**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

WILMA RESENDE LIMA

**ESTILO DE VIDA E SUA ASSOCIAÇÃO COM A LONGEVIDADE
DE IDOSOS MUITO VELHOS DE ARACAJU, SE.**

**SÃO PAULO
2014**

WILMA RESENDE LIMA

**ESTILO DE VIDA E SUA ASSOCIAÇÃO COM A LONGEVIDADE
DE IDOSOS MUITO VELHOS DE ARACAJU, SE.**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Curso Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e Universidade Federal de Sergipe tendo como associada a Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem
Linha de Pesquisa: A Senescência e a Senilidade: Desafio no cuidar em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suely Itsuko Ciosak

“Versão corrigida”

A versão original encontra-se na Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

**SÃO PAULO
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lima, Wilma Resende

Estilo de vida e sua associação com a longevidade de idosos muito velhos de Aracaju, SE / Wilma Resende Lima. São Paulo, 2014.

162 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suely Itsuko Ciosak

Área de concentração: Enfermagem

1. Enfermagem 2. Envelhecimento 3. Idosos 4. Qualidade de Vida I. Título.

Nome: **WILMA RESENDE LIMA**

Título: **ESTILO DE VIDA E SUA ASSOCIAÇÃO COM A LONGEVIDADE DE IDOSOS MUITO VELHOS DE ARACAJU, SE.**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedicatória

*Dedico este trabalho a todos os idosos em especial aos da pesquisa e
aos da família.*

Dedico ainda aos meus três grandes amores da minha vida:

Minha mãe Pureza (in memoriam)

Meu pai Manuel (in memoriam)

E à minha filha Viviane.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por todos os meus sonhos alcançados;

Aos meus pais Manuel e Pureza (in memoriam) pessoas divinas, iluminadas, que transmitiram com muita sabedoria não só para seus filhos, mas para todos os membros da família Resende/Lima os três lemas- trabalho, amizade e amor- para um viver em harmonia. Obrigado por tudo. Sinto muita saudade...

A minha querida filha Viviane pelo entendimento e compreensão das minhas ausências para realização deste trabalho principalmente em momentos importantes e felizes na sua vida pessoal e acadêmica. Você é o meu tesouro. Eu a Amo de todo coração.

A Manoelzinho meu eterno amigo, que ajudou a realizar o meu sonho de ser mãe gerando esta riqueza eterna que é a nossa filha. Tenho muito carinho por você, e pela sua família.

Aos meus irmãos, Ilda, Ivete, Inês, Messias, Iuanilde, Gilson, Ilma e Iuania pela convivência harmoniosa, leal e com muito amor. É muito bom estar com vocês. Cada um com seu jeito especial de viver. Obrigado pelo apoio nas minhas realizações. Esta vitória também é de vocês.

Aos cunhados/ irmãos Geraldo, Pedrinho e Meilton (in memoriam), Almir, Samuel e Juarez, pelo convívio com respeito e dignidade. Saibam que continuo aprendendo com vocês a cultivar a paz e o amor, principalmente nos encontros da família;

As cunhadas/ irmãs Elze e Vilma por estarem sempre presentes e participando nos acontecimentos da família, ajudando quando preciso.

Agradeço muito a você Elze pela ajuda inestimável na minha graduação, o que permitiu chegar até ao Doutorado. Sou muito grata a você, ao meu irmão e à minha sobrinha Dorothy.

A minha avó paterna Isaura Lima , ao meu avô materno Pedro Félix ambos (in memoriam) os quais viveram até os seus 86 e 96 anos respectivamente e tive oportunidade de conviver e aprender com eles lições de amor em família..

Aos meus sobrinhos e sobrinhas aqui representados por Sérgio Bernardes (o mais velho) e por Laura Vitória (a mais nova- 20 dias de nascida) pela atenção, carinho e amizade que vocês depositam em mim.

A Profa. Dra. Suelly Ytsuko Ciosak, pela competência, seriedade e, especialmente, pelo acompanhamento cuidadoso do processo de construção do projeto e a colaboração inestimável na redação final desta tese. Muito obrigada!

As Profas. Dras. Lislaine Fracolli e Miako Kimura da EE- USP pelas contribuições no projeto durante o exame de qualificação. Tenho imenso carinho por vocês.

A Profa. Dra. Valmira dos Santos pela disposição e competência durante a elaboração do projeto. Muito obrigado minha amiga, admiro muito a sua caminhada acadêmica.

A Profa. Dra. Delvair de Brito, exímia pesquisadora que não mediu esforços para nortear o trabalho no momento que estava à deriva. Agradeço profundamente a sua atenção e cuidado na organização do trabalho. Continue essa pessoa sábia e prestativa. Agradeço profundamente as suas contribuições.

As Profas. Dras. Renata Mann e Cristiane Gois da UFS pelo apoio, disponibilidade, orientações e contribuições na elaboração desta tese. Tenho muito carinho e apreço por vocês. Muito obrigada.

As professoras amigas e colegas aposentadas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (DEN-UFS) aqui representada pela Profa. Mestre Maria Augusta Silva Cruz. Quero expressar a minha eterna gratidão pelo convívio com respeito, dignidade e amizade. Quero que saibam que aprendi muito com cada uma de vocês.

As professoras amigas e colegas que estão na ativa do DEN-UFS aqui representada pela atual Chefe Profa. Dra. Joseilze Andrade pelo estímulo e apoio no desenvolvimento da Tese.

A minha amiga e colega Amandia pelo convívio de 34 anos na Universidade Federal de Sergipe com respeito e dignidade principalmente no Doutorado. Saiba que foram muito proveitosas nossas discussões. Tenha fé em Deus que ele mostrará o Diploma que está reservado para você. Não perca a esperança!

As colegas do DMTER em especial as de Aracaju, Amandia, Joseilze, Flávia, Leila, Ana Cristina e Ana Paula Lemos pela condução dos trabalhos do Doutorado, cada uma respeitando e ajudando nas dificuldades da outra. Foi muito bom estudar e estar com vocês tanto em Maceió, como em São Paulo e principalmente em Aracaju. Agradeço o carinho recebido por todas.

As Acadêmicas de Enfermagem Joseane e Vanessa que participaram da coleta de dados, com responsabilidade, compromisso e dedicação enfrentando os obstáculos da comunicação entre as famílias dos idosos. Obrigado também pela ajuda na elaboração, formatação e discussão

sobre os formulários. Vocês foram imprescindíveis para a realização deste trabalho. Muito Obrigado! Gosto muito de vocês.

Aos Estatísticos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Lucas Daniani e MSc. Bernardo dos Santos e da Universidade Federal do Rio de Janeiro Prof. Mauricio Gama, pelas análises cuidadosas dos dados, sempre ressaltando a grandeza das informações referidas pelos idosos, Gostei muito de discutir com vocês. Muito obrigado.

Aos meus "Anjos da guarda" alguns já profissionais (Caroline, Leonardo, Bruna e Renata) outros universitários (Daniel, Dan-Dan, Elisa, Kekeu) que sempre atenderam aos meus pedidos não só para digitar, formatar como também participar da discussão contribuindo na escrita. Que Deus continue iluminando o caminho de todos.

A Profa. Dra. Rita Batista da Escola de Enfermagem Anna Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro, minha ex-aluna na UFS que se dispôs a me ajudar fazendo um levantamento bibliográfico sobre os idosos em pleno período do Congresso de Enfermagem de 2013, contribuindo de forma precisa nas discussões desta tese. Muito obrigada pela disposição e boa vontade em ajudar aos outros. Que Deus a ilumine sempre.

A Profa. Dra. Rita Rego, ex-aluna da UFS, amiga e colega sempre na luta para manter um ensino de qualidade de enfermagem no DEN-UFS. Pessoa responsável, dedicada e comprometida com as atividades do magistério. Obrigada minha amiga por me ajudar nesta hora que precisamos "enxergar com mais de dois olhos".

As amigas Inaiá, Ana Luiza e Maria Inês que sempre apoiaram e me receberam bem nas minhas idas a São Paulo, começou com o

Mestrado e continuou no Doutorado. Tenho muito carinho por vocês, muito obrigada!

A colega da UFS Gelvanete que juntamente com sua irmã Vanessa e sobrinha Juliana me proporcionaram acomodações com conforto e tranquilidade para os meus estudos na minha estada em São Paulo. Muito obrigada por tudo!

A Lúcia Silva Freitas, pessoa atenciosa, dedicada nas tarefas sob sua responsabilidade. Obrigada pelo carinho no cuidado com meu pai e familiares na minha ausência em 2011, assim como em 2012 e 2013 por tomar conta da casa e da minha filha juntamente com meus irmãos para eu continuar os estudos. Muito obrigada por tudo. Deus lhe dê muita saúde e paz.

Às Equipes de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Município de Aracaju, SE pela receptividade, apoio e prontidão na aquisição dos dados quando solicitados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Capes, Edital 005/2009 - Ação Novas Fronteiras da Capes/Mec.

Ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

À Universidade Federal de Sergipe e ao Departamento de Enfermagem por proporcionar minha participação no Doutorado.

