficiência física | | |
| Sim | 53 | 05,0 |
| Não | 1002 | 95,0 |
| Portador de deficiência auditiva | | |
| Sim | 86 | 08,2 |
| Não | 969 | 91,8 |
| Portador de deficiência visual | | |
| Sim | 138 | 13,1 |
| Não | 917 | 86,9 |
| Tem algum plano de saúde | | |
| Sim | 240 | 22,7 |
| Não | 815 | 77,3 |
| Valor do plano de saúde³ | | |
| < 300 reais | 62 | 42,2 |
| 300 reais ou mais | 85 | 57,8 |
| Diagnosticado com DCNT | | |
| Sim | 443 | 42,0 |
| Não | 612 | 58,0 |

1 Inclui desquitado e divorciado; 2 Informação disponível para 71,8% dos idosos participantes;

3 Informação disponível para 61,3% dos 240 idosos com plano de saúde

Tabela 2. Consumo alimentar, uso de álcool e tabagismo dos idosos domiciliados em Pernambuco segundo a PNS 2013.

| Indicadores | n | % | % Válida |
|---|----------|----------|-----------------|
| Quantos dias da semana come feijão | | | |
| Até 2 vezes | 96 | 9,1 | 18,9 |
| 3 ou 4 vezes | 97 | 9,2 | 19,1 |
| 5 ou mais vezes | 315 | 29,9 | 62,0 |
| Não respondentes* | 547 | 51,8 | |
| Quantos dias da semana come peixe | | | |
| Até 2 vezes | 403 | 38,2 | 79,3 |
| 3 ou 4 vezes | 73 | 6,9 | 14,4 |
| 5 ou mais vezes | 32 | 3,0 | 6,3 |
| Não respondentes* | 547 | 51,9 | |
| Quantas vezes por dia come salada | | | |
| 1 vez | 370 | 35,1 | 90,5 |
| 2 ou 3 vezes | 39 | 3,7 | 9,5 |
| Não respondentes* | 646 | 61,2 | |
| Quantas vezes por dia come verdura ou legume cozido | | | |
| 1 vez | 367 | 34,8 | 91,1 |
| Não respondentes* | 652 | 61,8 | |
| Quantas vezes por dia come fruta | | | |
| 1 vez | 300 | 28,4 | 64,5 |
| 2 ou 3 vezes | 165 | 15,7 | 35,5 |
| Não respondentes* | 590 | 55,9 | |
| Uso excessivo de álcool ¹ | | | |
| Sim | 23 | 2,2 | 32,9 |
| Não | 47 | 4,5 | 67,1 |
| Não respondentes* | 985 | 93,3 | |
| Fuma algum produto do tabaco | | | |
| Sim | 88 | 8,4 | 17,3 |
| Não | 420 | 39,8 | 82,7 |
| Não respondentes* | 547 | 51,8 | |

¹ Consumir 5 (4 para mulheres) ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião, nos últimos 30 dias.

*Estimativas de respondentes já alcançadas para cada indicador de interesse.

Tabela 3. Atividade física dos idosos domiciliados em Pernambuco segundo a PNS 2013.

| Atividade | n | % | % Válida |
|--|-----|------|----------|
| Quantos dias da semana pratica exercício ou esporte | | | |
| Até 2 vezes | 22 | 2,1 | 24,2 |
| 3 ou 4 vezes | 30 | 2,8 | 33,0 |
| 5 ou mais vezes | 39 | 3,7 | 42,9 |
| Não respondentes* | 964 | 91,4 | |
| Quantas horas dura o exercício ou esporte | | | |
| 0 | 32 | 3,0 | 36,0 |
| 1 hora | 48 | 4,5 | 53,9 |
| 2 ou mais horas | 9 | 0,9 | 10,1 |
| Não respondentes* | 966 | 91,6 | |
| Quantos minutos dura o exercício ou esporte | | | |
| Até 30 min | 26 | 2,5 | 29,2 |
| > 30 min | 17 | 1,6 | 19,1 |
| Não respondentes* | 966 | 91,6 | |
| Horas gastas para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta | | | |
| 0 | 47 | 4,5 | 78,3 |
| 1 hora | 6 | 0,6 | 10,0 |
| 2 ou mais horas | 7 | 0,7 | 11,7 |
| Não respondentes* | 995 | 94,3 | |
| Minutos gastos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta | | | |
| 0 | 11 | 1,0 | 18,3 |
| Até 19 min | 22 | 2,1 | 36,7 |
| 20 ou mais min | 27 | 2,6 | 45,0 |
| Não respondentes* | 995 | 94,3 | |
| Horas gastas em atividades habituais ¹ a pé ou de bicicleta | | | |
| 0 | 149 | 14,1 | 66,5 |
| 1 hora | 45 | 4,3 | 20,1 |
| 2 ou mais horas | 30 | 2,8 | 13,4 |
| Não respondentes* | 831 | 78,8 | |
| Minutos gastos em atividades habituais a pé ou de bicicleta | | | |
| 0 | 67 | 6,4 | 29,9 |
| Até 20 min | 80 | 7,6 | 35,7 |
| > 20 min | 77 | 7,3 | 34,4 |
| Não respondentes* | 831 | 78,8 | |

¹ Como ir, ou levar alguém, a algum curso, escola ou clube.

* Estimativas de respondentes já alcançadas para cada indicador de interesse.

As tabelas de 4 a 17 apresentam as particularidades relativas ao estilo de vida dos idosos respondentes da PNS 2013 domiciliados em Pernambuco segundo suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

Na tabela 4 pode-se ver que o consumo de feijão mostrou-se associado com as variáveis gênero ($p=0,000$), escolaridade ($p=0,000$), ter plano de saúde ($p=0,000$) e valor do plano de saúde ($p=0,001$). Idosos do gênero masculino consomem feijão com mais frequência do que os idosos do gênero feminino (73,4% vs. 55,1% consome 5 ou mais vezes por semana); quanto menor a escolaridade, maior a frequência de consumo de feijão (71,9%, 51,6% e 34,5% consome feijão 5 ou mais vezes por semana, respectivamente, para aqueles com até o fundamental I, do 6º ano ao ensino médio e ensino superior ou pós-graduação); idosos que não têm plano de saúde consomem feijão com mais frequência comparado com aqueles com plano de saúde (68,2% vs. 41,5% consome 5 ou mais vezes por semana); idosos cujo valor do plano é menor que 300 reais consome feijão com mais frequência que aqueles cujo valor do plano é 300 reais ou mais (65,4% vs. 20,9% consome 5 ou mais vezes por semana).

Já as tabelas 5 e 6 mostram que o consumo de peixe e de salada pelos idosos respondentes da PNS 2013 não se mostrou associado, de forma estatisticamente significativa, com nenhuma das variáveis socioeconômicas e de condições de saúde analisadas.

Tabela 4. Consumo de feijão dos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Consumo de feijão por semana | | | Valor de p ¹ |
|---|------------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| | ≤ 2 vezes % (n) | 3 ou 4 vezes % (n) | ≥ 5 vezes % (n) | |
| Gênero | | | | 0,000 |
| Masculino | 11,5 (22) | 15,1 (29) | 73,4 (141) | |
| Feminino | 23,4 (74) | 21,5 (68) | 55,1 (174) | |
| Cor ou raça ² | | | | 0,18 |
| Branca | 22,5 (45) | 20,0 (40) | 57,5 (115) | |
| Preta | 8,3 (4) | 18,8 (9) | 72,9 (159) | |
| Parda | 17,5 (44) | 19,1 (48) | 63,3 (159) | |
| Situação conjugal | | | | 0,15 |
| Casado | 15,4 (31) | 19,9 (40) | 64,7 (130) | |
| Separado ou viúvo | 24,5 (48) | 18,4 (36) | 57,1 (112) | |
| Solteiro | 15,3 (17) | 18,9 (21) | 65,8 (73) | |
| Escolaridade | | | | 0,000 |
| Até o fundamental I (5º ano) | 13,5 (25) | 14,6 (27) | 71,9 (133) | |
| 6º ano ao ensino médio | 20,6 (26) | 27,8 (35) | 51,6 (65) | |
| Superior ou pós-graduação | 32,8 (19) | 32,8 (19) | 34,5 (20) | |
| Portador de deficiência física | | | | 0,95 |
| Sim | 20,7 (6) | 17,2 (5) | 62,1 (18) | |
| Não | 18,8 (90) | 19,2 (92) | 62,0 (297) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | | 0,51 |
| Sim | 23,9 (11) | 21,7 (10) | 54,3 (25) | |
| Não | 18,4 (85) | 18,8 (87) | 62,8 (290) | |
| Portador de deficiência visual | | | | 0,52 |
| Sim | 23,0 (14) | 33,1 (39) | 62,3 (38) | |
| Não | 18,3 (82) | 19,7 (88) | 62,0 (277) | |
| Tem algum plano de saúde | | | | 0,000 |
| Sim | 25,4 (30) | 33,1 (39) | 41,5 (49) | |
| Não | 16,9 (66) | 14,9 (58) | 68,2 (266) | |
| Valor do plano de saúde | | | | 0,001 |
| < 300 reais | 19,2 (5) | 15,4 (4) | 65,4 (17) | |
| 300 reais ou mais | 32,6 (14) | 46,5 (20) | 20,9 (9) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | | 0,20 |
| Sim | 17,5 (36) | 22,8 (47) | 59,7 (123) | |
| Não | 19,9 (60) | 16,6 (50) | 63,6 (192) | |

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

² Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

Tabela 5. Consumo de peixe dos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Consumo de peixe por semana | | | Valor de p ¹ |
|---|-----------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| | ≤ 2 vezes % (n) | 3 ou 4 vezes % (n) | ≥ 5 vezes % (n) | |
| Gênero | | | | 0,29 |
| Masculino | 81,8 (157) | 14,1 (27) | 4,2 (8) | |
| Feminino | 77,8 (246) | 14,6 (46) | 7,6 (24) | |
| Cor ou raça ² | | | | 0,68 |
| Branca | 78,0 (156) | 16,5 (33) | 5,5 (11) | |
| Preta | 85,4 (41) | 8,3 (4) | 6,2 (3) | |
| Parda | 79,7 (200) | 13,9 (35) | 6,4 (16) | |
| Situação conjugal | | | | 0,44 |
| Casado | 76,6 (154) | 15,9 (32) | 7,5 (15) | |
| Separado ou viúvo | 78,6 (154) | 15,3 (30) | 6,1 (12) | |
| Solteiro | 85,6 (95) | 9,9 (11) | 4,5 (5) | |
| Escolaridade | | | | 0,95 |
| Até o fundamental I (5º ano) | 78,4 (145) | 15,7 (29) | 5,9 (11) | |
| 6º ano ao ensino médio | 77,8 (98) | 15,1 (19) | 7,1 (9) | |
| Superior ou pós-graduação | 75,9 (44) | 19,0 (11) | 5,2 (3) | |
| Portador de deficiência física | | | | 0,15 |
| Sim | 93,1 (27) | 6,9 (2) | 0,0 (0) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | | 0,43 |
| Sim | 80,4 (37) | 17,4 (8) | 2,2 (1) | |
| Não | 79,2 (366) | 14,1 (65) | 6,7 (31) | |
| Portador de deficiência visual | | | | 0,95 |
| Sim | 80,3 (49) | 13,1 (8) | 6,6 (4) | |
| Não | 79,2 (354) | 14,5 (65) | 6,3 (28) | |
| Tem algum plano de saúde | | | | 0,06 |
| Sim | 72,9 (86) | 21,2 (25) | 5,9 (7) | |
| Não | 81,3 (317) | 12,3 (48) | 6,4 (25) | |
| Valor do plano de saúde | | | | 0,83 |
| < 300 reais | 73,1 (19) | 19,2 (5) | 7,7 (2) | |
| 300 reais ou mais | 72,1 (31) | 23,3 (10) | 4,7 (2) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | | 0,74 |
| Sim | 80,6 (166) | 14,1 (29) | 5,3 (11) | |
| Não | 78,5 (237) | 14,6 (44) | 7,0 (21) | |

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

² Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

Tabela 6. Consumo de salada dos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Consumo de salada por dia | | Valor de p ¹ |
|---|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | 1 vez % (n) | 2 ou 3 vezes % (n) | |
| Gênero | | | 0,15* |
| Masculino | 87,7 (128) | 12,3 (18) | |
| Feminino | 92,0 (242) | 8,0 (21) | |
| Cor ou raça ² | | | 0,64* |
| Branca | 91,1 (153) | 8,9 (15) | |
| Preta | 86,1 (31) | 13,9 (5) | |
| Parda | 90,9 (179) | 9,1 (18) | |
| Situação conjugal | | | 0,77* |
| Casado | 89,6 (146) | 10,4 (17) | |
| Separado ou viúvo | 91,7 (155) | 8,3 (14) | |
| Solteiro | 89,6 (69) | 10,4 (8) | |
| Escolaridade | | | 0,33* |
| Até o fundamental I (5º ano) | 87,3 (124) | 12,7 (18) | |
| 6º ano ao ensino médio | 92,8 (103) | 7,2 (8) | |
| Superior ou pós-graduação | 87,3 (48) | 12,7 (7) | |
| Portador de deficiência física | | | 0,25** |
| Sim | 100 (22) | 0,0 (0) | |
| Não | 89,9 (348) | 10,1 (39) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | 0,22** |
| Sim | 84,8 (28) | 15,2 (5) | |
| Não | 91,0 (342) | 9,0 (34) | |
| Portador de deficiência visual | | | 0,58** |
| Sim | 88,4 (38) | 11,6 (5) | |
| Não | 90,7 (332) | 9,3 (34) | |
| Tem algum plano de saúde | | | 0,14* |
| Sim | 86,9 (93) | 13,1 (14) | |
| Não | 91,7 (277) | 8,3 (25) | |
| Valor do plano de saúde | | | 0,65** |
| < 300 reais | 95,5 (21) | 4,5 (1) | |
| 300 reais ou mais | 88,1 (37) | 11,9 (5) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | 0,33* |
| Sim | 92,2 (153) | 7,8 (13) | |
| Não | 89,3 (217) | 10,7 (26) | |

1 Nível de significância: * teste de qui-quadrado; ** teste exato de Fisher

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

Na tabela 7 pode-se perceber que o consumo de verdura ou legume cozido esteve associado apenas à escolaridade do idoso ($p=0,03$), de modo que aqueles com escolaridade média (6º ano ao ensino médio) os consomem com menor frequência (3,6% consomem 2 ou 3 vezes por dia) que aqueles com escolaridade menor ou maior (12,4% e 12,7%, respectivamente).

A escolaridade também esteve associada ao consumo de frutas ($p=0,000$) (tabela 8). Entretanto, nesse caso, o consumo de 2 ou 3 vezes por dia foi mais frequente naqueles idosos com ensino superior (61,8%) que naqueles com ensino até o fundamental I (32,3%) ou com ensino médio (33,9%). Também o fato de possuir ou não plano de saúde esteve associado ao consumo de frutas ($p=0,001$), de modo que aqueles com plano consomem frutas 2 ou 3 vezes por dia com mais frequência quando comparados àqueles sem plano (48,7% vs. 31,1%).