A Janela e o Tempo

*Não tenho medo da velhice
Esqueci-me de algo! É porque perdi
Hoje da minha janela avisto o tempo
Passando..... (passado)
Leve e solto como deve ser....*

*No verão....
Apareceu-me o príncipe encantado
Fuji com ele para o sonho*

*Na primavera....
Chegaram os frutos e juntos colhemos*

*No outono....
Passeamos
Por esse imenso Brasil*

*No inverno....
O inverno foi muito bom!*

*Só que agora...
Perdi o cobertor...
Chegou o reumatismo
A dor...
Os olhos já não enxergam tanto
As mãos querem escrever
A mente confunde-me.
As quatro estações que tão bem vivi!...
Ah! Se eu pudesse parar... Ah!... Mas o tempo
Ele, não nos pertence, portanto... Ele vai passando*

Ílida Rexende (2013)

Lima, WR. **Estilo de Vida e sua associação com a longevidade de idosos muito velhos de Aracaju, SE** {Tese}. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

A população de idosos de 80 anos ou mais tem aumentado, demandando atenção e compromisso por parte dos profissionais de saúde. Conhecer o processo de envelhecimento envolve o estudo de vários fatores, dentre eles, o estilo de vida que pode estar relacionado a maior longevidade desses idosos muito velhos. Portanto, o **objetivo geral** deste estudo foi avaliar o estilo de vida e sua associação com a longevidade de idosos muito velhos do município de Aracaju-SE. **Metodologia:** estudo exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. O cenário de estudo foi o município de Aracaju. Os critérios de inclusão para a população foram: idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família, de ambos os sexos, com 80 anos ou mais, que deveriam atingir o mínimo de 19 pontos no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Foram realizadas entrevistas estruturadas por meio de três formulários: um com dados do MEEM; outro com dados socioeconômico e demográfico, de saúde, de nutrição e de longevidade e o terceiro com dados do Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI)-Pentáculo do Bem-Estar. Para a análise dos dados, foi aplicada a estatística descritiva. Para a análise da associação entre PEVI e perfil socioeconômico e demográfico, de saúde, de nutrição e de longevidade, bem como para o conhecimento da consistência interna do formulário PEVI, foram utilizados testes estatísticos. **Resultados:** Foram entrevistados 524 idosos muito velhos, a faixa etária variou de 80 a 108 anos, com prevalência de idosos entre 80 a 85 anos, predominância do sexo feminino, baixa escolaridade, mais da metade eram viúvos, aposentados, católicos, residentes em casa própria. Com relação ao PEVI – Pentáculo do Bem-estar - a maioria obteve referência para um bem-estar positivo para os determinantes nutrição, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do

stress. Somente o determinante “atividade física” apresentou predominância de índice negativo para o bem-estar. Houve associação estatisticamente significativa com a longevidade para as variáveis: idade, escolaridade, consumo diário de verduras e legumes, de feijão, de hortaliças, ingestão de água, de leite integral ou semidesnatado, de suco natural, chá e de café, a condição de saúde e ter plano de saúde. Quanto aos fatores de longevidade que tiveram associação significativa temos: avós/bisavós que viveram mais de 80 anos, contato pessoal familiar e atividade social. Os resultados do PEVI apresentaram adequada consistência interna, com medidas psicométricas confiáveis para avaliar o estilo de vida de idosos nesta faixa etária. **Conclusões:** A aplicação do instrumento PEVI em uma faixa etária até então pouco explorada mostrou a possibilidade de identificar e descrever o perfil do estilo de vida dos idosos muito velhos, permitindo estabelecer uma associação entre os componentes do pentágulo com a longevidade.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento, idosos, idosos muito velhos, estilo de vida, enfermagem, saúde pública, gerontologia.

Lima, WR. **Lifestyle and its association to longevity of very old elderly of Aracaju, SE** {Thesis}. São Paulo: Nursing School, Universidad de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

The population of over-80 elderly has increased, demanding attention and commitment of health professionals. Learning about the aging process involves the study of several factors, among them, lifestyle which can be related to greater longevity of these very aged elderly. Therefore, the **general objective** of this study was to evaluate lifestyle and its association to longevity of very old elderly of Aracaju-SE (Brazil). **Methodology:** exploratory-descriptive study, cross-sectional, quantitative approach. Study setting was the City of Aracaju. Inclusion criteria to population were: elderly registered in Family Health Units, from both sexes, over-80, 19 or more points in Mini-Mental State Examination (MMSE). Structured interviews were performed by means of three forms: one with MMSE data; another with socioeconomic, demographic, health, nutrition and longevity data and a third one with Individual Lifestyle Profile data, Welfare Pentacle (PEVI). To data analysis, descriptive statistics was applied. To analysis of association between PEVI and socioeconomic, demographic, nutrition and longevity profile, as well as knowledge about internal consistence of the PEVI form, statistical tests were used. **Results:** 524 very old elderly were interviewed, their age group between 80 and 108 years-old, with 80-85 elderly prevalence, female predominance, low schooling, most of them widowers, retired, catholic, living in own home. On what concerns PEVI – Welfare Pentacle – most of them obtained reference of a positive welfare for the determiners of nutrition, preventive behavior, social relationship and stress controlling. Only determiner “physical activity” presented predominance of negative index to welfare. There was statistically significant association to longevity to the variable: age, schooling, daily consumption of vegetables, beans and greenery, water, whole or semi-skimmed milk, natural juice, tea and coffee intake, the

healthy condition and having health insurance. On what concerns longevity factors which had significant association, we have: great-grandparents and grandparents which lived 80 years or more, personal family contact and social activity. PEVI results showed appropriate internal consistency, with reliable psychometric measures to assess elderly lifestyle in this age group. **Conclusion:** PEVI instrument application to an age group until then underexplored showed the possibility of identifying and describe very old elderly lifestyle, allowing the establishment of an association between the pentacle components and longevity.

KEYWORDS: aging, elderly, elderly very old, lifestyle, nursing, public health, gerontology

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da população por gênero, segundo os grupos de idade no Brasil, 2010.	41
Figura 2 – Mapa do Brasil e do Estado de Sergipe e suas fronteiras, 2010.	51
Figura 3 – Distribuição da população por gênero, segundo os grupos de idade do Estado de Sergipe, 2010.	52
Figura 4 – Distribuição da população por gênero, segundo os grupos de idade de Aracaju, Sergipe, 2010.	53
Figura 5 – Pentáculo do Bem-Estar	62
Figura 6 – Perfil Geral do Estilo de Vida dos idosos muito velhos, das Regiões de Saúde de Aracaju, SE, 2012.	119
Figura 7 – Perfil do Estilo de Vida dos idosos muito velhos da 1ª Região de Saúde - Região Sul, de Aracaju, SE, 2012.	120
Figura 8 – Perfil do Estilo de Vida dos idosos muito velhos da 2ª Região de Saúde - Região Centro Sul, de Aracaju, SE, 2012.	120
Figura 9 - Perfil do Estilo de Vida dos idosos muito velhos da 3ª Região de Saúde - Região Centro Norte, de Aracaju, SE, 2012.	121
Figura10- Perfil do Estilo de Vida dos idosos muito velhos da 4ª Região de Saúde - Região Norte, de Aracaju, SE, 2012.	121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Frequência das morbidades referidas pelos idosos muito velhos, de Aracaju,SE, 2012.	82
Gráfico 2	Informações dos 524 idosos muito velhos sobre as questões A, B e C do componente nutrição de Aracaju,SE, 2012.	99
Gráfico 3	Informações dos 524 idosos muito velhos sobre as questões D, E e F do componente atividade física de Aracaju/SE, 2012.	102
Gráfico 4	Informações dos 524 idosos muito velhos sobre as questões G, H e I do componente comportamento preventivo de Aracaju,SE, 2012.	106
Gráfico 5	Informações dos 524 idosos muito velhos sobre as questões J, K e L do componente relacionamento social, Aracaju,SE, 2012.	109
Gráfico 6	Informações dos 524 idosos muito velhos sobre as questões M, N e O do componente controle do estresse de Aracaju,SE, 2012.	113
Gráfico 7	Distribuição do perfil do estilo de vida individual dos 524 idosos muito velhos de Aracaju,SE, 2012.	117

LISTA DOS QUADROS

Quadro 1	Índice qualificativo do coeficiente alfa (α) de Cronbach.	67
Quadro 2	Distribuição das morbidades por gênero, referidas pelos idosos muito velhos de Aracaju, SE, 2012.	81
Quadro 3	Informações sobre a composição alimentar, segundo porções diárias dos Idosos muito velhos de Aracaju, SE, 2012.	88
Quadro 4	Predileção por grupo de alimentos dos Idosos muito velhos de Aracaju, SE, 2012.	91
Quadro 5	Informações sobre a ingesta diária de líquidos, dos Idosos muito velhos de Aracaju, SE, 2012.	92
Quadro 6	Distribuição das atividades sociais desenvolvidas pelos Idosos muito velhos. Aracaju/SE, 2012.	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Quantitativo de idosos muito velhos cadastrados nas USF de Aracaju,SE, 2011.	56
Tabela 2 -	Estimativa de idosos muito velhos cadastrados nas USF de Aracaju,SE, 2011.	57
Tabela 3 -	Tamanho amostral para uma amostra com erro de 4%, de idosos muito velhos das USF do município de Aracaju,SE, 2011.	58
Tabela 4 -	Resultado da aplicação do MEEM nos Idosos muito velhos cadastrados nas USF das Regiões de Saúde de Aracaju,SE. 2012.	69
Tabela 5-	Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos muito velhos, por sexo e faixa etária de Aracaju,SE, 2012.	71
Tabela 6 -	Caracterização das informações sobre número de dependentes da renda, profissão que mais exerceu e residência, dos idosos muito velhos de Aracaju,SE, 2012.	77
Tabela 7 -	Distribuição de informações quanto ao estado de saúde, consulta ao dentista, quedas no último ano e local da queda dos idosos muito velhos de Aracaju,SE, 2012.	78
Tabela 8 –	Frequência do uso de medicamentos e de internações dos idosos muito velhos de Aracaju,SE, 2012.	84
Tabela 9 -	Uso de plano privado de saúde pelos idosos muito velhos de Aracaju,SE, 2012.	85
Tabela 10 -	Informações nutricionais segundo número de refeições por dia, dificuldade de mastigação, auto alimentação e higiene bucal, dos Idosos muito velhos de Aracaju,SE, 2012.	86
Tabela 11 -	Distribuição dos fatores relacionados à longevidade dos Idosos muito velhos de Aracaju,SE, 2012.	95
Tabela 12 -	Distribuição das informações dos idosos muito velhos sobre as questões A, B e C do componente nutrição, por Região de Saúde de Aracaju/SE, 2012.	100
Tabela 13 -	Distribuição das informações dos idosos muito velhos	104

sobre as questões D, E e F do componente atividade física por Região de Saúde. Aracaju,SE, 2012.

Tabela 14 - Distribuição das informações dos idosos muito velhos sobre as questões G, H e I do componente comportamento preventivo por Região de Saúde de Aracaju,SE, 2012.	107
Tabela 15 - Distribuição das informações dos idosos muito velhos sobre as questões J, K e L do componente relacionamento social, por Região de Saúde de Aracaju,SE, 2012.	110
Tabela 16 - Distribuição das informações dos idosos muito velhos sobre as questões M, N e O do componente controle do estresse por Região de Saúde de Aracaju,SE, 2012.	114
Tabela 17 - Distribuição Geral segundo a faixa etária, do perfil do estilo de vida individual dos idosos muito velhos de Aracaju,SE. 2012.	118
Tabela 18 - Relação entre o estilo de vida e condições socioeconômicas e demográficas dos idosos muito velhos por regiões de saúde de Aracaju, SE, 2012.	123
Tabela 19 - Relação entre o estilo de vida e condições de saúde, dos idosos muito velhos de Aracaju, SE, 2012.	124
Tabela 20 - Relação entre o estilo de vida e condições nutricionais dos idosos muito velhos de Aracaju,SE, 2012.	125
Tabela 21 - Relação entre o estilo de vida e porções diárias de alimentos sólidos dos idosos muito velhos de Aracaju,SE, 2012.	126
Tabela 22 - Relação entre o estilo de vida e a ingesta líquida diária dos idosos muito velhos de Aracaju,SE, 2012.	127
Tabela 23 - Relação entre estilo de vida e fatores relacionados à longevidade, dos idosos muito velhos de Aracaju,SE, 2012.	128

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
DM	Diabetes Mellitus
CEASA	Central de Abastecimento do Estado de Sergipe
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EAS	Equipamentos Assistenciais de Saúde
ESF	Equipe Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de Hipertensão e Diabetes
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEVI	Perfil do Estilo de Vida Individual
PIB	Produto Interno Bruto
OMS	Organização Mundial da Saúde
REAP	Rede de Atenção Básica Primária
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	29
2. OBJETIVOS	35
2.1 OBJETIVO GERAL	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3. REFERENCIAL TEÓRICO	37
3.1 ENVELHECIMENTO	37
3.1.1 O Envelhecimento no Mundo e no Brasil	39
3.2 LONGEVIDADE	42
3.3 ESTILO DE VIDA	46
4. CASUÍSTICA E MÉTODO	51
4.1 TIPO DE PESQUISA	51
4.2 LOCAL DA PESQUISA	51
4.2.1 Sergipe: Estado do Nordeste Brasileiro	51
4.2.2 Aracaju: Capital do Estado de Sergipe	53
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	55
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO	59
4.4.1 Variáveis Independentes	59
4.4.2 Variável Dependente	59
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA	60
4.5.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	60

4.5.2 Características das Condições Socioeconômicas e Demográficas de Saúde, Nutricionais e de Longevidade.	61
4.5.3 Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) – Pentáculo do Bem Estar	62
4.6 ASPECTOS ÉTICO LEGAIS	63
4.7 COLETA DE DADOS	63
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	65
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
5.1 CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES SÓCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE, NUTRICIONAIS E DE LONGEVIDADE DOS IDOSOS MUITO VELHOS.	70
5.1.1 Condições Socioeconômicas e Demográficas	70
5.1.2 Condições de Saúde	78
5.1.3 Condições de Nutricionais	85
5.1.4 Condições Relacionadas à Longevidade	94
5.2 PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL	98
5.2.1 Componente - Nutrição	98
5.2.2 Componente – Atividade Física	101
5.2.3 Componente – Comportamento Preventivo	105
5.2.4 Componente – Relacionamento Social	108
5.2.5 Componente – Controle do Estresse	112
5.3 PERFIL DO ESTILO DE VIDA DOS IDOSOS	116

5.4	ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESTILO DE VIDA E CONDIÇÕES SÓCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE, NUTRICIONAIS E DE LONGEVIDADE	122
5.5	ESTUDO DE CONSISTÊNCIA DO FORMULÁRIO PEVI SEGUNDO O ÍNDICE DE CRONBACH	129
6	CONCLUSÃO	131
6.1	PERFIL DAS CONDIÇÕES ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE, NUTRICIONAIS E DE LONGEVIDADE DOS IDOSOS MUITO VELHOS.	131
6.1.1	Perfil Sócioeconômico e Demográfico	131
6.1.2	Perfil de Saúde	131
6.1.3	Perfil Nutricional	132
6.1.4	Perfil de Longevidade	132
6.2	O PEVI DOS IDOSOS MUITO VELHOS COM BASE NO PENTÁCULO DO BEM ESTAR	132
6.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE O PEVI E O PERFIL SÓCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DE SAÚDE NUTRICIONAL E DE LONGEVIDADE DOS IDOSOS MUITO VELHOS	133
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
	REFERÊNCIAS	139

APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	151
APÊNDICE B – CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DE SAÚDE, NUTRICIONAIS E DE LONGEVIDADE.	152
ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (NEPS).	155
ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.	156
ANEXO 3 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.	158
ANEXO 4 – PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL (Nahas, 2000)	160

1 INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002), uma das grandes conquistas da humanidade foi, sem dúvida, a ampliação do tempo de vida, consequência da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações em geral, inclusive da população brasileira, que representará, em 2025, a quinta maior população de idosos no mundo. Portanto, a longevidade é uma conquista do desenvolvimento e do avanço das ciências, sendo um processo inevitável, irreversível e de extrema importância para a civilização.

A longevidade é uma aspiração de qualquer sociedade, porém, seu impacto é considerado positivo somente quando se agrega qualidade aos anos vividos (Papaléo-Netto, 2005). Viver mais e melhor no mundo contemporâneo concretiza-se a cada ano que avança este novo tempo, mas as implicações do envelhecimento da humanidade se desdobram em múltiplos aspectos da condição humana, repercutindo em dimensões biológicas, psicológicas, sociais, espirituais, políticas e econômicas, tornando-se um dos grandes desafios para a sociedade, para a família e para o indivíduo (Amaro, Johann, Meira, 2007).

Viver mais e melhor no mundo contemporâneo é muito polêmico, em especial em uma sociedade como a brasileira, onde a desigualdade social, econômica e de saúde são notórias.

Embora o envelhecimento não esteja necessariamente relacionado a doenças e à incapacidade, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre idosos. Desse modo, a tendência atual é a de haver um número crescente de indivíduos idosos, que, apesar de viverem mais, podem apresentar maiores condições crônicas, que podem comprometer a capacidade funcional, interferindo no estilo de vida dos idosos (Alves, Leimann,

Vasconcelos M, Carvalho, Vasconcelos A, Fonseca et al, 2007; Chaimowicz, 1998).

Salienta-se que a população de idosos muito velhos (de 80 anos ou mais) tem aumentado, demandando, cada vez mais, atenção, ação e compromisso por parte dos profissionais de saúde (Braz, Segranfeld, Ciosak, 2006).

Analisar o processo de envelhecimento, o qual se inicia com a concepção e termina com a morte, envolve o estudo de vários fatores, como: hereditários, ações do meio ambiente, a própria idade, a dieta, o tipo de ocupação e o estilo de vida (Moraes, Rodrigues, Gerhardt, 2008).

Esse processo é contemplado pelo novo paradigma da saúde, que envolve a complexidade, a determinação social e a perspectiva holística do ser, e vem sendo preconizado nas conferências nacionais e internacionais de saúde (Brasil, 2002).

Para Scliar (1987), o conceito na saúde abarca a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida, sendo este o resultado das decisões pessoais, do lazer, do cuidado com o corpo, do trabalho, da filosofia de vida, do comportamento ativo e da organização do cuidado à saúde.

Segundo Ballone (2005), o estilo de vida é o princípio do sistema responsável pelo funcionamento da personalidade, onde o todo comanda as partes, princípio que explica a singularidade de uma pessoa, existindo estilos para tudo, como comer, falar e agir em diversas situações.

Segundo Vila Nova (2004), estilo de vida “diz respeito aos padrões de comportamento, às crenças, aos valores, às atitudes, às aspirações próprias de cada classe social.” Portanto, o estilo de vida é mais do que a ocupação, o nível de renda ou o grau de

escolaridade do indivíduo, que o situa em determinado estrato social”.

De acordo com Nahas (2001), o estilo de vida caracteriza-se pelo conjunto de ações habituais que refletem os valores, as atitudes e as oportunidades na vida das pessoas. Assim, a forma com que a pessoa vive a sua vida depende de um emaranhado de fatores que englobam a cultura, a educação, a condição financeira, as crenças pessoais, as experiências de vida, entre outros.

Um estilo de vida saudável inclui comportamentos preventivos de saúde, adequada nutrição, controle de peso, lazer, exercícios regulares e a privação de substâncias nocivas ao organismo. Para compreender o estilo de vida, é importante entendê-lo dentro de um contexto social da saúde, deslocando-se do modelo centrado na doença (Nahas, Barros, Francalacci, 2000).

No contexto atual da assistência à saúde do idoso, tem-se estimulado, por meio de iniciativas governamentais e não governamentais, a adoção de estratégias direcionadas a este segmento da população, dentre elas está o atendimento ao idoso realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF). Como exemplo de trabalho realizado com esse público destaca-se os grupos de convivência para idosos, os quais têm sido difundidos em todo o mundo, por apresentar respostas efetivas na socialização entre os participantes (Toscano, 2009).

Como a população idosa brasileira está envelhecendo, com expectativa de vida em torno de 73,1 anos em algumas regiões do país, especialmente nas regiões Sul e Sudeste (IBGE, 2010), faz-se necessário produzir trabalhos que busquem conhecer o modo de vida dos idosos mais velhos, que necessitam de atendimento especial e maior incremento nas políticas públicas de prevenção e promoção à saúde.

A partir de visitas (aulas práticas) com alunos do curso de enfermagem da Universidade Federal de Sergipe às Unidades de Saúde da Família (USF), observou-se que a maioria dos profissionais de saúde destas unidades acompanha os idosos por meio dos programas de atenção ao adulto, como o Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), em detrimento das ações estabelecidas nos cadernos de Atenção Básica nº19 do Ministério da Saúde (MS) em 2006, que tratam do Envelhecimento e da Saúde da Pessoa Idosa, como, também, das diretrizes determinadas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Estatuto do Idoso (Brasil, 2006; Brasil, 2003).

Observou-se adicionalmente, por meio das programações de ações de educação à saúde junto aos grupos de idosos da Associação de Lavadeiras de Sergipe e de uma Associação do Bairro Ponto Novo de Aracaju que, na maioria das vezes, os idosos apresentavam atitudes consideradas positivas, mostrando-se dispostos, com desprendimento e autonomia, na realização de atividades individuais e de grupos, durante os eventos.

Considerando o progressivo crescimento da população idosa acima dos 70 anos, no Brasil, especialmente em Aracaju (IBGE, 2010) e ao observar-se estes grupos chamou a atenção a presença de um contingente expressivo de idosos muito velhos, participantes e ativos, adveio a questão: o que tem contribuído para que esses idosos atinjam esta idade com este vigor? Decidiu-se então focar o estudo neste segmento populacional, ainda pouco explorado em nosso meio e pesquisar o estilo de vida do idoso neste município.

Os resultados desta investigação poderão oferecer aos profissionais da saúde, principalmente ao enfermeiro, informações relativas a este grupo especial de idosos, pois conhecer sua forma de viver poderá contribuir para a implementação das ações das

políticas públicas de prevenção e promoção da saúde não só desta faixa etária (Fiedler, Perez, 2008).