Tabela 7. Consumo de verdura ou legume cozido dos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Consumo de verdura ou legume cozido | | Valor de p ¹ |
|---|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | por dia | | |
| | 1 vez % (n) | 2 ou 3 vezes % (n) | |
| Gênero | | | 0,52* |
| Masculino | 92,3 (132) | 7,7 (11) | |
| Feminino | 90,4 (235) | 9,6 (25) | |
| Cor ou raça ² | | | 0,18* |
| Branca | 90,4 (158) | 6,0 (10) | |
| Preta | 86,5 (32) | 13,5 (5) | |
| Parda | 89,5 (171) | 10,5 (20) | |
| Situação conjugal | | | 0,57* |
| Casado | 92,6 (151) | 7,4 (12) | |
| Separado ou viúvo | 90,7 (146) | 9,3 (15) | |
| Solteiro | 88,6 (70) | 11,4 (9) | |
| Escolaridade | | | 0,03* |
| Até o fundamental I (5º ano) | 87,6 (120) | 12,4 (17) | |
| 6º ano ao ensino médio | 96,4 (108) | 3,6 (4) | |
| Superior ou pós-graduação | 87,3 (48) | 12,7 (7) | |
| Portador de deficiência física | | | 0,65** |
| Sim | 88,2 (15) | 11,8 (2) | |
| Não | 91,2 (352) | 8,8 (34) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | 1,00** |
| Sim | 92,9 (26) | 7,1 (2) | |
| Não | 90,9 (341) | 9,1 (34) | |
| Portador de deficiência visual | | | 0,76** |
| Sim | 94,4 (34) | 5,6 (2) | |
| Não | 90,7 (333) | 9,3 (34) | |
| Tem algum plano de saúde | | | 0,37* |
| Sim | 89,0 (97) | 11,0 (12) | |
| Não | 91,8 (270) | 8,2 (24) | |
| Valor do plano de saúde | | | 1,00** |
| < 300 reais | 95,8 (23) | 4,2 (1) | |
| 300 reais ou mais | 94,9 (37) | 5,1 (2) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | 0,49* |
| Sim | 92,2 (154) | 7,8 (13) | |
| Não | 90,3 (213) | 9,7 (23) | |

1 Nível de significância: * teste de qui-quadrado; ** teste exato de Fisher

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

Tabela 8. Consumo de fruta dos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Consumo de fruta por dia | | Valor de p ¹ |
|---|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | 1 vez % (n) | 2 ou 3 vezes % (n) | |
| Gênero | | | 0,91 |
| Masculino | 64,2 (104) | 35,8 (58) | |
| Feminino | 64,7 (196) | 35,3 (107) | |
| Cor ou raça ² | | | 0,82 |
| Branca | 64,6 (122) | 35,4 (67) | |
| Preta | 69,0 (29) | 31,0 (13) | |
| Parda | 64,0 (144) | 36,0 (81) | |
| Situação conjugal | | | 0,37 |
| Casado | 63,8 (118) | 36,2 (67) | |
| Separado ou viúvo | 62,1 (113) | 37,9 (69) | |
| Solteiro | 70,4 (69) | 29,6 (29) | |
| Escolaridade | | | 0,000 |
| Até o fundamental I (5º ano) | 67,7 (113) | 32,3 (54) | |
| 6º ano ao ensino médio | 66,1 (80) | 33,9 (41) | |
| Superior ou pós-graduação | 38,2 (21) | 61,8 (34) | |
| Portador de deficiência física | | | 0,10 |
| Sim | 50,0 (14) | 50,0 (14) | |
| Não | 65,4 (286) | 34,6 (151) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | 0,40 |
| Sim | 58,5 (24) | 41,5 (17) | |
| Não | 65,1 (276) | 34,9 (148) | |
| Portador de deficiência visual | | | 0,13 |
| Sim | 55,4 (31) | 44,6 (25) | |
| Não | 65,8 (269) | 34,2 (140) | |
| Tem algum plano de saúde | | | 0,001 |
| Sim | 51,3 (59) | 48,7 (56) | |
| Não | 68,9 (241) | 31,1 (109) | |
| Valor do plano de saúde | | | 0,73 |
| < 300 reais | 48,0 (12) | 52,0 (13) | |
| 300 reais ou mais | 52,4 (22) | 47,6 (20) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | 0,93 |
| Sim | 64,3 (126) | 35,7 (70) | |
| Não | 64,7 (174) | 35,3 (95) | |

¹ Nível de significância pelo teste de qui-quadrado.

² Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

Na tabela 9 pode-se verificar que o uso excessivo de álcool esteve associado com a cor ou raça dos idosos ($p=0,03$). Idosos que autorreferiram cor branca relataram menos frequentemente uso excessivo de álcool nos últimos 30 dias (12,5%) que aqueles que autorreferiram cor preta ou parda (38,5 e 45,5, respectivamente).

Já a tabela 10 mostra que o tabagismo esteve associado com o gênero ($p=0,000$), a cor ou raça ($p=0,03$) e a situação conjugal ($p=0,006$) dos idosos, bem como ao fato desses idosos terem ou não um plano de saúde ($p=0,000$) ou uma doença crônica não transmissível ($p=0,02$). A frequência de idosos que fumavam foi significativamente maior entre aqueles do gênero masculino (27,1%), pretos ou pardos (25% e 19,9%, respectivamente), solteiros (27,0%), sem plano de saúde (21%) e sem doença crônica não transmissível (20,5%).

Tabela 9. Uso excessivo de álcool pelos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Uso excessivo de álcool | | Valor de p ¹ |
|---|-------------------------|--------------|-------------------------|
| | Sim % (n) | Não % (n) | |
| Gênero | | | 0,95* |
| Masculino | 32,7 (16) | 67,3 (33) | |
| Feminino | 33,3 (7) | 66,7 (14) | |
| Cor ou raça ² | | | 0,03* |
| Branca | 12,5 (3) | 87,5 (21) | |
| Preta | 38,5 (5) | 61,5 (8) | |
| Parda | 45,5 (15) | 54,5 (18) | |
| Situação conjugal | | | 0,77* |
| Casado | 29,7 (11) | 70,3 (26) | |
| Separado ou viúvo | 33,3 (6) | 66,7 (12) | |
| Solteiro | 40,0 (6) | 60,0 (9) | |
| Escolaridade | | | 0,08* |
| Até o fundamental I (5º ano) | 54,5 (12) | 45,5 (10) | |
| 6º ano ao ensino médio | 36,8 (7) | 63,2 (12) | |
| Superior ou pós-graduação | 18,8 (3) | 81,2 (13) | |
| Portador de deficiência física | | | 0,25** |
| Sim | 66,7 (2) | 33,3 (1) | |
| Não | 31,3 (21) | 68,7 (46) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | 1,00** |
| Sim | 28,6 (2) | 71,4 (5) | |
| Não | 33,3 (21) | 66,7 (42) | |
| Portador de deficiência visual | | | 1,00** |
| Sim | 20,0 (1) | 80,0 (4) | |
| Não | 33,8 (22) | 66,2 (43) | |
| Tem algum plano de saúde | | | 0,63 |
| Sim | 29,2 (7) | 70,8 (17) | |
| Não | 34,8 (16) | 65,2 (30) | |
| Valor do plano de saúde | | | 1,00** |
| < 300 reais | 33,3 (2) | 66,7 (4) | |
| 300 reais ou mais | 25,0 (3) | 75,0 (9) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | 0,68 |
| Sim | 35,7 (10) | 64,3 (18) | |
| Não | 31,0 (13) | 69,0 (29) | |

1 Nível de significância: * teste de qui-quadrado; ** teste exato de Fisher.

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena

Tabela 10. Tabagismo entre idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Tabagismo | | Valor de p ¹ |
|---|--------------|--------------|-------------------------|
| | Sim % (n) | Não % (n) | |
| Gênero | | | 0,000* |
| Masculino | 27,1 (52) | 72,9 (140) | |
| Feminino | 11,4 (36) | 88,6 (280) | |
| Cor ou raça ² | | | 0,03 |
| Branca | 12,0 (24) | 88,0 (176) | |
| Preta | 25,0 (12) | 75,0 (36) | |
| Parda | 19,9 (50) | 80,1 (201) | |
| Situação conjugal | | | 0,006* |
| Casado | 16,4 (33) | 83,6 (168) | |
| Separado ou viúvo | 12,8 (25) | 87,2 (171) | |
| Solteiro | 27,0 (30) | 73,0 (81) | |
| Escolaridade | | | 0,21* |
| Até o fundamental I (5º ano) | 18,4 (34) | 81,6 (151) | |
| 6º ano ao ensino médio | 12,7 (16) | 87,3 (110) | |
| Superior ou pós-graduação | 10,3 (6) | 89,7 (52) | |
| Portador de deficiência física | | | 0,99* |
| Sim | 17,2 (5) | 82,8 (24) | |
| Não | 17,3 (83) | 82,7 (396) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | 0,69* |
| Sim | 15,2 (7) | 84,8 (39) | |
| Não | 17,5 (81) | 82,5 (381) | |
| Portador de deficiência visual | | | 0,60* |
| Sim | 19,7 (12) | 80,3 (49) | |
| Não | 17,0 (76) | 83,0 (371) | |
| Tem algum plano de saúde | | | 0,000* |
| Sim | 5,1 (6) | 94,9 (112) | |
| Não | 21,0 (82) | 79,0 (380) | |
| Valor do plano de saúde | | | 0,55** |
| < 300 reais | 7,7 (2) | 92,3 (24) | |
| 300 reais ou mais | 2,3 (1) | 97,7 (42) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | 0,02* |
| Sim | 12,6 (26) | 87,4 (180) | |
| Não | 20,5 (62) | 79,5 (240) | |

1 Nível de significância: * teste de qui-quadrado; ** teste exato de Fisher.

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

As tabelas 11 a 17 tratam da relação entre as características socioeconômicas e de condições de saúde dos idosos pernambucanos no que diz respeito às atividades físicas. Na tabela 11, percebe-se que a frequência semanal de prática de exercício ou esporte esteve associada com o gênero ($p=0,02$) e a situação conjugal ($p=0,04$) do idoso, de modo que essa prática por 5 ou mais vezes por semana foi mais comumente relatada entre idosos do gênero masculino (61,1%) que feminino (30,9%); e entre idosos casados (56,5%) que separados e viúvos (28,1%) ou solteiros (30,8%). Horas ou minutos gastos com prática de exercício ou esporte (tabelas 12 e 13), horas ou minutos gastos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta (tabelas 14 e 15) e horas ou minutos a pé ou de bicicleta em atividades habituais (tabelas 16 e 17) não mostraram associação estatisticamente significativa com nenhuma das características socioeconômicas e de condições de saúde analisadas.

Tabela 11. Prática de exercício ou esporte por idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Prática de exercício ou esporte por semana | | | Valor de p ¹ |
|---|--|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| | ≤ 2 vezes % (n) | 3 ou 4 vezes % (n) | ≥ 5 vezes % (n) | |
| Gênero | | | | 0,02* |
| Masculino | 16,7 (6) | 22,2 (8) | 61,1 (22) | |
| Feminino | 29,1 (16) | 40,0 (22) | 30,9 (17) | |
| Cor ou raça ² | | | | 0,42** |
| Branca | 27,9 (12) | 27,9 (12) | 44,2 (19) | |
| Preta | 28,6 (2) | 57,1 (4) | 14,3 (1) | |
| Parda | 18,9 (7) | 35,1 (13) | 45,9 (17) | |
| Situação conjugal | | | | 0,04* |
| Casado | 23,9 (11) | 19,6 (9) | 56,5 (26) | |
| Separado ou viúvo | 28,1 (9) | 43,8 (14) | 28,1 (9) | |
| Solteiro | 15,4 (2) | 53,8 (7) | 30,8 (4) | |
| Escolaridade | | | | 0,63* |
| Até o fundamental I (5º ano) | 26,9 (7) | 23,1 (6) | 50,0 (13) | |
| 6º ano ao ensino médio | 27,6 (8) | 37,9 (11) | 34,5 (10) | |
| Superior ou pós-graduação | 17,9 (5) | 35,7 (10) | 46,4 (13) | |
| Portador de deficiência física | | | | 1,00** |
| Sim | 0,0 (0) | 0,0 (0) | 100,0 (1) | |
| Não | 24,4 (22) | 33,3 (30) | 42,2 (38) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | | 0,15** |
| Sim | 50,0 (2) | 50,0 (2) | 0,0 (0) | |
| Não | 23,0 (20) | 32,2 (28) | 44,8 (39) | |
| Portador de deficiência visual | | | | 0,46** |
| Sim | 33,3 (1) | 0,0 (0) | 66,7(2) | |
| Não | 23,9 (21) | 34,1 (30) | 42,0 (37) | |
| Tem algum plano de saúde | | | | 0,17* |
| Sim | 21,4 (9) | 42,9 (18) | 35,7 (15) | |
| Não | 26,5 (13) | 24,5 (12) | 49,0 (24) | |
| Valor do plano de saúde | | | | 0,23** |
| < 300 reais | 0,0 (0) | 33,3 (3) | 66,7 (6) | |
| 300 reais ou mais | 25,0 (6) | 37,5 (9) | 37,5 (9) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | | 0,35* |
| Sim | 31,6 (12) | 31,6 (12) | 36,8 (14) | |
| Não | 18,9 (10) | 34,0 (18) | 47,2 (25) | |

1 Nível de significância: * teste de qui-quadrado; ** teste exato de Fisher.

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

Tabela 12. Horas gastas com exercício físico ou esporte pelos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Horas de exercício físico ou esporte | | Valor de p ¹ |
|---|--------------------------------------|--------------|-------------------------|
| | 0 % (n) | ≥ 1 % (n) | |
| Gênero | | | 0,47* |
| Masculino | 31,4 (11) | 68,6 (24) | |
| Feminino | 38,9 (21) | 61,1 (33) | |
| Cor ou raça ² | | | 0,64** |
| Branca | 34,9 (15) | 65,1 (28) | |
| Preta | 50,0 (3) | 50,0 (3) | |
| Parda | 30,6 (11) | 69,4 (25) | |
| Situação conjugal | | | 0,53* |
| Casado | 40,0 (18) | 60,0 (27) | |
| Separado ou viúvo | 35,5 (11) | 64,5 (20) | |
| Solteiro | 23,1 (3) | 76,9 (10) | |
| Escolaridade | | | 0,68* |
| Até o fundamental I (5º ano) | 40,0 (10) | 60,0 (15) | |
| 6º ano ao ensino médio | 34,5 (10) | 65,5 (19) | |
| Superior ou pós-graduação | 28,6 (8) | 71,4 (20) | |
| Portador de deficiência física | | | 1,00** |
| Sim | 0,0 (0) | 100 (1) | |
| Não | 36,4 (32) | 63,6 (56) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | 1,00** |
| Sim | 25,0 (1) | 75,0 (3) | |
| Não | 36,5 (31) | 63,5 (54) | |
| Portador de deficiência visual | | | 1,00** |
| Sim | 33,3 (1) | 66,7 (2) | |
| Não | 36,0 (31) | 64,0 (55) | |
| Tem algum plano de saúde | | | 0,07* |
| Sim | 26,2 (11) | 73,8 (31) | |
| Não | 44,7 (21) | 55,3 (26) | |
| Valor do plano de saúde | | | 0,65** |
| < 300 reais | 33,3 (3) | 66,7 (6) | |
| 300 reais ou mais | 20,8 (5) | 79,2 (19) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | 0,98* |
| Sim | 36,1 (13) | 63,9 (23) | |
| Não | 35,8 (19) | 64,2 (34) | |

1 Nível de significância: * teste de qui-quadrado; ** teste exato de Fisher.

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

Tabela 13. Minutos gastos com exercício físico ou esporte pelos idosos domiciliados em Pernambuco de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Minutos de exercício físico ou esporte | | | Valor de p ¹ |
|---|--|-----------------|---------------|-------------------------|
| | 0 % (n) | 1 - 30 % (n) | > 30 % (n) | |
| Gênero | | | | 0,63* |
| Masculino | 45,7 (16) | 31,4 (11) | 22,9 (8) | |
| Feminino | 55,6 (30) | 27,8 (15) | 16,7 (9) | |
| Cor ou raça ² | | | | 0,68** |
| Branca | 51,2 (22) | 30,2 (13) | 18,6 (8) | |
| Preta | 33,3 (2) | 50,0 (3) | 16,7 (1) | |
| Parda | 58,3 (21) | 22,2 (8) | 19,4 (7) | |
| Situação conjugal | | | | 0,19* |
| Casado | 44,4 (20) | 40,0 (18) | 15,6 (7) | |
| Separado ou viúvo | 54,8 (17) | 19,4 (6) | 25,8 (8) | |
| Solteiro | 69,2 (9) | 15,4 (2) | 15,4 (2) | |
| Escolaridade | | | | 0,91* |
| Até o fundamental I (5º ano) | 52,0 (13) | 24,0 (6) | 24,0 (6) | |
| 6º ano ao ensino médio | 51,7 (15) | 27,6 (8) | 20,7 (6) | |
| Superior ou pós-graduação | 53,6 (15) | 32,1 (9) | 14,3 (4) | |
| Portador de deficiência física | | | | 1,00** |
| Sim | 100,0 (1) | 0,0 (0) | 0,0 (0) | |
| Não | 51,1 (45) | 29,5 (26) | 19,3 (17) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | | 0,65** |
| Sim | 50,0 (2) | 50,0 (2) | 0,0 (0) | |
| Não | 51,8 (44) | 28,2 (24) | 20,0 (17) | |
| Portador de deficiência visual | | | | 0,29** |
| Sim | 33,3 (1) | 66,7 (2) | 0,0 (0) | |
| Não | 52,3 (45) | 27,9 (24) | 19,8 (17) | |
| Tem algum plano de saúde | | | | 0,37* |
| Sim | 59,5 (25) | 23,8 (10) | 16,7 (7) | |
| Não | 44,7 (21) | 34,0 (16) | 21,3 (10) | |
| Valor do plano de saúde | | | | 0,74** |
| < 300 reais | 66,7 (6) | 11,1 (1) | 22,2 (2) | |
| 300 reais ou mais | 58,3 (11) | 25,0 (6) | 16,7 (4) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | | 0,20* |
| Sim | 55,6 (20) | 19,4 (7) | 25,0 (9) | |
| Não | 49,1 (26) | 35,8 (19) | 15,1 (8) | |