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o estilo de vida e os fatores associados com a longevidade em idosos muito velhos cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Aracaju, SE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Descrever o perfil socioeconômico e demográfico, de saúde, nutricional e de longevidade dos idosos muito velhos;

2.2.2. Diagramar o PEVI dos idosos muito velhos, com base no Pentágulo do Bem-Estar;

2.2.3. Analisar a associação entre o PEVI e o perfil socioeconômico e demográfico, de saúde, nutricional e de longevidade dos idosos muito velhos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento se caracteriza pela diminuição de reservas funcionais que, somadas à exposição a inúmeros fatores de risco por muitos anos, torna os idosos mais vulneráveis às doenças (Costa et al., 2006).

Tal processo pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, as quais dependem das condições genéticas, de cada estilo de vida, além dos ambientes físico e social (Neri, 2005).

O processo biológico que ocorre com o envelhecimento é inevitável e irreversível, podendo apenas, na melhor das hipóteses, ter seus efeitos retardados ou minimizados na passagem do tempo, graças à alimentação adequada, à prática de exercício físico, à exposição moderada ao sol, à estimulação mental, ao controle do estresse, ao apoio emocional, à atitude positiva perante a vida e ao envelhecimento (Jordão Neto, 1997; Zimmerman, 2000).

Quanto às mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento, essas diferem entre os seres humanos, sofrendo influência de discriminação e exclusão, pautadas em estereótipos negativos a respeito da velhice, associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais, econômicas e à região geográfica (Lehr, 1999; Spirduso, 2005).

Nessa fase da vida, geralmente ocorrem doenças crônicas não transmissíveis, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas

depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social (Ramos, 2003).

Com relação ao envelhecimento físico, esse impõe limitações ao exercício de atividades que exijam mais vigor muscular ou destreza motora à realização de algumas tarefas. Todavia, não representam dificuldades para o convívio e a participação social do idoso, pode ser muito diversificada e intensa, a depender das oportunidades (Zimerman, 2000).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, ela possa redescobrir possibilidades de viver com a máxima qualidade possível (Veras 2007).

Ressalta-se que nem todos os idosos são limitados por doenças e muitos até levam uma vida normal, com suas enfermidades controladas, e expressam satisfação na vida (Ramos, 2003).

Tanto a autoestima como o bem-estar pessoal estão relacionados à qualidade de vida e abrangem uma série de aspectos como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, auto cuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego, com atividades diárias e com o ambiente em que se vive, fatores que devem ser particularmente estudados (Hayflick 1994; Bowling et al., 2003).

Quanto ao entendimento da definição do ser idoso, em países em desenvolvimento são considerados idosos aqueles indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, sendo a faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos, considerada idosos jovens, entre

70 e 79 anos, idosos; e, finalmente, os com idade igual ou superior a 80 anos, idosos velhos ou velhice avançada.

É comum falar também em velhice inicial, correspondendo à faixa etária de 60 a 69 anos, de velhice a que se estende de 70 a 79 anos, e velhice avançada, com idade igual ou superior a 80 anos (Néri, 2001).

Autores nacionais têm classificado o idoso mais velho como o idoso com 80 anos ou mais, octogenário, idoso velho, idoso mais velho, idoso muito velho e velhice avançada. Neste estudo foi adotado o termo idoso muito velho (Néri, 2001; Giacomini, 2002; Berquó, 2004; Rosset, et al., 2011).

3.1.1. O Envelhecimento no Mundo e no Brasil

O acelerado envelhecimento da população no mundo é, hoje, uma temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas (Morais, Rodrigues, Gerhardt, 2008), por contar com a revolução da longevidade e seus impactos na sociedade, na família e no indivíduo e seu movimento por um envelhecimento saudável (Lehr, 1999).

A OMS define as bases para um envelhecimento saudável, destacando a equidade no acesso aos cuidados de saúde e o desenvolvimento continuado de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (Veras, 2007).

Estima-se que até o ano de 2050 deverá existir cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. A velocidade do processo traz uma série de questões cruciais, tanto para os gestores e pesquisadores contemporâneos dos sistemas de saúde, quanto para a sociedade como um todo (Veras 2007).

Os idosos muito velhos compreendiam aproximadamente 80 milhões de pessoas em 2000, com uma projeção de 395 milhões em 2050, um incremento de 4,9 vezes (IBGE, 2010). Com efeito, apesar dos idosos muito velhos representarem cerca de 1,3% da população mundial e 3% da população em regiões desenvolvidas, esta faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente (OMS, OPAS, 2005), necessitando, dessa forma, de políticas afirmativas e integradoras que priorizem uma abordagem preventiva, com programas abrangentes de educação, sem abandonar uma assistência de qualidade para aqueles idosos com doenças adquiridas (Veras, 2007).

Estudos nacionais recentes têm mostrado que, entre os idosos muito velhos, o segmento de maior proporção (60%) situa-se na faixa etária dos 80 aos 84 anos. Segundo dados da Organização das Nações Unidas, o Brasil apresentou o crescimento mais acelerado da faixa etária dos 80 aos 84 anos entre os anos de 2000 e 2005 (Rosset et al., 2011).

O envelhecimento da população brasileira ocorre numa conjuntura marcada por importantes desafios, tais como: frágeis sistemas de saúde e previdenciário, diminuição do tamanho das famílias e de pessoas disponíveis para o cuidado de idosos; aumento dos domicílios sob responsabilidade de idosos, seguridade social inadequada, aumento da prevalência das doenças crônicas, aumento do número de indivíduos da alta dependência e maiores gastos com saúde (BRASIL, 2003; Veras, 2009).

A população idosa no Brasil representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. As mulheres são a maioria dos idosos, tendo em média 69 anos de idade, 3,4 anos de estudo, sendo responsáveis pelos domicílios e vivendo oito anos a mais do que os homens (IBGE, 2010), (Figura 1).

Figura 1: Distribuição da população por gênero, segundo os grupos de idade no Brasil, 2010.

Fonte: IBGE (2010).

No Brasil, leis federais como a Constituição Federal (1988), a Política Nacional do Idoso (1994), a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), o Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 2003), a Política Nacional de Assistência Social (2004) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) foram criadas na intenção de garantir o cuidado e a atenção integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS), salientando a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção de sua capacidade funcional (Del Duca, Silva, Hallal, 2009).

Para pensar na articulação entre estilo de vida, saúde e envelhecimento têm-se como ponto de partida a seguinte premissa: a qualidade de vida e, conseqüentemente a qualidade do envelhecimento relacionam-se com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido, assim como, o estilo de vida de cada ser (Bretas, 2001).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível (Ciosak et al, 2011). Esta possibilidade aumenta na medida em que buscamos conhecer aspectos do cotidiano, do contexto familiar e social, do modo de viver do idoso, buscando conhecer as potencialidades que o valorizam e o fortalecem e, conseqüentemente, melhorar as estratégias do seu cuidado.

3.2 LONGEVIDADE

As estatísticas mundiais e nacionais confirmam o aumento progressivo não só do número de idosos, mas também dos anos que irão viver. Segundo Negreiros (2003), a velhice é um conceito relativo e instável, cuja linha de demarcação vai se distanciando, à medida que cresce a expectativa de vida.

A expectativa média de vida em países desenvolvidos varia de 78 anos, (Estados Unidos) aos 84,3 anos(Japão). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os avanços da medicina, juntamente com as melhorias nas condições gerais de vida da população, refletem na elevação da média de vida do brasileiro de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,8 anos, em 2008, enquanto que na China o aumento foi de 67,2 anos, nesse mesmo período. O Brasil continuará conquistando anos na vida média de sua população, alcançando, em 2050, o patamar de 81,29 anos (IBGE, 2010).

Vive-se, em média, 66,5 anos no planeta. Do país mais longevo, Japão, onde a expectativa de vida é de 84,3 anos, àquele onde se morre mais jovem, Angola, onde a esperança de vida é de 38,2 anos, são 46,1 anos de diferença.

Segundo dados do *CIA World Fact Book* (2009) a longevidade no mundo está assim constituída:

- **acima de 80 anos** - 22 países. A seleta elite onde se vive mais de 80 anos é liderada por Macau (84,36 anos), região administrativa da China que tem, entre outros destaques, um dos Índices de Desenvolvimento Humanos mais altos do mundo (0,909) e alta média de médicos por habitante (2,3 para cada mil habitantes);
- **de 75 a 80 anos** - 62 países - essas nações não chegam a ser celeiros de centenários, mas têm expectativa de vida elevada. Entre elas estão Noruega, Áustria, Holanda, Luxemburgo, boa parte dos países europeus e alguns países sul-americanos, como Argentina (76,6 anos) e Uruguai (76,3 anos);
- **de 70 a 75 anos**- 59 países ocupam o grupo intermediário, onde o Brasil se encontra, o qual é formado basicamente por países em desenvolvimento e algumas nações do Leste Europeu, como Hungria e Lituânia;
- **de 65 a 70 anos**- 23 países- os países asiáticos são a maioria desse bloco "ameaçado de rebaixamento" - Cazaquistão, Turcomenistão, Azerbaidjão e Paquistão não ultrapassam os 70 anos de expectativa de vida. No Iraque, apesar da guerra, vive-se 69,95 anos em média;
- **abaixo de 65 anos**- 57 países -o grupo onde se vive menos inclui a África do Sul, com expectativa de vida de 48,9 anos e Angola, com 38,2 anos - resultado de doenças como malária e diarreia.

A longevidade dos brasileiros vem aumentando: ganhou quase dez anos de vida desde 1980. Em 1960, a expectativa de vida era 54,6 anos. As mulheres vivem bem mais: em 2010, a média para as mulheres era de 77 anos, contra 69,4 para os homens (IBGE, 2010).

Ressalte-se que o aumento da longevidade sempre foi o almejado pelos seres humanos desde os primórdios da civilização,

mas foi no século XX que se produziu uma verdadeira revolução de longevidade, que tende a perpetuar-se por várias décadas, tornando-se muito maior no século XXI (Papaléo Netto, 2005).

Carey e Judge (2001) descreveram uma teoria para a longevidade das espécies sociáveis, respaldada na observação de uma base de dados contendo informações sobre a duração máxima de vida. Estes teóricos classificam a duração de vida como: a) selecionada pelo ambiente, incluindo animais que vivem em condições ambientais adversas, como escassez de água e comida; b) selecionada socialmente, incluindo espécies com intensivo cuidado familiar ou social.

Estudos de longevidade realizados nas espécies sociáveis ressaltam que gerações que cuidam de outras gerações possuem um aumento da longevidade (Carey, Judge, 2001). Corroborando esta teoria, Camarano et al. (2004) acrescentam que a longevidade humana se relaciona não somente com a capacidade do humano de controlar o ambiente, mas também, com seu legado filogenético.

O aumento da esperança de vida atual e futura assume dimensões de natureza biológica, psicológica, social e espiritual, que devem ser abordadas integralmente.

O envelhecimento é um processo sequencial, cumulativo, irreversível e não patológico, devendo, assim, ser encarado como uma etapa natural do desenvolvimento, como outra qualquer.

O aumento do número de idosos pode estar relacionado à redução do índice de fecundidade, ao avanço da medicina no controle às doenças infectocontagiosas e à melhora nas condições de higiene e saúde geral (Néri, 2001; Papaléo Netto, 2005). Afirmam

os autores ainda que com estes avanços é possível chegar a idades avançadas com saúde, autonomia e independência física.

Para Spirduso (2005) as alterações biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem no processo natural do envelhecimento não são por si só suficientes para transformar o idoso em uma pessoa doente e dependente. No entanto, há de se considerar as condições de atendimento à saúde, mudanças do comportamento e da maneira com que o idoso lida com o meio ambiente, ou seja, seu estilo de vida.

Alguns autores reafirmam que para haver um envelhecimento saudável e ativo é necessário que as transformações econômicas ocorram em paralelo às transformações demográficas e sociais, melhorando o atendimento das necessidades específicas do idoso com qualidade, competência e respeito (Neri, 2005; Papaléo-Neto, 2005; Camarano, 2004; Silva, 2005).

Segundo a OMS (2005), o envelhecimento pode ser custeado pelo governo, pelas organizações internacionais e pela sociedade civil, implementando políticas e programas para que ocorra o envelhecimento ativo, melhorando a saúde, a participação e a segurança dos idosos.

A longevidade acarreta uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas, mesmo pelas ainda não idosas: o desejo de viver cada vez mais e, simultaneamente, o temor de viver em meio a incapacidades e à dependência.

De fato, o avanço da idade aumenta a chance de ocorrência de doenças e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. Mais anos vividos podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias numa sociedade com desigualdade social, como a

brasileira. Se não houver mudanças rápidas, serão anos marcados por isolamento social, desvalorização, depressão e perda da autonomia dos idosos (Silva, 2009).

3.3 ESTILO DE VIDA

De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a maneira como as pessoas vivem e as escolhas que fazem são parte do que se chama de estilo de vida, um conceito amplo que analisa a pessoa como um todo, na área física, mental, espiritual e social. Diz respeito à forma (ou formas) que a pessoa adota para se conduzir e fazer escolhas nos diversos setores, aspectos e situações de sua vida, relacionadas diretamente com o contexto em que os indivíduos estão inseridos. Assim, a cultura, os hábitos adquiridos no âmbito familiar e social influenciam o estilo de vida que é assumido por um indivíduo ou comunidade (OPAS, 2005).

Para a OMS (1998) o estilo de vida caracteriza-se por padrões de comportamento identificáveis que podem ter um efeito profundo na saúde da população e está relacionado a diversos aspectos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas.

O estilo de vida forma-se na infância, em torno de quatro ou cinco anos de idade, e é o caminho único que o indivíduo escolhe para alcançar seu objetivo. É um estilo integrado de adaptação e integração com a vida em geral, visando atingir a superioridade. À medida que o indivíduo vai envelhecendo, pode adquirir novas maneiras de expressar seu estilo de vida, mas estas serão apenas

expressões concretas e particulares do mesmo estilo básico adquirido na infância (Ballone, 2005).

As ações habituais, como costumes, valores e oportunidades, refletem diretamente no estilo de vida das pessoas (Nahas, Barros, Francalacci, 2000). Essas ações estão, no âmbito da saúde humana, relacionadas ao processo de ser saudável ou não, e influenciam a maneira de viver.

Estudos do comportamento humano têm revelado que o conhecimento sobre as influências do estilo de vida na saúde está relacionado com as decisões e atitudes tomadas pelo indivíduo. Nahas et al (2003) acreditam que o primeiro passo para que haja mudança na manifestação do estilo de vida é a sensibilização de quais atitudes são saudáveis e que essas podem ser assumidas por todos.

Vários autores colocam que um estilo de vida saudável inclui comportamentos preventivos de saúde, boa nutrição e controle de peso, lazer, exercícios regulares e a privação de substâncias nocivas ao organismo (Nahas et al., 2003; Néri, 2001; Svoboda, 2011). Ainda, de acordo com Svoboda (2011), o estilo de vida é, em grande parte, determinado pelas inferioridades específicas que a pessoa apresenta, sejam elas reais ou imaginárias.

Segundo pesquisa da Universidade de *Stanford* (EUA), o estilo de vida competitivo e obsessivo por resultados e a adoção de hábitos de vida agressivos à saúde, tais como estresse crônico, alimentação desequilibrada, sedentarismo, tabagismo, além das agressões aos ritmos biológicos normais do corpo humano,

aumentam consideravelmente a incidência de doenças no indivíduo (Ururahy, 2009).

Para Ururahy (2009), o estilo de vida e ações do meio ambiente influenciam em 73% no tempo de vida, em detrimento do fator genético, que representa 17%, e outras doenças não relacionadas, que influenciam em 10% na longevidade.

Reforçando, Néri (1995) coloca que as interações com os eventos do mundo biológico, ecológico, social, cultural e psicológico, medidas pela própria subjetividade do ser humano, é que determinam as mudanças que ele fará ao longo da vida.

Nossos hábitos dizem muito quem somos, como costumamos trabalhar e quais as expectativas que temos em relação ao mundo e às pessoas. Para que possamos ter sucesso em nossas atividades diárias, sejam as profissionais ou as pessoais, é preciso que identifiquemos nossos bons e maus hábitos, tanto para reforçar alguns comportamentos, quanto para podermos nos livrar deles e adotar novos e melhores hábitos (Ururahy, 2009). Porém, observa-se que um grande número de pessoas ainda demonstra desinteresse em adquirir hábitos saudáveis (Celich, Spadari, 2008).

Constata-se que uma vida com qualidade está diretamente relacionada ao estilo de vida que as pessoas levam e isto representa um grande determinante da duração do viver, como também da possibilidade de um viver saudável (Ururahy, 2009).

O estilo de vida bem sucedido consiste em gozar de boa saúde e poder desfrutar dos prazeres da vida. Sua importância

reflete no processo do envelhecimento, podendo prevenir ou retardar muitas das alterações comuns na terceira idade (Nahas et al 2003).

Para Rabelo, Néri, (2005) as definições e indicativos de qualidade e estilo de vida podem variar desde o status socioeconômico à satisfação de necessidades e à capacidade funcional até o sentido da vida, o bem-estar e a felicidade.

Segundo Nahas et al (1996), os componentes do estilo de vida que podem ser modificados para um viver melhor são: alimentação equilibrada, prática regular de exercícios físicos, controle do estresse, comportamento preventivo e não uso de drogas lícitas e ilícitas.

A literatura revela que os instrumentos utilizados para análise da qualidade de vida de um modo geral, não se adaptam aos idosos, provavelmente porque têm uma abordagem unidimensional, sendo que este grupo populacional deve ser analisado em seus aspectos característicos e multidimensionais de qualidade de vida (Higgs, Hyde, Wiggins, Blane, 2003; Bowling, 2003, Strawbridge, 2002).

Apesar da existência de diversos estudos nacionais sobre o estilo de vida utilizando o Pentáculo do Bem-Estar em faixas etárias aleatórias, entre 16 a 90 anos (Sene, Silva, Carres, 2012; Silva, Martins, Lima, 2011; Prado et al., 2010; Cruz, 2010), poucos são direcionados a idosos muito velhos, tornando relevante desenvolver pesquisas enfocando esta faixa etária para verificar, inclusive, a confiabilidade e validade deste instrumento na avaliação do estilo de vida do idoso muito velho.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo exploratório, descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, por meio do qual foi analisado e avaliado o PEVI e sua associação com a longevidade do idoso muito velho, cadastrado em USF do Município de Aracaju, SE.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

4.2.1 Sergipe: Estado do Nordeste Brasileiro

O Estado de Sergipe localiza-se na região nordeste do Brasil, fazendo fronteira ao leste com o Oceano Atlântico; ao sul e ao oeste, com a Bahia; e, ao norte, com Alagoas (Figura 2).

Figura 2 - Mapa do Brasil e do Estado de Sergipe e suas fronteiras.

Fonte: IBGE (2010).

Sergipe é o quinto Estado menos populoso do Brasil (IBGE, 2010), com 75 municípios. Em 2007, o Produto Interno Bruto (PIB) foi de 6,35 bilhões a preços correntes de mercado; os serviços, a

indústria e o turismo constituem a base da sua economia. No entanto, o crescimento foi expressivo em 2010, com PIB de 11,572 bilhões (IBGE, 2010).

A escolha foi motivada pelo fato de a pesquisadora residir em Aracaju, capital do Estado de Sergipe, considerando ainda que esta é uma das capitais do nordeste que apresentou crescimento acelerado do número de idosos nos últimos 40 anos (IBGE, 2010).

De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio no ano de 2007, a população residente em Sergipe era de 2,030 milhões de pessoas. A faixa etária que mais cresceu foi a de 45 a 49 anos, e a segunda foi de 70 anos e mais, tendo esta aumentado de 51 mil para 72 mil pessoas (mais de 41%), o que mostra o acelerado envelhecimento da população sergipana (Figura 3) (IBGE, 2010).

Figura 3 - Distribuição da população por gênero, segundo os grupos de idade do Estado de Sergipe, 2010.

Fonte: IBGE (2010).

4.2.2 Aracaju: Capital do Estado de Sergipe

Aracaju corresponde a uma área de 181,80 Km², sendo delimitada pelos municípios de São Cristóvão, Nossa Senhora do Socorro, Santo Amaro das Brotas e Barra dos Coqueiros.

É uma cidade banhada pelas bacias hidrográficas dos rios Sergipe e Vaza Barris e a sua temperatura média anual é de 26°C, tendo como períodos chuvosos o período de março a agosto.

A economia da cidade está concentrada na área de serviços, indústrias e turismo, sendo formada basicamente pelo comércio e pelas atividades relacionadas à exploração de petróleo, que representa mais de 50% do PIB do Estado, movimentando a sua economia (Santos, 2006).

A população desta Capital foi estimada em 570.937 habitantes. Destes, aproximadamente 10% representam pessoas com 60 anos e mais (figura 4) (IBGE, 2010).