1 Nível de significância: * teste de qui-quadrado; ** teste exato de Fisher.

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

Tabela 14. Horas gastas pelos idosos domiciliados em Pernambuco para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Horas para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta | | Valor de p ¹ |
|---|---|-----------|-------------------------|
| | 0 | ≥ 1 | |
| | % (n) | % (n) | |
| Gênero | | | 0,52 |
| Masculino | 81,6 (31) | 18,4 (7) | |
| Feminino | 72,7 (16) | 27,3 (6) | |
| Cor ou raça ² | | | 1,00 |
| Branca | 83,3 (10) | 16,7 (2) | |
| Preta | 75,0 (6) | 25,0 (2) | |
| Parda | 79,5 (31) | 20,5 (8) | |
| Situação conjugal | | | 0,73 |
| Casado | 83,3 (20) | 16,7 (4) | |
| Separado ou viúvo | 76,5 (13) | 23,5 (4) | |
| Solteiro | 73,7 (14) | 26,3 (5) | |
| Escolaridade | | | 0,60 |
| Até o fundamental I (5º ano) | 80,0 (24) | 20,0 (6) | |
| 6º ano ao ensino médio | 72,7 (8) | 27,3 (3) | |
| Superior ou pós-graduação | 66,7 (2) | 33,3 (1) | |
| Portador de deficiência física | | | 1,00 |
| Sim | 100 (2) | 0,0 (0) | |
| Não | 77,6 (45) | 22,4 (13) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | 1,00 |
| Sim | 75,0 (3) | 25,0 (1) | |
| Não | 78,6 (44) | 21,4 (12) | |
| Portador de deficiência visual | | | 0,39 |
| Sim | 66,7 (6) | 33,3 (3) | |
| Não | 80,4 (41) | 19,6 (10) | |
| Tem algum plano de saúde | | | 0,32 |
| Sim | 100 (6) | 0,0 (0) | |
| Não | 75,9 (41) | 24,1 (13) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | 0,74 |
| Sim | 82,4 (14) | 17,6 (3) | |
| Não | 76,7 (33) | 23,3 (10) | |

1 Nível de significância pelo teste exato de Fisher.

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

Obs. Não apresentado a variável “valor do plano de saúde” porque só ocorreram 2 casos válidos.

Tabela 15. Minutos gastos pelos idosos domiciliados em Pernambuco para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Minutos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta | | | Valor de p ¹ |
|---|---|-----------------|---------------|-------------------------|
| | 0 % (n) | 1 - 19 % (n) | ≥ 20 % (n) | |
| Gênero | | | | 0,23* |
| Masculino | 15,8 (6) | 44,7 (17) | 39,5 (15) | |
| Feminino | 22,7 (5) | 22,7 (5) | 54,5 (12) | |
| Cor ou raça ² | | | | 0,80** |
| Branca | 16,7 (2) | 50,0 (6) | 33,3 (4) | |
| Preta | 12,5 (1) | 25,0 (2) | 62,5 (5) | |
| Parda | 17,9 (7) | 35,9 (14) | 46,2 (18) | |
| Situação conjugal | | | | 0,91** |
| Casado | 12,5 (3) | 37,5 (9) | 50,0 (12) | |
| Separado ou viúvo | 23,5 (4) | 35,3 (6) | 41,2 (7) | |
| Solteiro | 21,1 (4) | 36,8 (7) | 42,1 (8) | |
| Escolaridade | | | | 0,93** |
| Até o fundamental I (5º ano) | 16,7 (5) | 36,7 (11) | 46,7 (14) | |
| 6º ano ao ensino médio | 18,2 (2) | 27,3 (3) | 54,5 (6) | |
| Superior ou pós-graduação | 33,3 (1) | 33,3 (1) | 33,3 (1) | |
| Portador de deficiência física | | | | 0,16** |
| Sim | 0,0 (0) | 100,0 (2) | 0,0 (0) | |
| Não | 19,0 (11) | 34,5 (20) | 46,6 (27) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | | 0,66** |
| Sim | 25,0 (1) | 50,0 (2) | 25,0 (1) | |
| Não | 17,9 (10) | 35,7 (20) | 46,4 (26) | |
| Portador de deficiência visual | | | | 0,71** |
| Sim | 22,2 (2) | 44,4 (4) | 33,3 (3) | |
| Não | 17,6 (9) | 35,3 (18) | 47,1 (24) | |
| Tem algum plano de saúde | | | | 0,32** |
| Sim | 0,0 (0) | 66,7 (4) | 33,3 (2) | |
| Não | 20,4 (11) | 33,3 (18) | 46,3 (25) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | | 0,71* |
| Sim | 17,6 (3) | 29,4 (5) | 52,9 (9) | |
| Não | 18,6 (8) | 39,5 (17) | 41,9 (18) | |

1 Nível de significância: * teste de qui-quadrado; ** teste exato de Fisher.

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

Obs. Não apresentado a variável “valor do plano de saúde” porque só ocorreram 2 casos válidos.

Tabela 16. Horas gastas pelos idosos domiciliados em Pernambuco a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Horas a pé ou de bicicleta em atividades habituais | | | Valor de p ¹ |
|---|--|-----------|-----------|-------------------------|
| | 0 | 1 | ≥ 2 | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | |
| Gênero | | | | 0,17* |
| Masculino | 59,3 (51) | 23,3 (20) | 17,4 (15) | |
| Feminino | 71,0 (98) | 18,1 (25) | 10,9 (15) | |
| Cor ou raça ² | | | | 0,51* |
| Branca | 70,0 (56) | 13,8 (11) | 16,2 (13) | |
| Preta | 64,7 (11) | 23,5 (4) | 11,8 (2) | |
| Parda | 65,3 (79) | 23,1 (28) | 11,6 (14) | |
| Situação conjugal | | | | 0,79* |
| Casado | 65,7 (65) | 18,2 (18) | 16,2 (16) | |
| Separado ou viúvo | 67,1 (53) | 22,8 (18) | 10,1 (8) | |
| Solteiro | 67,4 (31) | 19,6 (9) | 13,0 (6) | |
| Escolaridade | | | | 0,60* |
| Até o fundamental I (5º ano) | 64,3 (52) | 22,0 (18) | 14,6 (12) | |
| 6º ano ao ensino médio | 69,5 (41) | 20,3 (12) | 10,2 (6) | |
| Superior ou pós-graduação | 80,0 (20) | 12,0 (3) | 8,0 (2) | |
| Portador de deficiência física | | | | 0,38** |
| Sim | 60,0 (3) | 40,0 (2) | 0,0 (0) | |
| Não | 66,7 (146) | 19,6 (43) | 13,7 (30) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | | 0,07** |
| Sim | 60,0 (12) | 10,0 (2) | 30,0 (6) | |
| Não | 67,2 (137) | 21,1 (43) | 11,8 (24) | |
| Portador de deficiência visual | | | | 0,58* |
| Sim | 65,4 (17) | 15,4 (4) | 19,2 (5) | |
| Não | 66,7 (132) | 20,7 (41) | 12,6 (25) | |
| Tem algum plano de saúde | | | | 0,93* |
| Sim | 67,3 (33) | 18,4 (9) | 14,3 (7) | |
| Não | 66,3 (116) | 20,6 (36) | 13,1 (23) | |
| Valor do plano de saúde | | | | 1,00** |
| < 300 reais | 57,1 (8) | 21,4 (3) | 21,4 (3) | |
| 300 reais ou mais | 66,7 (12) | 16,7 (3) | 16,7 (3) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | | 0,84* |
| Sim | 66,7 (56) | 21,4 (18) | 11,9 (10) | |
| Não | 66,4 (93) | 19,3 (27) | 14,3 (20) | |

1 Nível de significância: * teste de qui-quadrado; ** teste exato de Fisher.

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

Tabela 17. Minutos gastos pelos idosos domiciliados em Pernambuco a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com suas características socioeconômicas e de condições de saúde.

| Características socioeconômicas e de condições de saúde | Minutos a pé ou de bicicleta em atividades habituais | | | Valor de p ¹ |
|---|--|-----------|-----------|-------------------------|
| | 0 | 1 - 20 | > 20 | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | |
| Gênero | | | | 0,18* |
| Masculino | 36,0 (31) | 36,0 (31) | 27,9 (24) | |
| Feminino | 26,1 (36) | 35,5 (49) | 38,4 (53) | |
| Cor ou raça ² | | | | 0,34* |
| Branca | 23,8 (19) | 33,8 (27) | 42,5 (34) | |
| Preta | 29,4 (5) | 47,1 (8) | 23,5 (4) | |
| Parda | 33,1 (40) | 35,5 (43) | 31,4 (38) | |
| Situação conjugal | | | | 0,93* |
| Casado | 31,3 (31) | 33,3 (33) | 35,4 (35) | |
| Separado ou viúvo | 29,1 (23) | 39,2 (31) | 31,6 (25) | |
| Solteiro | 28,3 (13) | 34,8 (16) | 37,0 (17) | |
| Escolaridade | | | | 0,72* |
| Até o fundamental I (5º ano) | 30,5 (25) | 31,7 (26) | 37,8 (31) | |
| 6º ano ao ensino médio | 28,8 (17) | 39,0 (23) | 32,2 (19) | |
| Superior ou pós-graduação | 20,0 (5) | 44,0 (11) | 36,0 (9) | |
| Portador de deficiência física | | | | 0,86** |
| Sim | 40,0 (2) | 40,0 (2) | 20,0 (1) | |
| Não | 29,7 (65) | 35,6 (78) | 34,7 (76) | |
| Portador de deficiência auditiva | | | | 0,36 |
| Sim | 35,0 (7) | 45,0 (9) | 20,0 (4) | |
| Não | 29,4 (60) | 34,8 (71) | 35,8 (73) | |
| Portador de deficiência visual | | | | 0,88* |
| Sim | 26,9 (7) | 34,6 (9) | 38,5 (10) | |
| Não | 30,3 (60) | 35,9 (71) | 33,8 (67) | |
| Tem algum plano de saúde | | | | 0,36* |
| Sim | 30,6 (15) | 42,9 (21) | 26,5 (13) | |
| Não | 29,7 (52) | 33,7 (59) | 36,6 (64) | |
| Valor do plano de saúde | | | | 0,82** |
| < 300 reais | 35,7 (5) | 42,9 (6) | 21,4 (3) | |
| 300 reais ou mais | 33,3 (6) | 33,3 (6) | 33,3 (6) | |
| Diagnosticado com DCNT | | | | 0,95* |
| Sim | 29,8 (25) | 36,9 (31) | 33,3 (28) | |
| Não | 30,0 (42) | 35,0 (49) | 35,0 (49) | |

1 Nível de significância: * teste de qui-quadrado; ** teste exato de Fisher.

2 Foram excluídos para análise dessa variável os casos de cor ou raça amarela e indígena.

As tabelas 18 a 31 mostram as características relativas ao estilo de vida dos idosos respondentes da PNS 2013 segundo os estados do Nordeste. Verifica-se que houve diferença significativa entre os estados com relação a todos os indicadores alimentares estudados ($p=0,000$ para todos: consumo de feijão, peixe, salada, verdura ou legume cozido e fruta) (tabelas 18 a 22) e em relação ao tabagismo ($p=0,02$) (tabela 24). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre os estados do Nordeste em relação ao uso excessivo de álcool (tabela 23) nem em relação aos indicadores concernentes à atividade física (tabelas 25 a 31).

Especificamente em relação ao consumo de feijão, pode-se perceber na tabela 18 que a frequência de idosos domiciliados no estado de Pernambuco que relataram consumo de 5 ou mais vezes por semana foi menor que a frequência média dos estados do Nordeste (62% PE vs. 69,5% NE). Entretanto, para o consumo de feijão semanal em menor frequência, vale destacar o estado do Maranhão, onde apenas 32,9% dos idosos relataram frequência de 5 ou mais vezes por semana. Para o consumo de feijão semanal com maior frequência, destaca-se o estado da Paraíba, seguido do Rio Grande do Norte (81,9% e 80,6%, respectivamente para consumo de 5 ou mais vezes por semana).

Tabela 18. Consumo de feijão dos idosos de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Consumo de feijão por semana | | | Valor de p^1 |
|---------------------|------------------------------|--------------|----------------|----------------|
| | ≤ 2 vezes | 3 ou 4 vezes | ≥ 5 vezes | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | |
| Maranhão | 48,0 (121) | 19,0 (48) | 32,9 (83) | 0,000 |
| Piauí | 12,9 (47) | 11,5 (42) | 75,5 (275) | |
| Ceará | 15,7 (76) | 13,0 (63) | 71,3 (345) | |
| Rio Grande do Norte | 10,5 (34) | 8,9 (29) | 80,6 (262) | |
| Paraíba | 7,8 (29) | 10,2 (38) | 81,9 (304) | |
| Pernambuco | 18,9 (96) | 19,1 (97) | 62,0 (315) | |
| Alagoas | 15,6 (52) | 12,6 (42) | 71,9 (240) | |
| Sergipe | 9,7 (28) | 11,4 (33) | 79,0 (229) | |
| Bahia | 17,0 (79) | 17,4 (81) | 65,7 (306) | |
| Total (Nordeste) | 16,6 | 13,9 | 69,5 | |

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

No que diz respeito ao consumo de peixe (tabela 19), os idosos domiciliados em Pernambuco não relataram frequência significativamente diferente da média região Nordeste (6,3% PE vs. 5,1% NE, para 5 ou mais vezes por semana). Nesse caso, a diferença significativa ficou por conta dos idosos domiciliados no Maranhão e no Piauí. No Maranhão, houve um relato de maior frequência semanal de consumo de peixe (27% de 3 ou 4 vezes e 9,1% de 5 ou mais vezes) comparado com os demais estados; no Piauí, relato de menor frequência (1,1% de 5 ou mais vezes).

Tabela 19. Consumo de peixe de idosos de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Consumo de peixe por semana | | | Valor de p ¹ |
|---------------------|-----------------------------|--------------|-----------|-------------------------|
| | ≤ 2 vezes | 3 ou 4 vezes | ≥ 5 vezes | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | |
| Maranhão | 63,9 (161) | 27,0 (68) | 9,1 (23) | 0,000 |
| Piauí | 86,8 (316) | 12,1 (44) | 1,1 (4) | |
| Ceará | 83,7 (405) | 10,7 (52) | 5,6 (27) | |
| Rio Grande do Norte | 80,3 (261) | 14,2 (46) | 5,5 (18) | |
| Paraíba | 78,4 (291) | 17,3 (64) | 4,3 (16) | |
| Pernambuco | 79,3 (403) | 14,4 (73) | 6,3 (32) | |
| Alagoas | 78,4 (262) | 15,9 (53) | 5,7 (19) | |
| Sergipe | 75,9 (220) | 17,9 (52) | 6,2 (18) | |
| Bahia | 81,8 (381) | 14,6 (68) | 3,6 (17) | |
| Total (Nordeste) | 79,6 | 15,3 | 5,1 | |

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

No que diz respeito ao consumo diário de salada (tabela 20), os idosos domiciliados em Pernambuco não relataram frequência desse consumo significativamente diferente da frequência média dos estados do Nordeste (9,5% PE vs. 11,4% NE, para 2 ou 3 vezes por dia). Porém, destacaram-se o Maranhão e o Ceará, onde o relato de consumir salada 2 ou 3 vezes por dia foi mais frequente (24,1% e 20,7%, respectivamente), e os estados de Sergipe e Alagoas, onde esses relatos foram menos frequentes (2,4% e 3%, respectivamente).

Tabela 20. Consumo de salada de idosos de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Consumo de salada por dia | | Valor de p ¹ |
|---------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | 1 vez % (n) | 2 ou 3 vezes % (n) | |
| Maranhão | 75,9 (129) | 24,1 (41) | 0,000 |
| Piauí | 81,4 (206) | 18,6 (47) | |
| Ceará | 79,3 (238) | 20,7 (62) | |
| Rio Grande do Norte | 93,2 (219) | 6,8 (16) | |
| Paraíba | 94,0 (281) | 6,0 (18) | |
| Pernambuco | 90,5 (370) | 9,5 (39) | |
| Alagoas | 97,0 (255) | 3,0 (8) | |
| Sergipe | 97,6 (242) | 2,4 (6) | |
| Bahia | 85,8 (356) | 14,2 (59) | |
| Total (Nordeste) | 88,6 | 11,4 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

Os relatos em relação ao consumo de verdura ou legumes cozidos (tabela 21) foram similares aos de salada, de maneira que os idosos domiciliados em Pernambuco não relataram frequência desse consumo significativamente diferente da frequência média dos estados do Nordeste (8,9% PE vs. 13,4% NE, para 2 ou 3 vezes por dia). Destacaram-se o Maranhão e o Ceará, onde o relato de consumir verdura ou legume cozido 2 ou 3 vezes por dia foi mais frequente (24,9% e 24,1%, respectivamente), e os estados de Sergipe e Alagoas, onde esses relatos foram menos frequentes (2,7% e 4,9%, respectivamente).

Tabela 21. Consumo de verdura ou legume cozido de idosos de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Consumo de verdura ou legume cozido | | Valor de p ¹ |
|---------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | por dia | | |
| | 1 vez % (n) | 2 ou 3 vezes % (n) | |
| Maranhão | 75,1 (145) | 24,9 (48) | |
| Piauí | 79,5 (202) | 20,5 (52) | |
| Ceará | 75,9 (264) | 24,1 (84) | |
| Rio Grande do Norte | 89,3 (233) | 10,7 (28) | 0,000 |
| Paraíba | 93,4(295) | 6,6 (21) | |
| Pernambuco | 91,1 (367) | 8,9 (36) | |
| Alagoas | 95,1 (254) | 4,9 (13) | |
| Sergipe | 97,3 (253) | 2,7 (7) | |
| Bahia | 81,9 (343) | 18,1 (76) | |
| Total (Nordeste) | 86,3 | 13,4 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

No que diz respeito ao consumo diário de fruta (tabela 22), os idosos domiciliados em Pernambuco também não relataram frequência desse consumo significativamente diferente da frequência média dos estados do Nordeste (35,5% PE vs. 36,5 NE, para 2 ou 3 vezes ao dia). Nesse caso, destacaram-se o Maranhão, onde o relato de consumir fruta 2 ou 3 vezes por dia foi mais frequente (50,4%) e o estado de Sergipe, onde esse relato foi menos frequente (27,4%).

Tabela 22. Consumo de fruta de idosos de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Consumo de fruta por dia | | Valor de p ¹ |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | 1 vez % (n) | 2 ou 3 vezes % (n) | |
| Maranhão | 49,6 (112) | 50,4 (114) | 0,000 |
| Piauí | 63,9 (198) | 36,1 (112) | |
| Ceará | 59,5 (261) | 40,5 (178) | |
| Rio Grande do Norte | 68,7 (206) | 31,3 (94) | |
| Paraíba | 70,7 (237) | 29,3 (98) | |
| Pernambuco | 64,5 (300) | 35,5 (165) | |
| Alagoas | 62,4 (189) | 37,6 (114) | |
| Sergipe | 72,6 (199) | 27,4 (75) | |
| Bahia | 59,1 (256) | 40,9 (177) | |
| Total (Nordeste) | 63,5 | 36,5 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado.

Como citado anteriormente, o uso excessivo de álcool não difere significativamente entre os estados do Nordeste (tabela 23).

Tabela 23. Uso excessivo de álcool pelos idosos de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Uso excessivo de álcool | | Valor de p ¹ |
|---------------------|-------------------------|--------------|-------------------------|
| | Sim % (n) | Não % (n) | |
| Maranhão | 44,0 (11) | 56,0 (14) | 0,21 |
| Piauí | 43,3 (13) | 56,7 (17) | |
| Ceará | 47,5 (29) | 52,5 (32) | |
| Rio Grande do Norte | 42,9 (15) | 57,1 (20) | |
| Paraíba | 64,3 (18) | 35,7 (10) | |
| Pernambuco | 32,9 (23) | 67,1 (47) | |
| Alagoas | 59,3 (16) | 40,7 (12) | |
| Sergipe | 45,5 (10) | 54,5 (12) | |
| Bahia | 45,0 (36) | 55,0 (44) | |
| Total (Nordeste) | 45,2 | 54,8 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

Com relação ao tabagismo (tabela 24), só houve diferença significativa na frequência de idosos domiciliados na Bahia em relação à frequência média dos demais estados do Nordeste, sendo que a frequência dos idosos domiciliados nesse estado que relataram fumar algum produto do tabaco foi menor (10,1%). O estado de Pernambuco não apresentou frequência diferente da média dos estados do Nordeste.

Tabela 24. Tabagismo entre idosos de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Tabagismo | | Valor de p ¹ |
|---------------------|--------------|--------------|-------------------------|
| | Sim % (n) | Não % (n) | |
| Maranhão | 11,9 (30) | 88,1 (222) | 0,02 |
| Piauí | 14,3 (52) | 85,7 (312) | |
| Ceará | 16,5 (80) | 83,5 (404) | |
| Rio Grande do Norte | 12,3 (40) | 87,7 (285) | |
| Paraíba | 17,3 (64) | 82,7 (307) | |
| Pernambuco | 17,3 (88) | 82,7 (420) | |
| Alagoas | 14,1 (47) | 85,9 (287) | |
| Sergipe | 12,8 (37) | 87,2 (253) | |
| Bahia | 10,1 (47) | 89,9 (419) | |
| Total (Nordeste) | 14,3 | 85,7 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado.

Como citado anteriormente, não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os estados do Nordeste em relação às variáveis concernentes à atividade física, como pode ser visto nas tabelas 25 a 31 a seguir.

Tabela 25. Prática de exercício ou esporte por idosos de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Prática de exercício ou esporte por semana | | | Valor de p ¹ |
|---------------------|--|--------------|-----------|-------------------------|
| | ≤ 2 vezes | 3 ou 4 vezes | ≥ 5 vezes | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | |
| Maranhão | 30,0 (9) | 40,0 (12) | 30,0 (9) | 0,41 |
| Piauí | 36,4 (24) | 31,8 (21) | 31,8 (21) | |
| Ceará | 26,0 (27) | 25,0 (26) | 49,0 (51) | |
| Rio Grande do Norte | 27,0 (17) | 38,1 (24) | 34,9 (22) | |
| Paraíba | 20,0 (15) | 38,7 (29) | 41,3 (31) | |
| Pernambuco | 24,2 (22) | 33,0 (30) | 42,9 (39) | |
| Alagoas | 21,6 (11) | 25,5 (13) | 52,9 (27) | |
| Sergipe | 27,7 (18) | 29,2 (19) | 43,1 (28) | |
| Bahia | 29,7 (33) | 27,0 (30) | 43,2 (48) | |
| Total (Nordeste) | 26,8 | 31,1 | 42,1 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

Tabela 26. Horas gastas com exercício físico ou esporte por idosos de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Horas de exercício físico ou esporte | | Valor de p ¹ |
|---------------------|--------------------------------------|-----------|-------------------------|
| | 0 | ≥ 1 | |
| | % (n) | % (n) | |
| Maranhão | 34,5 (10) | 65,5 (19) | 0,10 |
| Piauí | 46,8 (29) | 53,2 (33) | |
| Ceará | 49,5 (51) | 50,5 (52) | |
| Rio Grande do Norte | 44,4 (28) | 55,6 (35) | |
| Paraíba | 43,8 (32) | 56,2 (41) | |
| Pernambuco | 36,0 (32) | 64,0 (57) | |
| Alagoas | 33,3 (17) | 66,7 (34) | |
| Sergipe | 31,7 (20) | 68,3 (43) | |
| Bahia | 30,8 (33) | 69,2 (74) | |
| Total (Nordeste) | 39,4 | 60,6 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

Tabela 27. Minutos gastos com exercício físico ou esporte pelos idosos de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Minutos de exercício físico ou esporte | | | Valor de p ¹ |
|---------------------|--|-----------|-----------|-------------------------|
| | 0 | 1 - 30 | > 30 | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | |
| Maranhão | 62,1 (18) | 24,1 (7) | 13,8 (4) | 0,20 |
| Piauí | 48,4 (30) | 30,6 (19) | 21,0 (13) | |
| Ceará | 41,7 (43) | 43,7 (45) | 14,6 (15) | |
| Rio Grande do Norte | 34,9 (22) | 41,3 (26) | 23,8 (15) | |
| Paraíba | 46,6 (34) | 37,0 (27) | 16,4 (12) | |
| Pernambuco | 51,7 (46) | 29,2 (26) | 19,1 (17) | |
| Alagoas | 60,8 (31) | 17,6 (9) | 21,6 (11) | |
| Sergipe | 52,4 (33) | 28,6 (18) | 19,0 (12) | |
| Bahia | 52,3 (56) | 31,8 (34) | 15,9 (17) | |
| Total (Nordeste) | 48,9 | 33,0 | 18,1 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

Tabela 28. Horas gastas pelos idosos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Horas para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta | | Valor de p ¹ |
|---------------------|--|-----------|-------------------------|
| | 0 | ≥ 1 | |
| | % (n) | % (n) | |
| Maranhão | 82,1 (23) | 17,9 (5) | 0,17 |
| Piauí | 75,9 (22) | 24,1 (7) | |
| Ceará | 66,7 (34) | 33,3 (17) | |
| Rio Grande do Norte | 62,5 (10) | 37,5 (6) | |
| Paraíba | 89,5 (17) | 10,5 (2) | |
| Pernambuco | 78,3 (47) | 21,7 (13) | |
| Alagoas | 90,5 (19) | 9,5 (2) | |
| Sergipe | 81,0 (17) | 19,0 (4) | |
| Bahia | 66,7 (34) | 33,3 (17) | |
| Total (Nordeste) | 75,3 | 24,7 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

Tabela 29. Minutos gastos pelos idosos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com os estados do Nordeste.

| Estados | Minutos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta | | | Valor de p ¹ |
|---------------------|---|-----------|-----------|-------------------------|
| | 0 | 1 - 19 | ≥ 20 | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | |
| Maranhão | 17,9 (5) | 32,1 (9) | 50,0 (14) | 0,81 |
| Piauí | 13,8 (4) | 37,9 (11) | 48,3 (14) | |
| Ceará | 27,5 (14) | 37,3 (19) | 35,3 (18) | |
| Rio Grande do Norte | 25,0 (4) | 25,0 (4) | 50,0 (8) | |
| Paraíba | 10,5 (2) | 31,6 (6) | 57,9 (11) | |
| Pernambuco | 18,3 (11) | 36,7 (22) | 45,0 (27) | |
| Alagoas | 4,8 (1) | 42,9 (9) | 52,4 (11) | |
| Sergipe | 19,0 (4) | 38,1 (8) | 42,9 (9) | |
| Bahia | 27,5 (14) | 31,4 (16) | 41,2 (21) | |
| Total (Nordeste) | 19,9 | 35,1 | 44,9 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

Tabela 30. Horas gastas pelos idosos a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com os estados do Nordeste.

| Estados | Horas a pé ou de bicicleta em atividades habituais | | | Valor de p ¹ |
|---------------------|--|-----------|-----------|-------------------------|
| | 0 | 1 | ≥ 2 | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | |
| Maranhão | 67,5 (52) | 16,9 (13) | 15,6 (12) | 0,14 |
| Piauí | 67,6 (69) | 18,6 (19) | 13,7 (14) | |
| Ceará | 71,7 (132) | 18,5 (34) | 9,8 (18) | |
| Rio Grande do Norte | 75,9 (88) | 12,9 (15) | 11,2 (13) | |
| Paraíba | 78,8 (82) | 13,5 (14) | 7,7 (8) | |
| Pernambuco | 66,5 (149) | 20,1 (45) | 13,4 (30) | |
| Alagoas | 70,4 (81) | 21,7 (25) | 7,8 (9) | |
| Sergipe | 73,4 (80) | 15,6 (17) | 11,0 (12) | |
| Bahia | 64,5 (111) | 27,3 (47) | 8,1 (14) | |
| Total (Nordeste) | 72,0 | 19,0 | 10,8 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

Tabela 31. Minutos gastos pelos idosos a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com o estado do Nordeste.

| Estados | Minutos a pé ou de bicicleta em atividades habituais | | | Valor de p ¹ |
|---------------------|--|-----------|-----------|-------------------------|
| | 0 | 1 - 20 | > 20 | |
| | % (n) | % (n) | % (n) | |
| Maranhão | 27,3 (21) | 31,2 (24) | 41,6 (32) | 0,64 |
| Piauí | 23,5 (24) | 42,2 (43) | 34,3 (35) | |
| Ceará | 23,9 (44) | 39,7 (73) | 36,4 (67) | |
| Rio Grande do Norte | 19,8 (23) | 43,1 (50) | 37,1 (43) | |
| Paraíba | 16,3 (17) | 40,4 (42) | 43,3 (45) | |
| Pernambuco | 29,9 (67) | 35,7 (80) | 34,4 (77) | |
| Alagoas | 22,6 (26) | 40,9 (47) | 36,5 (42) | |
| Sergipe | 22,9 (25) | 38,5 (42) | 38,5 (42) | |
| Bahia | 26,7 (46) | 34,3 (59) | 39,0 (67) | |
| Total (Nordeste) | 24,4 | 38,2 | 37,4 | |

1 Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

6. DISCUSSÃO

Em consequência à escassez de estudos sobre o estilo de vida dos idosos de Pernambuco e do Nordeste, verificou-se dificuldade em comparar os resultados atuais com alguma referência passada. No entanto, a presente discussão baseou-se nas recomendações das principais organizações nacionais e internacionais, em levantamentos nacionais e em estudos realizados noutras localidades, sendo dividida de acordo com cada categoria analisada do estilo de vida.

6.1 Consumo Alimentar

6.1.1 Consumo Alimentar dos Idosos Pernambucanos

De modo geral, é possível perceber que a participação dos indicadores de consumo alimentar adequado encontra-se bastante presente. No que diz respeito ao feijão, resultados também positivos foram encontrados nas publicações de Malta et al. (2015a) e do IBGE (2011), que verificaram que, respectivamente, 71,3% e 72,1% dos idosos brasileiros também consomem feijão na frequência semanal indicada. No estudo de Loureiro (2015), observou-se que quase a totalidade da amostra (93,6%) referiu consumir feijão regularmente.

Ao considerar o âmbito cultural do Brasil, o feijão é percebido como um alimento tradicional, que, ao ser combinado com o arroz, segundo Barbosa (2007) e Souza et al. (2013), compõe a base das refeições almoço e jantar de grande parte da população brasileira. A ingestão de feijão tem sido associada a um padrão de alimentação saudável devido à sua atuação no aporte de nutrientes, controle do peso corpóreo e redução da pressão arterial por apresentar alto teor de fibras, ferro, potássio e magnésio (PAPANIKOLAOU; FULGONI, 2008), sugerindo que a manutenção deste alimento na dieta dos idosos deve ser continuamente estimulada.

O consumo de peixe uma ou duas vezes por semana se caracteriza como fator protetor contra doenças coronarianas e acidente vascular encefálico, uma vez que os peixes são alimentos ricos em proteína, vitaminas, minerais e gorduras insaturadas, além de apresentarem vários compostos de natureza antioxidante e antiinflamatória (BRASIL, 2014; BRASIL, 2009b; WHO, 2003).

Enquanto Jaime et al. (2015) verificaram que 58,4% dos idosos brasileiros consomem peixe, pelo menos, uma vez por semana, o presente estudo verificou que 79,3% da amostra

atende às recomendações. Estes valores são considerados satisfatórios, considerando-se que o consumo de peixe pelos brasileiros é tido como baixo quando comparado a outros países latino-americanos e europeus, nos quais o consumo, segundo Welch et al., (2002), atinge o dobro do consumo no Brasil com facilidade.

Diversos fatores podem influenciar no consumo de peixes pelos indivíduos, como o valor e o acesso ao produto, o interesse das pessoas pelo consumo ou mesmo questões culturais (LEVY-COSTA et al., 2005; LOPES; OLIVEIRA; RAMOS, 2016), além do odor, textura, coloração, sabor e, principalmente, a aparência do pescado no momento de sua compra (SOARES; BELO, 2015).