Figura 4: Distribuição da população por gênero, segundo os grupos de idade do município de Aracaju-Sergipe, 2010.

Fonte: IBGE (2010).

Tratando-se de religião, a grande parte da população (77%) de Aracaju pratica o catolicismo, fazendo dela uma das cidades mais católicas do país. Existe também um número elevado de adeptos das igrejas protestantes (pentecostalismo) e dos praticantes do espiritismo. Um estudo genético revelou que a ancestralidade das pessoas em Aracaju é 62% européia, 34% africana e 4% indígena (IBGE, 2010).

A saúde em Aracaju é administrada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que planeja e executa as ações na área, de acordo com os princípios do SUS. É apontada como a capital com menor desigualdade do Nordeste Brasileiro, com os hábitos de vida mais saudáveis do país e a capital com menor índice de fumantes (IBGE, 2010).

Com a definição do Plano Diretor de Regionalização (PDR) estabelecido pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001) e com base em sua segunda edição (NOAS/SUS 01/2002), os convênios entre o MS e os demais níveis de governo consideraram as prioridades assistenciais de cada Estado, subdividido em regiões e microrregiões. Tal diretriz exige que todas as unidades da federação elaborem seus PDR, explicitando-se o papel de cada município no sistema estadual de saúde (Brasil, 2002; Guimarães, 2005).

De acordo com o PDR do Estado de Sergipe, o município de Aracaju é polo e sede de microrregiões, constituído de Redes Assistenciais de Saúde. Estas são organizadas em Equipamentos Assistenciais de Saúde (EAS), ligados entre si por suas características tecnológicas, por fazerem parte de um mesmo projeto assistencial e por serem responsáveis por abordar um elenco de

necessidades semelhantes (Santos 2006). As redes assistenciais estão organizadas em:

a) **Rede de Atenção Básica Primária (REAP)**, formada por 44 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas pelo território, conforme critério de necessidade, e composta de quatro Regiões de Saúde, a saber: 1ª Região: Região Sul - com 12 UBS; 2ª Região: Região Centro Sul - com 12 UBS; 3ª Região: Região Centro Norte - com 10 UBS; e 4ª Região: Região Norte - com 10 UBS. Atualmente, a REAP está constituída por 133 ESF e 64 Equipes de Saúde Bucal (ESB), dando uma cobertura de atendimento à saúde da população em torno de 97%. Na sua estrutura administrativa há os coordenadores da REAP, do Serviço de Enfermagem, do Serviço Social, do Serviço Clínico, do Serviço de Nutrição e da Rede Amamenta Brasil;

b) **Rede de Atenção Psicossocial** - Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas;

c) **Rede de Urgência e Emergência** - Serviço Municipal de Atendimento de Urgência, Hospital Municipal Zona Norte e Zona Sul;

d) **Rede de Média e Alta Complexidade Ambulatorial** - Centro de Especialidades Médicas Siqueira Campos e Augusto Franco, Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente;

e) **Rede de Média e Alta complexidade Hospitalar** - constituída por instituições pública e privada, designada como Hospital horizontal.

Para este estudo, optou-se por trabalhar nas quatro Regiões de Saúde de Aracaju, com suas respectivas Micro Regiões e USF da Rede de Atenção Básica.

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a definição da população considerou-se, a princípio: as quatro Regiões de Saúde de Aracaju, SE, as duas micro regiões de

cada região, totalizando oito, as cinco ou seis USF por micro região totalizando 44 USF, buscando conhecer o número de idosos muito velhos atendidos nas USF.

Das 44 unidades consultadas, 24 forneceram o quantitativo de idosos acima de 80 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Quantitativo de idosos muito velhos cadastrados nas USF do município de Aracaju/SE, 2011.

Região	Micro Região	Denominação da USF*	ESF**	ESB***	Idosos ≥ 80 anos****			Idosos ≥ de 60
					M	F	Total	
1ª Região Sul	1.1	Antônio Al.	3	1	-	-	-	1.399
		Augusto C. L.	2	1	-	-	-	837
		Augusto F.	5	2	8	48	56	1.951
		João B.	1	1	-	-	-	436
		Niceu D.	1	1	12	22	34	426
	1.2	Santa T.	3	1	13	31	44	628
		Osvaldo L.	3	2	10	11	21	2.891
		Elizabeth P.	3	1	-	-	-	453
		Geraldo M.	5	2	9	27	36	1.626
		Humberto M.	4	2	11	22	33	796
2ª Região Centro Sul	2.1	Prof.C. A. D.	5	2	-	-	-	699
		Hugo Gurgel	5	2	-	-	-	1.479
		Min.Costa C.	3	1	-	-	-	1.095
		Ávila N.	3	1	20	60	80	1.663
		Dona S.	2	-	-	-	-	1.066
		Dr Max de C	2	1	20	59	79	1.008
	2.2	Posto Costa Pinto	-	-	-	-	-	-
		Joaldo B.	3	-	31	106	137	1.559
		Irmã C.	-	-	-	-	-	270
		Madre T C.	1	1	-	-	-	22
		Manoel S.P.	3	2	28	61	89	510
		Fernando S.	3	1	30	100	130	1.538
		EdézioV. M.	3	1	105	248	353	2.822
		AdelNunes	4	2	-	-	-	2.031
3ª Região Centro Norte	3.1	Oswaldo S.	4	2	-	-	-	2.891
		Maria do C.	1	-	-	-	-	810
		Dona Jovem	4	2	60	118	178	1.530
		Amélia Leite	2	1	80	171	256	1.954
		Cândida A.	6	3	-	-	-	2.902
	3.2	Francisco F.	4	2	-	-	-	2.761
		JoséA. B.	3	2	-	-	-	468
		Porto Dantas	1	1	6	15	21	285
		José M. S.	6	3	-	-	-	1.842
4ª Região Norte	4.1	Eunice Barbosa	2	2	-	-	-	252
		João C.N. J.	3	2	-	-	-	1.958
		Anália P. A.	3	1	-	-	-	721
		João O S.	2	1	-	-	-	640
		João Q F. S.	3	2	-	-	-	1.236
	4.2	Renato M. L.	3	1	-	-	-	1.083
		Lauro D. H.	6	3	62	134	196	2.623
		Onésimo P.	6	3	26	49	75	1.523
		Carlos H. C.	2	2	-	-	-	439
		Walter Cardoso	2	1	-	-	-	481
		USF Carlos F. M.	3	2	-	-	-	732
Tot. 4	8	44	133	64	525	795	1.267	54.094

Fonte: REAP/SMS. Aracaju, jul/2011. *Unidade Saúde da Família (USF); ** Equipe de Saúde da Família ESF; *** Equipe de Saúde Bucal ESB; **** Quantitativo de idosos com idade igual ou superior a 80 anos, USF/REAP/SMS, Aracaju,SE 2011.

Para obter-se os valores das unidades faltantes (20) foi realizada a estimativa da população de idosos com 80 anos ou mais com base no percentual encontrado nas 24 USF (7,6%) que proveram o quantitativo (Tabela 2). Para a seleção utilizou-se o software R 2.13, caracterizando uma amostragem em dois estágios (Bolfarine, Bussab, 2005).

Tabela 2- Estimativa de idosos muito velhos cadastrados nas USF do município de Aracaju, SE 2011.

Região de Saúde	Micro Região	Denominação da USF*	ESF*	ESB*	Idosos ≥ 80 anos	Idosos ≥ 60 anos
1ª Região Sul	1.1	Antonio A.	3	1	107	1.399
		Augs C. L.	2	1	64	837
		Augusto F.	5	2	56	1.951
		João B.	1	1	34	436
		Niceu D.	1	1	34	426
		Santa T.	3	1	44	628
	1.2	Osvaldo L.	3	2	21	2.891
		Elizabeth P	3	1	35	453
		Geraldo M.	5	2	36	1626
		Humbert M	4	2	33	796
2ª Região Centro Sul	2.1	Prof.C A.D.	5	2	54	699
		Hugo G.	5	2	113	1.479
		Min.Cost C	3	1	84	1.095
		Ávila N.	3	1	80	1.663
		Dona S.	2	-	82	1.066
	2.2	Dr Max C.	2	1	79	1.008
		Posto Costa P.	3	-	137	1.559
		Joaldo B.	-	-	21	270
		Irmã C.	1	1	2	22
		Madre T C.	3	2	89	510
3ª Região Centro Norte	3.1	M.S.P.	3	1	130	1538
		F. S.	3	1	353	2.822
		EdézioV. M	4	2	155	2.031
	3.2	Adel N.	4	2	220	2.891
		O. de S.	1	-	62	810
		Maria do C	4	2	178	1.530
		Dona J.	2	1	256	1.954
		Amélia L.	6	3	221	2.902
	3.2	Cândida A	4	2	210	2.761
		Franc. F	3	2	36	468
4ª Região Norte	4.1	JoséA. B.	1	1	21	285
		Porto D.	6	3	141	1842
		José M.S.	2	2	20	252
	4.2	Eunice Barbosa	3	2	149	1.958
		João C.N J	3	1	55	721
		Anália P. A	2	1	49	640
		João O S	3	2	95	1.236
		João Q F S	3	1	83	1.083
	4.2	Renato ML	6	3	196	2.623
		Lauro D. H	6	3	75	1.523
		Onésimo P	2	2	34	439
		Carlos H C	2	1	37	481
		Walter C.	3	2	56	732
Tot. 4	8	44	133	64	4037	54.094

Fonte: REAP/SMS, Aracaju,SE 2011.

OBS: O número de idosos acima de 80 anos que estão com o valor em vermelho foram estimados a partir do número de idosos com mais de 60 anos. Com base nas outras microrregiões a proporção média de idosos acima de 80 anos era de 7,6% do total de idosos.

Para a seleção do número de idosos de cada estrato, foi utilizado amostra estratificada proporcional (AEpr) ao tamanho do estrato.

O tamanho de amostra total foi estimado com nível de significância de 5% e erro de 4% para mais ou para menos, resultando uma amostra de 601 idosos (Tabela 3) (Lwanga, Lemeshow, 1991).

Tabela 3 - Tamanho amostral de idosos muito velhos das USF do município de Aracaju, SE para uma amostra com erro de 4%.