O consumo diário de cinco ou mais porções de frutas e hortaliças (cerca de 400 gramas) é recomendado por organizações nacionais e internacionais, pois são alimentos ricos em fibras e micronutrientes (LEVY-COSTA et al., 2005) e auxiliam na prevenção de doenças como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e alguns tipos de câncer, como colorretal, esofágico e pulmonar (BRASIL, 2009b; WHO, 2003).

No entanto, o consumo destes alimentos entre os idosos pernambucanos do presente estudo demonstrou-se extremamente abaixo do recomendado. Do mesmo modo, em pesquisa sobre idosos da cidade de São Paulo, Viebig et al. (2009) apuraram que apenas 19,8% deste grupo consumiam o quantitativo recomendado destes alimentos. Jaime et al. (2015) verificaram que 40,1% dos idosos brasileiros apresentaram o consumo recomendado. Em contrapartida, Loureiro (2015) verificou que mais de 70% dos idosos de Viçosa, em Minas Gerais, retrataram consumo adequado deste grupo alimentar.

Nota-se a discrepância acerca do consumo de frutas e hortaliças, independentemente do local. São muitas as razões que levam ao seu consumo, podendo estas formar um efeito multifatorial conforme aponta Sampaio et al. (2010), que indica a disponibilidade, o acesso ao produto e os aspectos culturais como principais motivadores. Há a necessidade de maior atenção ao público idoso de Pernambuco que apresenta baixo consumo destes nutrientes, pois, além da associação com diversas doenças, de acordo com a WHO (2002b), cerca de três milhões de mortes são atribuíveis a esta baixa ingestão, bem como a perda de anos de vida saudável devido a incapacidades.

De modo geral, apesar de serem verificados alguns resultados positivos, a categoria consumo alimentar designa que a população idosa da presente amostra está exposta ao risco das consequências de uma alimentação ainda pouco nutritiva, visto que apenas um indicador apresentou prevalência convincente de acordo com as recomendações.

6.1.2 Consumo Alimentar dos Idosos Pernambucanos de Acordo com Variáveis Socioeconômicas e de Condições de Saúde

No presente trabalho, os homens idosos pernambucanos referiram com maior frequência o consumo recomendado de feijão quando comparados às mulheres idosas, indo de acordo com Carlos et al. (2008), que verificaram que os idosos do gênero masculino da cidade de São Paulo consomem porções maiores de feijão quando comparados ao gênero feminino. A necessidade energética pode ser considerada como causa desta distinção, pois é aparentemente maior entre os homens do que entre as mulheres.

Em relação à escolaridade, quanto menor o nível de estudo do indivíduo idoso, menor o seu consumo de frutas e maior o seu consumo de verdura ou legume e feijão. Viebig et al. (2009) constataram que a ingestão de frutas e hortaliças abaixo das recomendações está associado à baixa escolaridade dos idosos. De maneira semelhante, Loureiro (2015) verificou associação entre melhor perfil de consumo alimentar e maior escolaridade e Santos (2012) notou que idosos com até quatro anos de estudo tinham maiores chances de apresentar baixo peso do que aqueles com cinco a oito anos de escolaridade.

A educação escolar pode influir na preferência dos alimentos por relacionar-se ao maior acesso ao conhecimento. Acredita-se que a escolaridade é capaz de condicionar o discernimento sobre alimentação e nutrição, sugerindo que, quanto maior for o tempo em educação escolar, maior a capacidade de escolha de alimentos saudáveis, como aborda Castro, Dáttilo e Lopes, (2010).

No entanto, a presente amostra demonstrou que o consumo de feijão e verdura ou legume se manteve alto, principalmente, entre aqueles com menor escolaridade, o que pode desvincular o consumo alimentar da escolaridade e trazer à tona características culturais e de contexto. Segundo Gains (1994), o local, o preparo desses alimentos e até mesmo o grupo social em que se vive, pode influenciar nas preferências alimentares de uma comunidade.

Quanto à saúde suplementar, foi constatado na presente amostra que os idosos que possuem esta cobertura consomem frutas com mais frequência do que aqueles que não possuem. Na VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) realizada em 2014 pelo Ministério da Saúde em associação com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi verificado que 34,1% dos idosos que possuíam essa cobertura consumiam cinco ou mais porções diárias deste alimento (BRASIL, 2015).

Resultados direcionados àqueles que possuem saúde suplementar podem servir como instrumento necessário para orientação na geração de programas de promoção de saúde e

prevenção de enfermidades pelas próprias operadoras, da mesma forma que podem contribuir para modificações no modelo atual de atenção à saúde que, segundo Brasil (2015), é centrado na cura da doença baseado na demanda espontânea.

Além disso, possuir cobertura de saúde suplementar pode associar-se à renda familiar (KILSZTAJN; CAMARA; CARMO, 2002; PINTO; SORANZ, 2004), ou seja, ter este tipo de cobertura está positivamente associado a um maior poder aquisitivo. Apesar da dificuldade encontrada em se analisar a variável renda devido a problemas oriundos do IBGE, esta é considerada importante fator motivador no consumo de frutas e hortaliças, uma vez que, segundo Claro e Monteiro (2010), a participação de frutas e hortaliças na alimentação aumenta de acordo com a queda nos seus próprios preços ou com o aumento da renda. Quanto menor a renda, menor o consumo diário de frutas e hortaliças (VIEBIG et al., 2009).

Inversamente ao que fora visto sobre as frutas, os idosos do presente estudo que não possuem saúde suplementar consomem feijão com maior frequência em comparação àqueles que possuem, discordando dos resultados da VIGITEL 2014, onde mais da metade dos idosos com esta cobertura (55,8%) apresentaram consumo adequado de feijão (BRASIL, 2015). Dentre os idosos que possuem plano, quem paga o valor mensal abaixo de 300 reais ingere feijão com maior frequência que aqueles cujo valor do plano é 300 reais ou mais.

Levando em consideração o contexto relacionado à renda, esses resultados foram consoantes aos dados apresentados pelo IBGE (2004), que apontaram que, quanto maior a renda, menor a participação do feijão na alimentação; nas classes de renda mais alta, o consumo ficou abaixo da metade do consumo das classes mais pobres.

Como referido anteriormente, questões culturais e sociais podem influenciar as preferências alimentares de uma comunidade. O feijão é um alimento tradicional no Brasil, que compõe a base alimentar de grande parte da população do país e tem seu valor nutritivo bastante difundido e consolidado. Seu consumo aparenta ser independente de questões socioeconômicas, o que não destoou na amostra deste estudo.

O consumo de peixe pelos idosos da presente amostra não mostrou associação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis socioeconômicas e de condições de saúde analisadas. Especula-se que as recomendações internacionais para o consumo de peixe sejam facilmente alcançadas pelos idosos pernambucanos por se tratar de um estado com grande extensão litorânea, o que sugere que o acesso ao pescado para consumo de uma a duas vezes por semana seja similar entre os idosos da presente amostra.

O consumo de salada também não mostrou associação estatisticamente significativa. A maioria dos estudos disponibiliza seus resultados do grupo “frutas e hortaliças” sem

individualizar cada alimento (fruta, verdura e legume) (BRASIL, 2015; JAIME et al., 2015; MALTA e al., 2015a; VIEBIG et al., 2009), diferentemente dos dados apresentados no presente estudo, o que pode dificultar a análise da salada especificamente (entende-se “salada” como sinônimo de “verdura crua”).

6.1.3 Consumo Alimentar dos Idosos em Perspectiva Comparada entre Pernambuco e demais Estados do Nordeste

No presente estudo, verificou-se a existência de diferença significativa em todos os estados do Nordeste em relação aos indicadores alimentares analisados. Relativamente ao feijão, a frequência de idosos domiciliados em Pernambuco que relataram consumi-lo cinco vezes ou mais por semana foi menor que a frequência média dos estados do Nordeste (69,5%), porém, o Maranhão apresentou os piores percentuais. No outro extremo, tem-se a Paraíba e o Rio Grande do Norte, onde a grande maioria dos idosos consome este alimento adequadamente.

Não foram encontrados estudos que abordassem especificamente o consumo de feijão por idosos da região Nordeste e seus estados, porém, em outros estudos que utilizaram dados da PNS 2013 (JAIME et al., 2015; MALTA et al., 2015), a prevalência do consumo de feijão pela população geral da região Nordeste é de 73,7% e o consumo no Maranhão apresentou menor frequência (46,6%), enquanto Paraíba demonstrou o maior percentual (81,2%). Pernambuco manteve-se com frequência mediana em relação aos outros estados (70,7%).

Segundo Levy-Costa et al. (2005) e Wander e Chaves (2011), modificações nos padrões de consumo alimentar evidenciaram queda na ingestão de feijão pelo brasileiro, que, mesmo sendo representante tradicional da refeição brasileira, vem sendo substituído por outros alimentos de menor valor nutritivo, como macarrão, batata e farinha. No entanto, é na região Nordeste que são verificadas as altas prevalências de consumo deste alimento.

Em relação ao peixe, os idosos pernambucanos não apresentaram frequência de ingestão significativamente diferente da média dos estados do Nordeste (79,6%). Esta diferença ficou entre os estados de Maranhão e Piauí, onde o primeiro demonstrou a maior frequência de consumo de peixe comparado com os demais estados, enquanto o segundo apresentou a menor frequência.

Não foram encontrados trabalhos que abordem especificamente o consumo de peixe por idosos da região Nordeste e seus estados, todavia, os resultados do presente estudo apresentam semelhanças com o trabalho de Jaime et al. (2015), que também aponta o

Maranhão como o estado nordestino onde a população geral mais ingere peixe regularmente (79,1%) e o Piauí como estado com a menor ingestão (53%). Pernambuco, mais uma vez, manteve-se entre os valores percentuais medianos (61,8%). A influência cultural na formação dos hábitos alimentares da população parece ser a característica mais marcante no consumo de pescado. Segundo Botelho (2006), o peixe é tido como típico no Maranhão desde os tempos coloniais, o que pode justificar a grande prevalência de consumo no estado.

No tocante a fruta, salada e verduras ou legumes cozidos, o Maranhão destacou-se pela maior prevalência de consumo e o Sergipe pela menor frequência. Os idosos pernambucanos não apresentaram frequência significativamente diferente da frequência média dos estados do Nordeste. Vale reforçar que não houve dados suficientes para análise daqueles idosos que consumiam cinco ou mais porções diárias deste grupo alimentar.

Chaves et al. (2013) detectou em sua pesquisa que mais de 90% dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, relataram consumir fruta. No entanto, apenas 9,8% desses idosos consumiam cinco porções diárias ou mais de frutas e hortaliças, corroborando parcialmente com os achados do presente estudo.

Na pesquisa de Amado, Arruda e Ferreira (2007), realizada em Recife, Pernambuco, verificou-se que o consumo de frutas, verduras e legumes esteve presente em, respectivamente, 66%, 61%, 53%, das idosas estudadas, no entanto, estes foram os nutrientes de menor consumo quando analisado o conjunto alimentar. Além disso, o estudo não referiu as porções diárias deste alimento, o que pode ser considerado viés ao não serem consideradas as recomendações para seu consumo.

Percebe-se, a partir destes dados, que o consumo de frutas e hortaliças ainda encontra-se muito abaixo do preconizado por organizações nacionais e internacionais (BRASIL, 2009b; WHO, 2003) em toda a região Nordeste, não sendo diferente entre os idosos da presente amostra.

Como visto, a ingestão alimentar é complexa, uma vez que inúmeros determinantes sociais, ambientais e pessoais podem interagir e mudar com o passar do tempo. Ações de educação para a nutrição podem ser um meio de melhorar o consumo alimentar nesta população de maneira mais abrangente (VIEGIB et al., 2009). É preciso criar e discutir espaços onde o idoso esteja centralizado e valorizado, que abranja a compreensão objetiva e subjetiva do seu cotidiano no que concerne aos seus hábitos alimentares.

Deste modo, a implementação de ações de educação para a nutrição deve ser capaz de entender, minuciosamente, os sentidos da alimentação para o idoso sem que os vínculos culturais sejam perdidos. É preciso que haja diálogo entre profissionais de saúde e idosos

sobre os hábitos alimentares inadequados na busca pelo melhoramento da qualidade de vida ao envelhecer de acordo com cada realidade.

Ainda, orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde para favorecimento de uma alimentação saudável pela pessoa idosa podem ser de grande valia, tais como: organização dos alimentos em locais de fácil acesso, que não exijam esforço demasiado nem risco de quedas; participação da pessoa idosa no planejamento e preparo das refeições, possibilitando maior relação com a alimentação; adaptação do preparo, consistência, tamanho e quantidade dos alimentos quando o idoso apresentar limitações na mastigação e deglutição; apresentar as preparações de maneira atrativa, para que o desejo de saborear refeições saudáveis esteja sempre mantido; respeito às características sensoriais da pessoa idosa, bem como à acessibilidade e à cultura regional, para que as peculiaridades de cada pessoa idosa sejam preservadas (BRASIL, 2009b).

6.2 Atividade Física

6.2.1 Atividade Física dos Idosos Pernambucanos

No presente trabalho, a maioria dos idosos demonstrou ser suficientemente ativa. Do mesmo modo, Benedetti et al. (2008) verificou que a maioria dos idosos domiciliados em Florianópolis foi considerada ativa (59,3%). Entre as idosas baianas do estudo de Tribess, Virtuoso-Júnior e Petroski (2009), apenas 35,5% foram consideradas insuficientemente ativas, assemelhando-se aos achados de Queiroz et al. (2014), que demonstraram prevalência de sedentarismo em 46,5% dos idosos baianos de sua amostra. No estudo de Ferrari (2014), 89,2% dos idosos de São Paulo classificaram-se como fisicamente ativos.

É possível observar o grande valor dado à prática de atividades físicas por muitos deste grupo populacional. O aumento da atividade física ao longo do tempo foi associado a melhorias no desempenho das funções físicas e cognitivas dos indivíduos mais velhos (LIMA-SILVA et al., 2010; MCAULEY et al., 2007; VARGAS; LARA; MELLO-CARPES, 2014), a modificações positivas em variáveis antropométricas (MENEZES-CABRAL et al., 2009; SANTIAGO et al., 2015) e a uma maior qualidade de vida se comparados aos idosos sedentários (FREITAS; MEEREIS; GONÇALVES, 2014).

Alves et al. (2010) preconizam que as pesquisas que medem somente atividade física no lazer parecem subestimar o nível de atividade física global. No entanto, Zaitune et al. (2007) referem ideia contrária ao atrelarem a importância de se averiguar o nível dessa prática

ao fato deste constituir um indicativo de esforço pela incorporação de estilo de vida mais saudável. Assim sendo, pode-se afirmar que a maioria dos sujeitos da presente amostra encontra-se em busca de estilo de vida saudável dentro dos valores recomendados, refutando os achados de Souza, Fillenbaum e Blay (2015), onde 62% dos idosos gaúchos foram classificados como inativos fisicamente, de Zaitune et al. (2007), em que a prevalência do sedentarismo foi de 70,9% entre idosos paulistas, e da própria PNS 2013, onde apenas 13,6% dos idosos brasileiros praticam o nível recomendado de atividade física no lazer (IBGE, 2014).

No entanto, é preciso admitir que a prevalência da inatividade física entre idosos ainda é bastante elevada (BRASIL, 2015; GARDNER et al., 2014; GOBBI et al., 2012; HALLAL et al., 2003; KNUTH et al., 2010; MALTA et al., 2015a; SOUZA; FILLENBAUM; BLAY, 2015; ZAITUNE et al., 2007), mesmo entre os idosos pernambucanos investigados em outro estudo (ALVES et al., 2010). Vale destacar que os resultados detectados pelo presente estudo, bem como pelos trabalhos trazidos que também indicam a predominância da frequência de idosos suficientemente ativos (BENEDETTI et al., 2008; QUEIROZ et al., 2014; TRIBESS; VIRTUOSO-JÚNIOR; PETROSKI, 2009), não demonstram superioridades convincentes sobre aqueles idosos insuficientemente ativos, considerando-se que as frequências mantiveram-se quase sempre próximas ao valor de 50%.

É previsto que a participação em práticas de atividades físicas reduza com o envelhecimento (DUMITH et al., 2011; GOBBI et al., 2012; KNUTH et al., 2010; MATSUDO et al., 2002; TRIBESS; VIRTUOSO-JÚNIOR; PETROSKI, 2009), o que qualifica o avanço da idade como preditor de inatividade física (QUEIROZ et al., 2014). A partir disto, evidencia-se a importância de estratégias específicas e continuadas de promoção de atividade física para atingir aquele percentual considerado insuficientemente ativo visando o combate às consequências insalutíferas decorrentes do sedentarismo.

Uma limitação da análise desta categoria que deve ser mencionada é a insuficiência de dados acerca do indicador “atividades domésticas”. Este poderia fornecer indicativos do estado atual da capacidade funcional dos idosos pernambucanos da presente amostra, considerando-se que tarefas domésticas se inserem nas AIVDs e estas, quando comprometidas, segundo Frank et al. (2007), podem indicar uma capacidade funcional diminuída.

Por outro lado, Hallal et al. (2010) apontam que a supressão desta categoria aproxima da realidade os resultados obtidos, pois as atividades domésticas poderiam superestimar as

prevalências encontradas. Assim, segundo Hallal et al., (2012), a presente pesquisa se torna mais passível de comparação a partir de indicadores adotados internacionalmente.

No tocante à ausência de dados sobre “atividade física relacionada ao trabalho”, especula-se que a faixa etária do presente estudo pode indicar que a grande maioria dos indivíduos estaria aposentada, o que tornou insuficientes os dados obtidos para a sua análise.

6.2.2 Atividade Física dos Idosos Pernambucanos de Acordo com Variáveis Socioeconômicas e de Condições de Saúde

A presente pesquisa verificou que a frequência de homens idosos que praticam exercício ou esporte se sobressaiu em relação à frequência das idosas, corroborando com a literatura (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015; DUMITH et al., 2011; IBGE, 2014; KNUTH, et al., 2010; SATARIANO; HAIGHT; TAGER, 2000). Isso pode ser justificado pela dupla jornada de trabalho (BENEDETTI et al., 2008) e/ou pelo papel de provedoras de cuidados domiciliares culturalmente determinado às mulheres (PARRA; BROWNSON, 2012), culminando na limitação do tempo livre e diminuição das oportunidades para praticar alguma atividade física.

Com o envelhecimento, os idosos do sexo masculino vivenciam a aposentadoria ou se tornam pensionistas, o que aumenta o tempo livre para práticas de atividades de lazer, porém, segundo Benedetti et al. (2008), muitos permanecem descompromissados com afazeres domésticos. Para Tribess, Virtuoso-Júnior e Petroski (2009), a insatisfação com a imagem corporal foi o fator principal para a inatividade física dentre idosas. Isso sugere que políticas públicas dirigidas ao aumento do nível de atividade física devem abranger ações educacionais voltadas ao público idoso como um todo, mas com foco especial para as mulheres idosas, direcionando estímulo ao controle do peso corpóreo e à valorização da sua autoestima na busca pelo aumento da inserção deste grupo aos níveis adequados de prática de atividade física.

No que concerne à situação conjugal, os idosos casados do presente estudo relataram maior frequência de prática de atividade física no lazer quando comparados àqueles separados, viúvos ou solteiros. De maneira semelhante, Pinto et al. (2014), Rodrigues et al. (2015) e Souza, Fillenbaum e Blay (2015) detectaram em suas pesquisas que os idosos casados eram menos sedentários. Reichert et al. (2007) apontam que a falta de companhia é uma das principais barreiras para a prática de atividade física, o que permite sugerir que esta dificuldade não foi encontrada na presente amostra.

Esperava-se associação entre atividade física e presença de DCNT, uma vez que foi constatado em vários estudos (SOUZA; FILLENBAUM; BLAY, 2015; TRIBESS; VIRTUOSO-JÚNIOR; PETROSKI, 2009) que o acometimento por DCNT fez as chances de queda dos níveis de atividade física dobrarem em comparação às pessoas que não referiram tal acometimento, permitindo afirmar que as ações precisam ser promovidas, principalmente, como fator preventivo destas doenças.

6.2.3 Atividade Física dos Idosos em Perspectiva Comparada Entre Pernambuco e Demais Estados do Nordeste

Como dito anteriormente, não houve diferença estatisticamente significativa entre os estados do Nordeste em relação às variáveis concernentes à atividade física. A região Nordeste caracteriza-se como economicamente pobre, marcada por desigualdades sociais, e seus estados não apresentam variação de renda *per capita* estatisticamente significante entre si, além de se manterem sempre abaixo da média nacional (SILVEIRA NETO, 2014).

Em locais com esta característica, as pessoas parecem ser mais ativas fisicamente, no entanto, distingue-se a prática de atividade física no lazer, cujos níveis são menores, da atividade física em outros domínios, como o deslocamento, onde o dispêndio energético é mais elevado (TRIBESS; VIRTUOSO-JÚNIOR; PETROSKI, 2009). Estas informações estão de acordo com os dados apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2008 (PNAD 2008), onde mostram que apenas 4,8% dos idosos nordestinos praticam atividade física no lazer, enquanto 44,7% o fazem no deslocamento (IBGE, 2010).

Apesar do avanço nos estudos epidemiológicos sobre atividade física no Brasil, levantamentos sobre a região Nordeste ainda parecem protelados. Além deste quadro, os diferentes instrumentos empregados na avaliação dos indicadores da atividade física dificultam a comparabilidade entre os achados. Compreender o contexto no qual as oportunidades para a prática de atividade física acontecem é de suma importância para desenvolver e implementar políticas atuantes na promoção de saúde e no enfrentamento a DCNT. De acordo com Mielke et al. (2015), entre as categorias da atividade física, o lazer destaca-se devido ao seu maior potencial de intervenção.

O debate sobre a atividade física no deslocamento pode acontecer sob diferentes aspectos. Usar bicicleta ou caminhar até o local de destino pode contribuir para a elevação das frequências populacionais de atividade física e gerar benefícios à saúde. Todavia, salienta-se que a opção por esta forma de atividade física não é muito motivada por fatores pessoais,

conforme aponta Mielke et al. (2015): determinantes sociais e ambientais, como mobilidade urbana e fatores econômicos, apresentam impacto muito maior no que diz respeito ao deslocamento ativo.

Para que os níveis populacionais de atividade física sofram modificações positivas, são necessárias ações que motivem a opção pelo comportamento ativo, tendo o prazer pela prática como ponto alto. Praticar atividade física pode oferecer apoio dentro do sistema de saúde brasileiro no tocante a melhorias dos indicadores de saúde de uma população.

6.3 Uso de Álcool

6.3.1 Uso de Álcool Entre Idosos Pernambucanos

A maioria dos idosos pernambucanos da presente amostra não consome álcool de forma excessiva (67,1%). Resultados semelhantes foram encontrados entre os idosos de São Paulo: 85% da amostra do estudo populacional de Ferrari (2014) bebia álcool de forma não abusiva, enquanto apenas 3,7% afirmou fazer uso de álcool de modo abusivo, no estudo de Lima et al. (2009). Entre os idosos gaúchos, 10,6% dos participantes afirmaram consumir álcool de maneira excessiva ao longo da vida, dentre os quais apenas 1,5% relataram abuso atual (FILLENBAUM et al., 2009). Entre os idosos brasileiros, segundo Malta et al. (2015a), 4,2% foram classificados dentro dos limites de uso abusivo de álcool, e, de acordo com a VIGITEL 2014 (BRASIL, 2015), 3,5% dos idosos mantiveram-se com essa característica.

Diferentes estudos têm verificado redução do consumo de álcool conforme o aumento da idade (BLAY et al., 2009; PINHO, 2012; SANTOS et al., 2014), podendo esta diminuição estar vinculada ao surgimento de doenças associadas. No entanto, estes resultados parecem refletir outra situação: a negação do abuso de álcool. É possível que haja a falta de vontade de reconhecer tal comportamento e a negação do uso abusivo de álcool passa a ser mais conveniente, mesmo quando a confidencialidade da informação é garantida (BLAY et al., 2009).

Em oposição aos dados apresentados anteriormente, o estudo de Kano, Santos e Pillon (2014) verificou positividade para o chamado consumo nocivo de álcool em 79% dos idosos de São Paulo. Este resultado pode advir do instrumento utilizado para o rastreamento desse comportamento, o *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)*, cujo trabalho dedicou-se a validá-lo para o Brasil. Este instrumento foi considerado de fácil aplicação, pouco constrangedor e, durante a entrevista, ao considerar as respostas ambíguas

ou evasivas, o entrevistador era capaz de intervir e recomendar ao idoso que optasse por aquela que mais se aproximasse de seu real padrão de consumo.

Na PNS 2013, foi questionado o quantitativo de doses ingeridas sem especificação da quantidade de álcool de acordo com a concentração em cada tipo de bebida, o que pode ter reduzido a precisão da avaliação desse consumo. Verificar o uso de álcool por meio do relato do entrevistado é uma estratégia que pode gerar viés de informação devido à omissão do consumo abusivo, no entanto, mesmo assim, de acordo com Garcia e Freitas (2015), informações autorreferidas ainda são consideradas válidas e confiáveis.

Mesmo diminuto o número de indivíduos que autorreferem uso excessivo de álcool, é preciso atenção. Segundo Laranjeira et al. (2010), aqueles que bebem tendem a ter maiores riscos relacionados ao álcool, como a dependência. A alta abstenção referida entre os idosos pernambucanos deve ser melhor compreendida por meio da averiguação dos padrões de consumo entre os indivíduos.

6.3.2 Uso de Álcool Entre Idosos Pernambucanos de Acordo com Variáveis Socioeconômicas e de Condições de Saúde

Os idosos da presente amostra que autorreferiram cor/raça branca relataram consumo excessivo de álcool com menor frequência quando comparados àqueles que autorreferiram cor/raça preta ou parda. Este resultado está consoante aos achados de outros estudos (BLAY et al., 2009; COSTA et al., 2004; HIRATA et al., 2009; MALTA et al., 2015a; NOGUEIRA et al., 2013; PINHO, 2012). Segundo Hirata et al. (2009), esses dados poderiam ser justificados a partir dos contextos socioeconômicos, cujos os indivíduos brancos estão historicamente mais amparados pelos contextos mais favoráveis e isto poderia contribuir à menor exposição ao abuso de álcool.

No entanto, esta ainda é uma questão aparentemente controversa, considerando-se que muitos estudos apontam que indivíduos não brancos denotam menores frequências de consumo abusivo de álcool mesmo em condições socioeconômicas menos favoráveis (HASIN et al., 2007). Garcia e Freitas (2015) sugerem as questões individuais, ambientais, históricas e culturais para a maior frequência de ingestão alcóolica entre a população não branca, bem como o estresse gerado pelo preconceito racial.

A determinação dos fatores considerados protetores para o uso excessivo de álcool é de suma importância tanto para um melhor conhecimento das causas desse abuso quanto para o desenvolvimento de intervenções mais ajustadas. Segundo os mesmos autores, prevalências

mais baixas não reduzem a importância de atuações em grupos minoritários ou desfavorecidos.

Esperava-se que o uso excessivo de álcool na presente amostra apresentasse associação estatisticamente significativa com o sexo, uma vez que diversos estudos apontam que mais homens, independentemente da idade, têm esse comportamento quando comparados com as mulheres (BLAY et al., 2009; BRASIL, 2009a; FILLENBAUM et al., 2009; GARCIA; FREITAS, 2015; GUIDOLIN et al., 2016; MALTA et al., 2015a; NOGUEIRA et al., 2013; PINHO, 2012; SANTOS et al., 2014).

Os homens tendem a ingerir mais álcool por diversos fatores, mas questões socioculturais merecem destaque: ao mesmo tempo em que há pressão pela sociedade para que eles iniciem o consumo de bebidas alcoólicas ainda na juventude, este mesmo comportamento é pouco valorizado entre elas (BRASIL, 2009a). Em consonância, Pinho (2012) reforça que o padrão de uso de álcool entre os idosos e os valores sociais atrelados a este consumo seriam construídos desde o início da mocidade, ou seja, o padrão de consumo de álcool na velhice é influenciado pelos padrões de consumo de toda uma trajetória de vida.

6.3.3 Uso de Álcool Entre Idosos em Perspectiva Comparada Entre Pernambuco e Demais Estados do Nordeste

Como visto, o consumo excessivo de álcool não difere significativamente entre os estados do Nordeste. Não foram encontrados estudos que abordem especificamente o uso de álcool por idosos da região Nordeste e seus estados. Em relação à população geral, o estudo de Garcia e Freitas (2015) verificou que a Bahia apresentou maior uso excessivo de álcool, enquanto a Paraíba demonstrou o menor consumo. No VIGITEL 2014, o maior percentual deste comportamento foi encontrado no estado do Piauí, mas a Paraíba também apresentou menor consumo (BRASIL, 2015).

Reduzir o consumo de álcool é prioridade na saúde pública, pois impacta diretamente na diminuição de DCNT, como câncer, doenças cardiovasculares e hepáticas. Porém, no Brasil, o estímulo ao uso de álcool é socialmente aceito e a indústria encontra apoio para buscar seus interesses lucrativos que, não obstante, contrapõem-se ao direcionamento das políticas públicas (GARCIA; FREITAS, 2015).

Segundo a WHO (2014), existem medidas simples que são altamente capazes de reduzir o consumo de álcool na população, como torná-lo mais caro e menos disponível, dificultando o acesso a este tipo de produto. Minimizar o hábito de consumir grande número

de doses em uma única ocasião é fundamental, pois, além de impactar nos problemas referidos anteriormente, segundo Laranjeira et al. (2010), haverá também proteção frente à queda, que se associa com frequência a este comportamento e interfere demasiadamente na qualidade de vida do indivíduo idoso.

O uso excessivo de álcool torna o idoso mais vulnerável ao desencadeamento de problemas biopsicossociais, que, muitas vezes, não são percebidos pelos profissionais de saúde. As frequências estimadas do consumo de álcool entre o coletivo idoso podem variar, mas as consequências vão sempre gerar grande impacto na saúde destes indivíduos (KANO; SANTOS; PILLON, 2014).

Resultados positivos no enfrentamento ao uso excessivo de álcool por idosos são alcançados, o que se opõe à crença empírica apontada em diferentes estudos de que os esforços para coibir este comportamento não têm êxito (HASIN et al., 2007; OSLIN; PETTINATI; VOLPICELLI, 2002; SATRE et al., 2004). Mais estudos, capacitações e conscientização por parte dos profissionais da área são de suma importância para maior reconhecimento e efetivação de intervenções de maneira adequada.

A comparação deste estudo com outros nacionais é difícil, uma vez que poucos resultados são apresentados exclusivamente em torno dos indivíduos idosos e os instrumentos de avaliação do consumo de álcool se divergem em demasia. Pode-se sugerir que desenhos estratificados de acordo com populações e variáveis sejam construídos para melhor entendimento das associações, visto que os achados sobre o uso de álcool indicam a inconstância nos perfis de consumo. Levantamentos devem ser realizados regularmente para que as tendências do uso excessivo de álcool sejam monitoradas.

6.4 Tabagismo

6.4.1 Tabagismo Entre Idosos Pernambucanos

Os resultados do presente estudo apontam que a grande maioria dos idosos pernambucanos referiu não fumar, assemelhando-se aos estudos epidemiológicos de Santos et al. (2014) e Viana, Rodrigues e Tavares (2012), ambos com idosos mineiros, cujos resultados detectaram o hábito de fumar em apenas 23,1% e 12,4% da amostra, respectivamente. Do mesmo modo, Zaitune et al. (2012) e Ferrari et al. (2014) verificaram prevalências de 12,2% e 10% de idosos tabagistas, na devida ordem, entre aqueles domiciliados em São Paulo. Focchesatto, Rockett e Perry (2015) encontraram uma prevalência de apenas 7,1% de idosos

tabagistas dentre sua população rural do Rio Grande do Sul. Malta et al. (2015b) apontam que 12,6% dos idosos brasileiros têm o hábito de fumar.

Estes resultados sugerem diminuição do hábito de fumar com o aumento da idade (ZAITUNE et al., 2012). Ainda, o aparecimento de agravos à saúde, a maior probabilidade de morte precoce dos tabagistas e a crescente preocupação com a saúde e bem estar entre os indivíduos idosos são apontados como possíveis condições que favorecem estes dados (LIMA-COSTA, 2004; PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008). O baixo índice de tabagismo numa população pode ser considerado fator de proteção para o desenvolvimento de DCNT (FOCCHESATTO; ROCKETT; PERRY, 2015).