Região	Micro Região	Denominação da * USF	Idosos ≥ 80 anos	Idosos ≥ 80 anos (P<0,05)
1ª Região Sul	1.1	Augusto César Leite	64	14
		Augusto Franco	56	12
		Niceu Dantas	34	8
	1.2	Osvaldo Leite	21	5
		Elizabeth Pita	35	8
		Prof Celso A. Daniel	54	12
2ª Região Centro Sul	2.1	Hugo Gurgel	113	25
		Min.Costa Cavalcante	84	19
		Dona Sinhazinha	82	18
	2.2	Manoel de S. Pereira	89	20
		Fernando Sampaio	130	29
		Edézio Vieira de Melo	353	78
3ª Região Norte	3.1	Oswaldo de Souza	220	49
		Dona Jovem	178	39
		Amélia Leite	256	57
	3.2	Francisco Fonseca	210	47
		José Augusto Barreto	36	8
		José Machado de Souza	141	31
4ª Região Centro Norte	4.1	João Oliveira Sobral	49	11
		João Q. da Fonseca Sobral	95	21
		Renato Mazze Lucas	83	18
	4.2	Lauro Dantas Hora	196	43
		Onésimo Pinto	75	17
		Carlos Fernandes de Melo	56	12
Tot. 4	8	24	2710	601

Fonte: REAP/SMS Aracaju, SE 2011. * Unidade de Saúde da Família selecionada.

Os critérios de inclusão para a amostra foram: idosos cadastrados nas USF, de ambos os sexos, com 80 anos ou mais (data limite de aniversário de 80 anos foi 30 de abril de 2012), e atingir o mínimo de 19 pontos no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.4.1 Variáveis Independentes

As variáveis independentes são aquelas que influem na geração das variáveis dependentes. No estudo foram determinadas as seguintes variáveis independentes (Apêndice B):

a) Socioeconômica e demográfica: idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, arranjo familiar, renda familiar, condição econômica, situação econômica, número de dependentes da renda e profissão que exerceu;

b) Condições de saúde: plano de saúde, uso de medicamento, internação, como considera sua saúde, morbidade, ida ao dentista, higiene bucal e queda;

c) Condições nutricionais: número de refeições por dia, porções diárias de alimentos sólidos, ingesta diária de alimentos líquidos, dificuldade na mastigação, alimenta-se sozinho;

d) Fatores relacionados à longevidade: pais falecidos antes dos 75 anos, pais dependentes de cuidados antes dos 75 anos, avós e/ou bisavós viveram mais do que 80 anos, contato familiar ou com pessoas consideradas da família ao menos 3 vezes por semana e participação em atividade social.

4.4.2 Variável Dependente

A variável dependente foi o Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) – Pentágulo do Bem-Estar constituído pelos determinantes: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do stress. (Anexo 4)

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para o alcance dos objetivos e, considerando as condições físicas e cognitivas dessa população, foram realizadas entrevistas pessoais em domicílio, com roteiro estruturado, para o preenchimento dos formulários (Ramos, 2003; Néri, 2001, Ciosak, 2006).

Foi utilizado o método *survey* ou levantamento, no qual obtêm-se as informações a partir do interrogatório dos participantes, “aos quais se fazem várias perguntas sobre seu comportamento, intenções, atitudes, percepção, motivações, e características demográficas e de estilo de vida” (Malhotra, 2001).

Para as entrevistas foram utilizados três formulários estruturados e preenchidos pelo pesquisador e dois monitores: o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO 3), um instrumento sobre dados socioeconômico e demográfico, condições de saúde, condições nutricionais e fatores relacionados à longevidade (Apêndice B), e o Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) – Pentáculo do Bem-Estar (ANEXO 4).

4.5.1. Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Desenvolvido por Folstein e col., o MEEM é um teste de rastreio para detectar a deterioração cognitiva. Fornece informações sobre diferentes dimensões, tais como orientação, memória de curto prazo (imediate e atenção), memória de evocação, cálculo, apraxia, habilidades de linguagem e visos-espaciais. Foi denominado “mini” porque concentra apenas aspectos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais (Almeida, 1998).

A aplicação do MEEM serviu para avaliar o desempenho da função cognitiva de cada entrevistado, ou seja, a interação entre as funções psicológicas (motivação, atenção, percepção, aprendizagem, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e discurso) e o processo fisiológico, que começa com a estimulação dos órgãos sensoriais (visão, tato, audição, paladar, olfato) (Vieira 2004; Machado, 2007).

O MEEM é composto por diversas questões agrupadas em sete categorias com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto).

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero, que indica o maior grau de comprometimento cognitivo do indivíduo, até o máximo de 30 pontos, que atesta a melhor capacidade cognitiva (Brucki et al., 2003). No entanto, Laks et al. (2005) sugere 19 como escore mínimo para ponto de corte para analfabetos; 23 para aqueles com um a três anos de escolaridade; 24 para quatro a sete anos; e 28 para aqueles com mais de sete anos de escolaridade.

Nesta pesquisa, foi considerado o escore mínimo de 19 como ponto de corte, independente do nível de escolaridade do idoso, para inclusão deste na amostra estudada.

4.5.2 Características das Condições Socioeconômicas e Demográficas, de Saúde, Nutricionais e de Longevidade.

Este instrumento elaborado pela pesquisadora permitiu identificar informações socioeconômicas e demográficas, de saúde,

de nutrição e de longevidade dos idosos muito velhos da pesquisa (APÊNDICE B).

4.5.3 Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) – Pentáculo do Bem-Estar

Para a caracterização do estilo de vida foi utilizado o formulário do PEVI (ANEXO 4) de Nahas et al (2000), o qual gerou um mapa individual e de grupo da avaliação de cinco aspectos, que são representados por cinco pontas, em um pentáculo que ilustra os componentes que contribuem para a qualidade de vida do indivíduo, ou seja, nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse (Figura 6)

Figura 5 - Pentáculo do Bem-Estar

Fonte: Nahas et al (2000).

Para a análise destes aspectos, foi utilizada uma escala de zero a três, expressa da seguinte maneira: escores menores que um referem-se ao índice negativo, entre 1 e 1,99, estão relacionados ao índice regular, e entre 2 e 3, referem-se ao índice positivo. Quanto maior o número de respostas próximas à pontuação três, melhor o estilo de vida do indivíduo ou do grupo (Nahas et al, 2000).

4.6 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Considerando a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (protocolo nº 74143) (Anexo 2) e pelos coordenadores da REAP e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, da SMS de Aracaju-Sergipe(Anexo 1)

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), enfatizando a garantia do sigilo da identidade do idoso.

4.7 COLETA DOS DADOS

O acesso ao campo deu-se por meio de visitas às USF, momento em que se realizou reunião com os membros das ESF para inteirá-los quanto aos objetivos da pesquisa, ao tempo em que foi solicitada ao gerente da unidade, uma relação dos idosos muito velhos, contendo nome, data de nascimento, endereço, e o número da pasta da família.

De posse destas informações, foram selecionadas as áreas e micro áreas das USF, com um maior número de idosos, momento em que foi realizado sorteio dos participantes.

Para a coleta dos dados dos idosos, utilizou-se a entrevista, cuja grande vantagem é obter a captação imediata e coerente das informações desejadas, com qualquer tipo de depoente, sobre os mais variados temas, além de correções, esclarecimentos e adaptações, o que a torna eficaz para obter informações em geral (Minayo, 1996; Lüdke e André, 1986).

Foi utilizada a entrevista estruturada, por possibilitar rapidez na coleta de informações (média de 40 minutos) por entrevista. Em comum acordo, as entrevistas foram aprazadas com antecedência e realizadas no domicílio do idoso.

A equipe da coleta de dados foi formada pela pesquisadora e duas bolsistas do quarto período do curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, que foram treinadas quanto ao preenchimento dos formulários, bem como esclarecidas quanto às orientações básicas sobre as questões de nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse, contidas no instrumento. Desta forma, as monitoras foram habilitadas para esclarecimentos aos idosos e familiares, quando fosse necessário.

No primeiro momento da visita, os idosos e familiares foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e, nos casos de concordância em participar da mesma, foi lido, esclarecido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) em duas vias, ficando uma cópia de posse do idoso e outra com o pesquisador.

Em seguida, iniciava-se a entrevista com o preenchimento do formulário do MEEM para avaliar o desempenho cognitivo do idoso.

A partir do resultado desta avaliação, aplicou-se o instrumento sobre condições socioeconômica e demográfica, de saúde, de nutrição e longevidade (Apêndice B) e em seguida o PEVI (Anexo 4).

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, foi aplicada a estatística descritiva, utilizando frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (medianas e médias aritméticas) e medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão e coeficiente de variação). Os resultados foram apresentados em quadros, tabelas, gráficos e figuras.

Inicialmente, foi realizada pré-análise dos três formulários, através da leitura das entrevistas, o que proporcionou uma primeira aproximação do seu conteúdo.

Posteriormente, os dados foram codificados e introduzidos nos bancos de dados, através do programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS (Versão 12.0) e programa XL STAT *Microsoft Office Excel*.

Aplicou-se análise bivariada utilizando-se o teste de hipóteses, para diferenças entre médias (T de Student) para as variáveis contínuas e o teste de diferença de proporções (Chi-quadrado).

Para análise da associação entre estilo de vida e perfil socioeconômico e demográfico foram utilizados os seguintes testes:

- a) Teste paramétrico de correlação de Pearson, para estabelecer a associação entre PEVI dos idosos e idade;
- b) Teste F (modelo Anova) para arranjo familiar;

- c) Teste de Mann-Whitney para gênero e moradia;
- d) Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, para estado civil, escolaridade, religião, condições econômicas, situação econômica, renda familiar, número de dependentes, moradia e profissão.
- e) Foi utilizado o teste exato de Fisher para analisar a associação entre estilo de vida e condições de saúde,.
- f) Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para analisar a associação entre as variáveis estilo de vida.
- g) Foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis e Friedman para verificar a relação entre o estilo de vida e os aspectos nutricionais.

Neste estudo, considerou-se resultado estatisticamente significativo quando $p < 0,05$ (Dawson, Trapp, 2003).

Averiguou-se a consistência interna do formulário PEVI, utilizando coeficiente Alfa (α) de Cronbach, por cada idoso, USF e região, sendo considerada aceitável quando $\alpha > 0,70$ (Oviedo, Campo-Arias, 2005).

O coeficiente α de Cronbach mediu a consistência entre as respostas dos idosos ao PEVI. Este coeficiente é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens do PEVI entre os idosos de todas as USF, segundo a sua escala de medição, calculado segundo a equação:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right]$$

Em que:

- n = número de itens
- si^2 = variância de cada item do formulário

- s^2 = variância do escore total formado pelo somatório de todos os itens.