O hábito de fumar provoca alterações cerebrais, como o aumento de receptores nicotínicos, tornando a necessidade de reposição dessa substância cada vez maior, o que induz a continuidade do uso do cigarro (ARAÚJO et al., 2004). Devido a este fato, é esperado que a dependência do tabaco aconteça em maior grau entre os idosos (SECCO et al., 2013). Ou seja, desconsiderar os idosos que afirmam fumar seria sinônimo de menosprezo, o que não deve ocorrer se tratando de pessoas. Segundo Goulart et al. (2010), fumantes mais velhos apresentam mais problemas de saúde relacionados ao tabagismo e maior dificuldade de cessação.

Para que haja abordagem eficaz dentre os idosos tabagistas, é preciso conhecer as razões pelas quais estes indivíduos têm esse comportamento (CARVALHO et al., 2013). A motivação pessoal é de suma relevância na cessação do tabagismo, mas não se deve diminuir o valor do apoio interpessoal que venha a ser recebido. Ainda, de acordo com Goulart et al. (2010), a interrupção do tabagismo não deve ser feita sem apoio profissional, pois a orientação feita por não especialistas tem taxa de sucesso de apenas 6%.

As estratégias de enfrentamento a este comportamento devem se adaptar às crenças e culturas destes indivíduos mais velhos. É preciso se conhecer bem o contexto em que este comportamento acontece para que as ações de assistência para a cessação do tabagismo ultrapasse a linha da mera retirada do cigarro.

6.4.2 Tabagismo Entre Idosos Pernambucanos de Acordo com Variáveis Socioeconômicas e de Condições de Saúde

De acordo com a presente pesquisa, a frequência de idosos pernambucanos que fumavam foi significativamente maior entre aqueles do gênero masculino, estando de acordo com a literatura (CARVALHO et al., 2013; SANTOS et al., 2014; SECCO et al., 2013;

SENGER et al., 2011; VIANA; RODRIGUES; TAVARES, 2012; ZAITUNE et al., 2012). Este fato se deve ao perfil sociocultural dos indivíduos, uma vez que o homem apresenta esse comportamento desde jovem e permanece até a velhice, o que se opõe às mulheres de faixa etária análoga (CARVALHO et al., 2013; SECCO et al., 2013).

Os indivíduos brancos da presente amostra apresentaram menor frequência de tabagismo quando comparados aos não brancos, como é verificado em outras publicações (ALMEIDA, 2004; ZAITUNE et al., 2012). Almeida (2004) aponta uma mutação genética como possível razão para tal discrepância: o gene CYP2A6, que atua na metabolização da nicotina no organismo dos fumantes, apresenta-se modificado em mais indivíduos brancos do que em não brancos. Aquele que apresenta essa modificação tende a não fumar ou ser menos viciado em cigarro quando comparados aos que apresentam a versão normal do gene porque o metabolismo da nicotina acontece de forma mais lenta, reduzindo ou mesmo suprimindo o desejo de acender outro cigarro para repor os níveis de nicotina, uma vez que a compulsão pelo fumo de tabaco encontra-se justamente na manutenção dos níveis altos de nicotina no organismo. No entanto, a literatura ainda é pouco específica no que concerne à relação entre tabagismo e raça/cor da pele na população idosa.

Em relação à situação conjugal, os idosos solteiros da presente amostra referiram fumar tabaco com maior frequência, assemelhando-se a outros achados (CARVALHO, 2009; SANTOS et al., 2014; SENGER et al., 2011; VIANA; RODRIGUES; TAVARES, 2012). Aqueles idosos que mantêm vínculo afetivo são menos propensos ao tabagismo por receberem suporte do parceiro, seja para não iniciar ou para cessar este comportamento (CARVALHO 2009).

Quando o idoso já é tabagista, este apoio se torna importante não só na fase em que o indivíduo está fumando, mas também nas diferentes fases de abstinência, ou seja, quando está efetivamente buscando a descontinuação do comportamento (AFONSO; PEREIRA, 2013). É importante frisar que este suporte do parceiro só pode ser considerado quando o mesmo não é tabagista, uma vez que, assim sendo, pode estimular o companheiro a experimentar o cigarro ou dificultar a sua interrupção (DOBKIN et al., 2002; VIANA; RODRIGUES; TAVARES, 2012).

A maioria dos idosos da presente amostra que informaram ser tabagistas não tem saúde suplementar, o que pode ser comparado ao VIGITEL 2014, onde apenas 7,7% dos idosos brasileiros com esta cobertura relataram tal comportamento (BRASIL, 2015). Segundo Hernandez et al. (2012), aqueles que a possuem apresentam maior procura por cuidados com a saúde. O fato de não ter saúde suplementar e ser tabagista também pode estar relacionado à

renda, pois pesquisas apontam que aqueles idosos que possuem cobertura de saúde suplementar têm maior poder aquisitivo (BÓS; BÓS, 2004; HERNANDES et al., 2012), ao mesmo tempo em que idosos tabagistas têm menor poder aquisitivo (SECCO et al., 2013; ZAITUNE et al., 2012).

Em relação à presença de DCNT, os idosos que não referiram tal acometimento foram aqueles com maior prevalência de tabagismo. Segundo Carvalho et al. (2013), os idosos aparentemente saudáveis alegam imunidade frente aos malefícios do cigarro pelo fato de fumarem a vida inteira e nunca terem desenvolvido nenhuma doença relacionada ao tabaco, o que contribui para dificultar a abordagem ao idoso tabagista.

O estudo de Hernandez et al. (2012) indicou que os idosos sem cobertura de saúde suplementar referiram menor acometimento por doenças quando comparados àqueles que possuíam cobertura. Esses estudos podem indicar o desconhecimento de doenças pela ausência da investigação profissional, visto que, quanto maior a procura por cuidados com a saúde, maior a obtenção de diagnóstico. Devem ser utilizados contra-argumentos que demonstrem a estes indivíduos os benefícios para a saúde obtidos através da interrupção do hábito de fumar.

6.4.3 Tabagismo Entre Idosos em Perspectiva Comparada Entre Pernambuco e Demais Estados do Nordeste

Dentre os idosos domiciliados no Nordeste da presente amostra, foi possível verificar que a Bahia apresentou menor frequência (10,1%) de tabagismo quando comparados aos demais, enquanto Pernambuco, mesmo não apresentando frequência diferente da média dos estados do Nordeste, demonstrou maior número de idosos tabagistas juntamente com a Paraíba (17,3%).

Não foram encontrados estudos que abordem especificamente o tabagismo entre idosos da região Nordeste e seus estados. Em relação à população geral, Malta et al. (2015b) apontaram o Piauí como o estado com maior frequência de tabagistas (16,8%) e o Sergipe com a menor frequência (12%). A PNAD 2008 refere que 16,5% dos idosos nordestinos são tabagistas (IBGE, 2010), aproximando-se da prevalência do presente estudo. Pode-se afirmar que os percentuais entre os estados não apresentaram variabilidade considerável.

O tabagismo desfavorece a longevidade, caracterizando-se como fator de risco para diversas DCNT. Os benefícios da suspensão do fumo são evidenciados em todas as faixas etárias, principalmente no tocante a qualidade e expectativa de vida de idosos (GOULART et

al., 2010). Ao serem verificadas diferentes e inconstantes características dos idosos tabagistas da presente amostra, é possível afirmar a necessidade de se realizar uma avaliação ampla do perfil do tabagista para que medidas possam ser tomadas de maneira mais eficaz.

Apesar do fatalismo e do ceticismo presentes na população em relação ao tabagismo entre idosos, quando são oferecidas estratégias adequadas para a cessação do tabagismo, a taxa de sucesso compara-se a dos jovens, conforme apontam Carvalho et al. (2013). Do mesmo modo, Burns (2000) verificou resultados otimistas no grupo de idosos da sua amostra, constatando que houve maiores chances de sucesso mesmo com menor intenção de abandono do cigarro quando comparados aos jovens. Este mesmo autor refere que há um aumento importante da mortalidade e do acometimento por DCNT, como o câncer de pulmão, entre aqueles com mais de 60 anos de idade.

Os benefícios podem ser proporcionalmente menores entre idosos e podem se manifestar mais lentamente se comparados aos mais jovens, no entanto, a cessação continua sendo a forma mais eficaz de minimizar os riscos e modificar os quadros de morbimortalidade relacionados ao fumo em todas as idades. Segundo Goulart et al. (2010), o primeiro passo é a motivação pessoal, em seguida vem a terapia cognitivo-comportamental, em que o profissional atuante e o tabagista discutem as situações que despertam o desejo de fumar e analisam a melhor forma de contorná-las.

Outro dado importante que deve ser levado em consideração é a associação entre tabagismo e consumo excessivo de álcool entre idosos, apontada em diferentes estudos (BLAY et al., 2009; COSTA et al., 2004; HASIN et al., 2007; PINHO, 2012). Não foram verificadas relações causais, mas Blay et al. (2009) sugeriram como razões viáveis desta associação a existência de influências ambientais e genéticas em comum, a possibilidade de um neutralizar alguns efeitos adversos do outro e a “desinibição” associada ao uso de álcool que neutraliza as restrições ao tabagismo. Sugere-se a realização de estudos para aprofundar o conhecimento sobre esta associação e viabilizar intervenções.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população contextualiza-se num momento de importantes modificações sociais, familiares e de hábitos de vida. Os estudiosos da Gerontologia instigam a dissociação entre este processo e o estereótipo de maiores custos e doenças associadas, empenhando-se em ferramentas que fomentem a manutenção da capacidade funcional para melhor qualidade de vida. Nesta conjuntura, percebe-se que a promoção e a manutenção de um estilo de vida saudável para o envelhecimento bem sucedido, mesmo que pouco exploradas, são importantes aliadas da longevidade.

De modo geral, os achados evidenciaram que os idosos pernambucanos apresentam consumo alimentar regular, atividade física e uso de álcool em níveis aceitáveis e tabagismo em situação satisfatória, o que caracteriza um bom estilo de vida, uma vez que a maioria das recomendações reconhecidas como padrão de hábitos saudáveis foi verificada na maior parte dos sujeitos em cada categoria avaliada. Apesar disto, os resultados encontrados não são valores considerados suficientes para excluir-se a necessidade de intervenções na população, visto que as prevalências positivas constatadas apresentaram-se constantemente em proporções inexpressivas, isto é, mantiveram-se próximas à média, o que reflete grande proporção também de valores negativos.

Em relação às variáveis socioeconômicas e de condições de saúde analisadas, os idosos homens, brancos e casados demonstraram estilo de vida relativamente melhor. Quando comparados aos demais estados do Nordeste, os idosos pernambucanos demonstraram valores considerados regulares, pois em nenhuma das categorias apresentaram-se com prevalências distantes da média regional. Visto que o presente estudo não se dedicou a analisar o estilo de vida e suas possíveis associações entre os idosos dos demais estados do Nordeste, não é possível afirmar se este se encontra satisfatório ou não.

Os resultados obtidos neste estudo fortalecem a importância de estratégias direcionadas aos idosos que oportunizem a adesão de um estilo de vida saudável, ou seja, que sejam proporcionadas práticas de promoção e manutenção de bons hábitos para cada categoria que o compõe, tendo em vista o envelhecimento bem sucedido e a supressão de incapacidades.

Sendo o estilo de vida um modo de viver com grande efeito na saúde, a busca pelo equilíbrio entre as categorias que o compõem é tão relevante quanto o conhecimento destas de maneira isolada. Sugere-se, então, a realização de estudos que busquem aprofundar sobre possíveis associações entre as categorias do estilo de vida dos idosos.

Também, cabe ressaltar a escassez na produção gerontológica no tocante ao estilo de vida. Tal fato pode ser justificado pelas dificuldades de mensuração desta variável e pela complexidade relacionada à comparação dos resultados a partir de diferentes metodologias. Envelhecer com estilo de vida satisfatório ainda é difícil, especialmente quando verificam-se limitações ambientais alheias às escolhas do indivíduo. Para isto, são pertinentes novos estudos que analisem possíveis relações de causalidade e que objetivem compreender como acontecem as modificações de comportamento entre os idosos.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, F.; PEREIRA, M. G. Comportamento Tabágico: Um estudo com Fumantes, Ex-Fumantes e Não Fumantes. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 379-389, 2013.
- ALBERTE, J. S. P.; RUSCALLEDA, R. M. I.; GUARIENTO, M. E. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico **Rev Soc Bras Clin Med.** v. 13, n. 1, p. 32-9, jan/mar, 2015.
- ALENCAR, M. S. S.; BARROS JÚNIOR, F. O. ; CARVALHO, C. M. R. G. Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 4, p. 369-381, jul./ago. 2008.
- ALMEIDA, H. Vantagem natural contra o cigarro. **PESQUISA FAPESP**, v. 105, nov., 2004.
- ALVES, J. G. B. et al. Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 543-556, mar. 2010.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1924-1930, ago. 2007.
- AMADO, T. C. F.; ARRUDA, I. K. G.; FERREIRA, R. A. R. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/2005. **ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICION - Organo Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición**, v. 57, n. 4, 2007.
- ANDERSON, J. W.; SMITH, B. M.; WASHNOCK, C. S. Cardiovascular and renal benefits of dry bean and soybean intake. **Am J Clin Nutr**, v.70, suppl: 464S–74S, 1999.
- ARAÚJO, A. J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, suppl 2, ago., 2004.
- BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 200-207, set./dez. 2011.
- BARBOSA, L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 13, n. 28, p. 87-116, jul./dez., 2007.
- BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 302-7, 2008.
- BLAY, S. L.; FILLENBAUM, G. G.; ANDREOLI, S. B.; GASTAL, F. L.; Correlates of lifetime alcohol misuse among older community residents in Brazil. **Int Psychogeriatr**, v. 21, n. 2, p. 384- 391, 2009.

BORGES, L. M.; SEIDL, E. M. F. Percepções e Comportamentos de Cuidados com a Saúde Entre Homens Idosos. **PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2012, v. 32, n. 1, p. 66-81, 2012.

BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 113-20, 2004.

BOTELHO, R. A. **Culinária Regional: o Nordeste e a Alimentação Saudável**. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, K. Q. D. **Incapacidade funcional e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande/Paraíba**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

BURNS, D. M. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. **Am J Health Promot**, v. 14, n. 6, p. 357-361, 2000.

CANNON, M. L. What is aging? **Disease-a-Month**, v. 61, p. 454–459, 2015.

CARLOS, J.V.; ROLIM, S.; BUENO, M.B.; FISBERG, R.M. Porcionamento dos principais alimentos e preparações consumidos por adultos e idosos residentes no município de São Paulo. **Rev Nutr**. v. 21, n. 4, p. 383-91, 2008.

CARNEIRO, L. A. F. et al. **Envelhecimento Populacional e os Desafios para o Sistema de Saúde Brasileiro São Paulo**. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, São Paulo, 2013.

CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; LOUREIRO, A. M. L. Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência. **J Bras Pneumol.**, v. 36, n. 3, p. 339-346, 2010.

CARVALHO, A. A. et al. Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p.1119-1130, 2013.

CARVALHO, A. A. **Tabagismo em idosos internados em Instituições de Longa Permanência de Brasília, Distrito Federal**. Dissertação de mestrado (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2009.

CASTRO, N. M. G.; DATTILO, M.; LOPES, L. C. Avaliação do conhecimento nutricional de mulheres fisicamente ativas e sua associação com o estado nutricional. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, v. 32, n.1, p. 161-172, 2010.

CAVALCANTI, C. L., et al. Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.5, p. 2383-2390, 2011.

CHAVES, L. R. et al. Estado nutricional e consumo alimentar de idosos assistidos na estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 12, p. 6780-9, dez., 2013.

CHERNOFF, R. Normal aging, nutrition assessment, and clinical practice. **Nutr Clin Pract.** v. 18, p.12-20, 2003.

CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1014-20, 2010.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, nov./dez., 2009.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA SOBRE A PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS IDOSAS. **Assembleia Geral**. Quadragésimo Quinto Período Ordinário de Sessões. Washington, jun. 2015. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/noticias/2015/junho/estados-membros-da-oea- aprovam-convencao-interamericana-sobre-protecao-dos-direitos-humanos-das-pessoas-idosas>. Acesso em: 30 de jun. de 2016.

COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, abr., 2004.

COSTA, V. S. P. et al. Prevalence of risk factors for the occurrence of strokes in the elderly. **Fisioter Mov.**, v. 27, n. 4, p. 555-63, out./dez. 2014.

DEPP, C.; JESTE, D. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, p. 6 – 20, 2006.

DIAS, E. G. et al. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1623-1635, ago. 2015.

DOBKIN, P. L.; DE, C. M.; PARASHERAKIS, A.; GILL, K. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. **Addiction**, v. 97, n. 3, p. 347-56, 2002.

DOOLAN, D.M.; FROELICHER, E.S. Smoking cessation interventions and older adults. **Prog Cardiovasc Nurs**, v. 23, p. 119-27, 2008.

DUMITH, S. C.; HALLAL, P. C.; REIS, R. S.; KOHL, H. W. Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. **Preventive Medicine**, v. 53, p. 24–28, 2011.

FARES, D. et al. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n.4, p. 434-441, 2012.

FAZZIO, D. M. G. Envelhecimento e qualidade de vida – uma abordagem nutricional e alimentar. **Revisa**. v. 1, n. 1, p. 76-88, jan/jun, 2012.

FERRARI, T. K. **Estilo de Vida Saudável em São Paulo**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Ciência) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, São Paulo, 2014.

FERREIRA, C. C. C. et al. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 5, p. 621-628, 2010.

FILLENBAUM, G. G.; BLAY, S. L.; ANDREOLI, S. B.; GASTAL, F. L. Correlates of and relationship among lifetime alcohol abuse and alcohol dependence in older community residents in Brazil. **Int Psychiatry**, v. 6, n. 2, p. 40-44, 2009.

FOCCHESATTO, A.; ROCKETT, F. C.; PERRY, I. D. S. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 779-795, 2015.

FRANK, S.; SANTOS, S. M. A.; ASSMANN, A.; ALVES, K. L.; FERREIRA, N. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 11, p. 123-134, 2007.

FREITAS, C.S.; MEEREIS, E.C.W.; GONÇALVES, M.P. Qualidade de vida de idosos ativos e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS). **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 57-68, mar., 2014.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª edição. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2011.

GADENZ, S. D.; BENVENÚ, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3523-3533, 2013.

GAINS, N. The Repertory grid Approach. In: MACFIE, H. J. H.; THOMPSON, D. M. H. (eds). **Measurement of food Preference**. [s.l.] Blackie Academic & Professional, 1994.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 227-237, abr./jun. 2015.

GARDNER, B. et al. ‘On Your Feet to Earn Your Seat’, a habit-based intervention to reduce sedentary behaviour in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 15, n. 368, 2014.

GEHRING, P. R. et al. Desempenho de idosos em uma tarefa motora de demanda dupla de controle. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.23, n.3, p.211-20, jul./set. 2009.

GOTTLIEB, M. G. V. et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.**, RIO DE JANEIRO, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

GOBBI, S. et al. Physical inactivity and related barriers: a study in a community dwelling of older Brazilians. **J Aging Res**, v. 2012, 2012.

GOULART, D. et al. Tabagismo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, RIO DE JANEIRO, v. 13, n. 2, p. 313-320, 2010.

GRUNDY, S.M. et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. **Circulation**, Dallas, v. 110, n. 2, p. 227-39, 2004.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 25, p. 37-43, dez. 2011.

GUIDOLIN, B. L.; SILVA FILHO, I. G.; NOGUEIRA, E. L.; RIBEIRO JUNIOR, F. P.; CATALDO NETO, A. Patterns of alcohol use in an elderly sample enrolled in the Family Health Strategy program in the city of Porto Alegre, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 27-35, 2016.

HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 247-57, jul., 2012.

HALLAL, P. C. et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. **J Phys Act Health**, v. 7, Suppl 2, p. S259-64, jul., 2010.

HALLAL, P.C.; VICTORA, C.G.; WELLS, J.C.; LIMA, R.C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Med Sci Sports Exerc**, v. 35, p. 1894–900, 2003.

HASIN, D.S. et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of dsm-iv alcohol abuse and dependence in the United states results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 64, n. 7, p. 830-842, 2007.

HERMAN, S.; SADOVSKY, R. Psychosocial health screening and recognizing early signs of psychosocial distress. **J Mens Health**, v. 7, n. 1, p. 73-82, 2010.

HERNANDES, E. S. C.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; SANTOS, J. L. F. Idosos com e sem plano de saúde e características socioepidemiológicas associadas. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1030-8, 2012.

HIRATA, E.S. et al. Prevalence and correlates of alcoholism in community-dwelling elderly living in São Paulo, Brazil. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 24, p. 1045-1053, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2016**. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. Acesso em: 26 de outubro de 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97868.pdf>>.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar e estado nutricional no Brasil**. Coordenação de Índices de Preços. Rio de Janeiro, 2004.

_____. **Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro, 2014.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

JAIME, P. C. et al. Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 267-276, abr./jun. 2015.

JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. **Cad Saude Publica**, v. 21, Suppl 1, p. 19-24, 2005.

JOBIM, F. A. R. C.; JOBIM, E. F. C. Atividade Física, Nutrição e Estilo de Vida no Envelhecimento **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 17, n. 4, p. 298-308, 2015.

KANO, M. Y.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version* (MAST-G). **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 4, p. 648-55, 2014.

KATZMARZYK, P.T.; JANSSEN, I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. **Canadian Journal of Applied Physiology**, Champaign, v. 29, n. 1, p. 90-115, 2004.

KILSZTAJN, S.; CAMARA, M. B.; CARMO, M. S. N. Gasto privado com saúde por classes de renda. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 8, n. 3, p. 258-62, 2002.

KING, M.; EMERY, E. Nutrition management of the geriatric patient. **Support Line**, v. 29, n. 5, p. 21-28, 2007.

KING, M.; LIPSKY, M. S. Clinical implications of aging. **Disease-a-Month** v. 61, p. 467–474, 2015.

KNUTH, A. G.; BACCHIERI, G.; VICTORA, C. G.; HALLAL, P. C. Changes in physical activity among Brazilian adults over a 5-year period. **J Epidemiol Community Health**, v. 64, p. 591-595, 2010.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado.**, Brasília v. 27, n. 1, jan./abr., 2012.

KÜMPEL, C., et al. Aspectos sociais relacionados ao tabagismo em idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.183-199, set., 2014.

KUZNIER, T. P.; LENARDT, M. H. O Idoso Hospitalizado e o Significado do Envelhecimento. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n.1, p. 70-79, jan/mar, 2011.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; SANCHES, M.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 3, set., 2010.

LEVY-COSTA, R. B.; SICHIERI, R.; PONTES, N. S.; MONTEIRO, C. A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, ago., 2005.

LEVY, R. B. et al. Regional and socioeconomic distribution of household food availability in Brazil, in 2008-2009. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 1, p. 6-15, 2012.

LIMA, M. C. P. et al. Alcohol use and falls among the elderly in Metropolitan São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2603-2611, dez, 2009.

LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 13, p. 201-8, 2004.

LIMA, R. S. S.; LIMA, R. S.; ALMEIDA, A. S. S. S.. Projeto Saúde: Perfil Alimentar e Nutricional de Idosas de um Município do Interior do Ceará. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo. v. 7. n. 37. p.4-12. Jan/Fev. 2013.

LIMA-SILVA, T. B. et al. Fluência verbal e atividade física no processo de envelhecimento normal: um estudo epidemiológico em Ermelino Matarazzo, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n.1, 2010.

LIPSKY, M. S.; KING, M. Biological theories of aging. **Disease-a-Month**, v. 61, p. 460–466, 2015.

LOPES, I. G.; OLIVEIRA, R. G.; RAMOS, F. M. Perfil do consumo de peixes pela população brasileira. **Macapá**, v. 6, n. 2, p. 62-65, 2016.

LOUREIRO, L. M. R. **Perfis de consumo alimentar e fatores associados em idosos de Viçosa (MG): um estudo de base populacional**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós Graduação em Ciência da Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2015.

LOURENÇO, R.A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev Saude Publica**, v. 39, n. 2, p. 311-8, 2005.

MALTA, D. C. et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 217-226, abr./jun. 2015a.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; VIEIRA, M. L.; ALMEIDA, L.; SZWARCOWALD, C. L. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 239-248, abr./jun., 2015b.

MCAULEY, E. et al. Effects of change in physical activity on physical functional limitations in older women: mediating roles of physical function performance and self-efficacy. **J Am Geriatr Soc**, v. 55, n. 12, p. 1967-73, 2007.

MENEZES-CABRAL, R. L. et al. Efeitos de diferentes treinamentos e estilos de vida nos indicadores antropométricos e cardiocirculatórios no envelhecimento. **Rev. salud pública**, v. 11, n. 3, p. 359-369, 2009.

MENEZES, M. F. G. et al. Reflexões sobre alimentação saudável para idosos na agenda pública brasileira. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 599-610, 2015.

MENEZES, T. M. O. **Ser Idoso Longevo: desvelando os sentidos do vivido**. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

MIELKE, G. I. et al. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 277-286, abr./jun. 2015.

MONTEIRO, A. M. P. et al. Déficit Nutricional em Pacientes Geriátricos Atendidos em um Hospital de Pronto-Socorro, em Belo Horizonte – MG. **Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 541-549, out./dez. 2009.

MORAES, J.; SOUZA, V. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 302-308, 2005.

NOGUEIRA, E. L. et al. Prevalence and Patterns of Alcohol Misuse in a Community-Dwelling Elderly Sample in Brazil. **Journal of Aging and Health**, v. 25, n. 8, p. 1340–1357, 2013.

OLIVEIRA, G. A. M.; WITTER, C.; LIMONGELLI, A. M. A. Definições de envelhecimento saudável, bem-sucedido ou ativo. **Integração**, ano 19, n. 65, p. 6-65, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

OSLIN, D. W.; PETTINATI, H.; VOLPICELLI, J. R. Alcoholism treatment adherence: Older age predicts better adherence and drinking outcomes. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 10, p. 740-747, 2002.

PAPANIKOLAOU, Y.; FULGONI, V.L. Bean consumption is associated with greater nutrient intake, reduced systolic blood pressure, lower body weight, and a smaller waist circumference in adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2002. **J Am Coll Nutr.**, v. 27, n. 5, p. 569-76, out., 2008.

PARRA, D. C.; BROWNSON, R. C. Promoting physical activity in Brazil: the promise and the challenge. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 1, fev., 2012.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arq Bras Cardiol**, v. 91, p. 1-10, 2008.

PINES, A. Lifestyle and healthy aging, **Gynecological Endocrinology**, v. 30, n.9, p. 609-611, 2014.

PINHO, R. J. **Prevalência e fatores associados ao uso de álcool entre idosos do município de São Paulo/SP: Estudo SABE**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual Paulista Júlio De Mesquita Filho, Departamento De Saúde Pública Programa De Pós-Graduação Em Saúde Coletiva, Botucatu, 2012.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

PINTO, L. L. T.; ROCHA, S. V.; VIANA, H. P. S.; RODRIGUES, W. K. M.; VASCONCELOS, L. R. C. Nível de atividade física habitual e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em áreas rurais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-828, 2014.

PORTELADA, B. C. M. **Atividade física e funcionalidade em pessoas idosas**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Gerontologia) - Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal, 2013.

QUEIROZ, B. M. et al. Inatividade física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p.3489-3496, 2014.

REICHERT, F. F. et al. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American Journal Public Health**, New York, v. 97, p. 515-9, 2007.

RIBEIRO, L. H.; NERI, A. L. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2169-2180, 2012.

ROWE, J.; KAHN, R. Successful aging. **The Gerontologist**, v. 37, n. 4, p.433-440, 1997.

RODRIGUES, W. K. M.; ROCHA, S. V.; VASCONCELOS, L. R. C.; DINIZ, K. O. Atividade física e incapacidade funcional em idosos da zona rural de um município do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 126-132, jan./mar., 2015.

SAMPAIO, H. A. C. et al. Consumo de frutas e hortaliças por indivíduos atendidos pelo Programa Saúde da Família na periferia da cidade de Fortaleza-Ceará, **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 175-181, abr./jun. 2010.

SANTIAGO, L. A. M. et al. Treinamento resistido reduz riscos cardiovasculares em idosas. **Rev Bras Med Esporte**, v. 21, n. 4, jul./ago. 2015.

SANTOS, A. S. et al. Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. **REFACS (online)**, v. 2, n. 1, p. 06-13, 2014.

SANTOS, L. O. **Estado nutricional de idosos, domiciliados no município de São Paulo, e associação com variáveis referidas: arranjo domiciliar, alimentação, demográficas, socioeconômicas e clínicas – Estudo SABE: Saúde, Bem estar e Envelhecimento – 2000 e 2006**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SATARIANO, W. A.; HAIGHT, T. J.; TAGER, I. B. Reasons given by older people for limitation or avoidance of leisure time physical activity. **J Am Geriatr Soc**, v.48, n.5, p.505-12, may, 2000.

SATRE, D. D.; MERTENS, J.; AREAN, P. A.; WEISNER, C. Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program. **Addiction**, v. 99, p. 1286-1297, 2004.

SCHMIDT, M.I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SECCO, T. F. V., et al. Dependência nicotínica e razões para fumar em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia, São Paulo**, v. 16, n. 3, p.239-250, jun, 2013.

SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, RIO DE JANEIRO, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SILVEIRA, E. A. et al. Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3689-3699, 2015.

SILVEIRA NETO, R. M. Crescimento Pró-Pobre no Nordeste do Brasil: Uma Análise dos Períodos (1991-2000 e 2000-2010). **Estud. Econ.**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 497-526, jul./set., 2014.

SOARES, L.; BELO, M. A. A. Consumo de pescado no município de Porto Velho-RO. **ENCICLOPÉDIA BIOSFERA**, Goiânia, v. 11, n. 21, p. 3059-67, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes para cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol.**, v. 30, n. 2, S1-S76, 2004.

SOUSA, V. M. C.; GUARIENTO, M. E. Avaliação do idoso desnutrido. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 46-49, 2009.

SOUZA, A. M. R.; FILLENBAUM, G. G.; BLAY, S. L. Prevalence and correlates of physical inactivity among older adults in Rio Grande do Sul, Brazil. **PLOS ONE**. fev. 2015.

SOUZA, A. M.; PEREIRA, R. A.; YOKOO, E. M.; LEVY, R. B.; SICHIERI, R. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 190S-9S (supl), 2013.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81-94, jan./mar. 2008.

TRIBES, S.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.; OLIVEIRA, R. J. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. **Rev Assoc Med Bras** v. 58, n. 3, p. 341-347, 2012.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO-JÚNIOR, J.S.; PETROSKI, E.L. Factors associated with physical inactivity amongst elderly women in low-income communities. **Rev Salud Publica (Bogota)**, v. 11, n. 1, p. 39-49, 2009.

VALER, D. B. et al. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 14, p.809-819, 2015.

VARGAS, L. S.; LARA, M. V. S.; MELLO-CARPES, P. B. Influência da diabetes e a prática de exercício físico e atividades cognitivas e recreativas sobre a função cognitiva e emotividade em grupos de terceira idade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 867-878, 2014.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p.548-54, 2009.

VIANA, D. A.; RODRIGUES, L. R.; TAVARES, D. M. S. Fatores sociodemográficos e econômicos associados ao tabagismo na população idosa. **J Bras Psiquiatr.**, v. 63, n. 3, p. 220-6, 2014.

VIEBIG, R. F.; PASTOR-VALERO, M.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 806-13, 2009.

WANDER, A. E.; CHAVES, M. O. **Consumo *per capita* de feijão no Brasil de 1998 a 2010: uma comparação entre consumo aparente e consumo domiciliar**. In: Congresso Nacional de Pesquisa de Feijão, Goiânia. Anais. Goiânia: Embrapa Arroz e Feijão, 2011. Disponível em: <http://www.alice.cnptia.embrapa.br/handle/doc/916073>. Acesso em: 06 de ago. de 2016.

WELCH, A.A. et al. Variability of fish consumption within the 10 European countries participating in the European Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. **Public Health Nutrition**, v. 5, n. 6B, p. 1273-1285, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active Aging: a Policy Framework**. Geneva, 2002a.

_____. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva, 2010.

_____. **Global status report on alcohol and health**. Geneva, 2014.

_____. **Report on the Global tobacco epidemic: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship**. Geneva, 2013a.

_____. **The world health report 2013: research for universal health coverage**. Luxembourg: World Health Organization; 2013b.

_____. Technical Report Series (916). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**. Geneva, 2003.

_____. **World Health Report: Reducing risks, promoting healthy Life**. Geneva, 2002b.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2007.

_____. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 583-595, mar, 2012.