O $n/(n-1)$ é um fator de correção que leva em conta o número de itens da escala. À medida que o número de itens fica maior, o fator de correção se aproxima de um. Em geral, quanto menor a variância de itens em relação à variância total, mais confiável é o índice. O Valor de coeficiente α de Cronbach próximo a um significa que os indivíduos que apresentam escore alto (ou baixo) em um item, também apresentam escore alto (ou baixo) em outros itens, sugerindo que todos os itens estão aferindo o mesmo construto, ou seja, o índice é internamente consistente.

O valor de α pode situar-se entre o infinito negativo e um. No entanto, apenas valores positivos de α fazem sentido.

De acordo com a pontuação dos valores do coeficiente α de Cronbach, o qualificativo pode variar de excelente a inaceitável (Quadro 1)

Quadro 1 - Índice qualificativo do coeficiente α de Cronbach.

ÍNDICE	QUALIFICATIVO
0,9 A 1	EXCELENTE
0,8 A 0,9	BOM
0,7 A 0,8	ACEITÁVEL
0,6 A 0,7	QUESTIONÁVEL
0,5 A 0,6	POBRE
MENOS QUE 0,5	INACEITÁVEL

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o cálculo amostral a partir do número de idosos cadastrados nas USF das Regiões de Saúde do município de Aracaju,SE, a amostra foi constituída de 601 idosos muito velhos. Neste grupo encontramos 179 do sexo masculino e 422 do sexo feminino, na faixa etária de 80 a 108 anos, com média de idade 85,97 anos.

Após aplicação do MEEM, 77 idosos não alcançaram o escore mínimo de 19 pontos estabelecido neste estudo como ponto de corte, portanto a amostra final foi composta por 524 idosos muito velhos (tabela 4).

Tabela 4 – Resultado da aplicação do MEEM nos Idosos muito velhos cadastrados nas USF das Regiões de Saúde do município de Aracaju,SE 2012.

SCORE	Região de Saúde									
	1ª		2ª		3ª		4ª		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
≥ a 19	49	83,1	174	92,1	200	86,6	101	82,8	524	87,2
< a 19	10	16,9	15	7,9	31	13,4	21	17,2	77	12,8
TOTAL	59	100,0	189	100,0	231	100,0	122	100,0	601	100,0

Durante a entrevista, a partir dos resultados do declínio cognitivo revelados no questionário, os idosos, familiares e cuidadores receberam orientações quanto aos aspectos que levaram aos resultados obtidos e foram orientados a procurar os profissionais da USF para um melhor acompanhamento. Concluídas as entrevistas, os pesquisadores retornavam à USF, para notificar aos membros da equipe sobre as alterações cognitivas dos idosos, para ações de acompanhamento imediatas, em curto, médio e longo prazo.

A identificação precoce de possíveis casos do declínio cognitivo possibilita intervenção terapêutica e demais estratégias de tratamento, na tentativa de favorecer uma assistência eficiente para os familiares dos pacientes diminuir custos econômicos à sociedade e ao poder público o que possibilita melhor qualidade de vida a essas pessoas, dentre outros (Machado, 2007).

Um estudo que utilizou vários testes para rastrear o estado cognitivo de idosos com demência, no total de 2.139 participantes com 80 anos ou mais, a média do teste MEEM em 1.268 (59,2%) idosos foi de 22,4 pontos. Quando verificado por faixas etárias, notou-se que, quanto maior a idade, menor o escore e maior o comprometimento do estado cognitivo (Lucca et al., 2011).

Em nosso estudo, da população de 601 idosos, 524 (87,2%) obtiveram escore acima de 19 pontos, o que reflete um bom resultado quanto ao estado cognitivo. Corroborando com outros estudos, houve piora na avaliação do estado mental à medida que aumentava as faixas etárias. Os 77 idosos que não atingiram 19 pontos no MEEM e não continuaram na pesquisa, estavam assim divididos: 22 (7,8%) tinham entre 80-85 anos, 25 (12,5%) de 85-90 anos, 28 (25,6%) de 90-100 anos e dois (18,2%) de 100-108 anos.

5.1 CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE, NUTRICIONAIS E DE LONGEVIDADE DOS IDOSOS MUITO VELHOS.

5.1.1 Condições Socioeconômicas e Demográficas

Os dados socioeconômicos e demográficos dos 524 idosos participantes do estudo podem ser visualizados na (Tabela 5).

Tabela 5- Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos muito velhos, por sexo e faixa etária. Aracaju, SE. 2012.

Variável	Feminino				Masculino				Total Geral No (%)
	80 a 89 anos No (%)	90 a 94 anos No (%)	≥ 95 anos No (%)	Total No (%)	80 a 89 anos No (%)	90 a 94 anos No (%)	≥ 95 anos No (%)	Total No (%)	
Escolaridade									
Analfabeto	68(22,1)	12(28,6)	11(57,9)	91 (24,7)	39(31,0)	10(43,5)	1(16,7)	50(32,2)	141(26,9)
1 a 3 anos	129(41,9)	22(52,4)	7(36,8)	158 (42,8)	53(42,1)	2(8,7)	4(66,7)	59(38,1)	217(41,4)
4 a 7 anos	71(23,1)	5(11,9)	1(5,3)	77 (20,9)	21(16,7)	9(39,1)	1(16,7)	31(20,0)	108(20,6)
Mais de 7 anos	40(13,0)	3(7,1)	0(0,0)	43(11,7)	13(10,3)	2(8,7)	0(0,0)	15(9,7)	58(11,1)
Sub Total	308 (83,5)	42 (11,3)	19 (5,1)	369 (100)	126 (81,3)	23 (14,8)	6 (3,9)	155(100)	524 (100)
Estado Civil									
Solteiro	29(9,4)	8(19,0)	2(10,5)	39(10,6)	5(4,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(3,2)	44(8,4)
Casado	58(18,8)	3(7,1)	2(10,5)	63 (17,1)	81(64,3)	17(73,9)	0(0,0)	98(63,2)	161(30,7)
Separado	24(7,8)	0(0,0)	0(0,0)	24(6,5)	7(5,6)	1(4,3)	1(16,7)	9(5,8)	33(6,3)
Viúvo	197(64,0)	31(73,8)	15(78,9)	243 (65,9)	33(26,2)	5(21,7)	5(83,3)	43(27,7)	286(54,6)
Religião									
Nenhuma	3(1,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(0,8)	3(2,4)	1(4,3)	1(14,3)	4(2,6)	7(1,3)
Católica	226(73,4)	32(76,2)	15(78,9)	273(74,0)	106(84,8)	16(69,6)	5(71,4)	127(81,9)	400(76,3)
Evangélica	76(24,7)	9(21,4)	4(21,1)	89(24,1)	14(11,2)	5(21,7)	1(14,3)	20(12,9)	109(20,8)
Espírita	0(0,0)	1(2,4)	0(0,0)	1(0,3)	0(0,0)	1(4,3)	0(0,0)	1(0,6)	2(0,4)
Outras	3(1,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(0,8)	3(2,4)	0(0,0)	0(0,0)	3(1,9)	6(1,1)
Arranjo Familiar									
Sozinho	60(19,5)	4(9,5)	3(15,8)	67(18,2)	13(10,3)	2(8,7)	0(0,0)	15(9,7)	82(15,6)
Cônjuge	29(9,4)	1(2,4)	0(0,0)	30(8,1)	34(27,0)	7(30,4)	0(0,0)	41(26,5)	71(13,5)

Cônjuge c/ filhos	25(8,1)	1(2,4)	1(5,3)	27(7,3)	47(37,3)	10(43,5)	0(0,0)	57(36,8)	84(16,0)
Filhos	157(51,0)	24(57,1)	10(52,6)	191(51,8)	29(23,0)	4(17,4)	5(83,3)	38(24,5)	229(43,7)
Cuidador familiar	11(3,6)	7(16,7)	3(15,8)	21(5,7)	1(0,8)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,6)	22(4,2)
Cuidador	26(8,4)	5(11,9)	2(10,5)	33(8,9)	2(1,6)	0(0,0)	1(16,7)	3(1,9)	36(6,9)
Renda Familiar									
< que 1 SM	0(0,0)	0(0,0)	1(5,6)	1(0,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,2)
1 a 3 SM	279(90,6)	37(88,1)	18(94,7)	334(90,5)	109(86,5)	21(91,3)	6(100,0)	136(87,7)	470(89,7)
4 a 7 SM	26(8,4)	4(9,5)	0(0,0)	30(8,1)	15(11,9)	1(4,3)	0(0,0)	16(10,3)	46(8,8)
Mais de 7 SM	3(1,0)	1(2,4)	0(0,0)	4(1,1)	2(1,6)	1(4,3)	0(0,0)	3(1,9)	7(1,3)
Condição Econômica									
Nenhuma	2(0,6)	1(2,4)	1(5,3)	4(1,1)	1(0,8)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,6)	5(1,0)
Aposentado	202(65,6)	25(59,5)	16(84,2)	243(65,9)	120(95,2)	21(91,3)	5(83,3)	146(94,2)	389(74,2)
Apos/pensionista	45(14,6)	7(16,7)	0(0,0)	52(14,1)	2(1,6)	1(4,3)	1(16,7)	4(2,6)	56(10,7)
Pensionista	57(18,5)	9(21,4)	2(10,5)	68(18,4)	2(1,6)	1(4,3)	0(0,0)	3(1,9)	71(13,5)
Reformado	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,8)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,6)	1(0,2)
Outros	2(0,6)	0(0,0)	0(0,0)	2(0,5)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(0,4)
Situação Econômica									
Muito boa/Boa	114(37,0)	21(50,0)	11(57,9)	146(39,6)	49(38,9)	7(30,4)	2(33,3)	58(37,4)	204(38,9)
Razoável	179(58,1)	18(42,9)	6(31,6)	203(55,0)	61(48,4)	12(52,2)	4(66,7)	77(49,6)	280(53,4)
Ruim/Muito ruim	15(4,9)	3(3,1)	2(10,5)	20(5,4)	16(12,7)	4(17,4)	0(0,0)	20(12,9)	40(7,6)

*Salário- mínimo (SM) vigente R\$ 622,00.

Dos 524 idosos, o maior contingente, ou seja, 369 (70,4%) pertenciam ao sexo feminino e 155 (29,6%) ao masculino. A faixa etária variou de 80 a 108 anos, sendo a maior concentração entre 80 a 89 anos, tanto para os homens como para as mulheres, correspondendo a 435 (82,8%) idosos. Destes, 308 (71,0%) são mulheres. A distribuição das idades nos grupos de homens e mulheres tem frequências semelhantes mantendo a proporção do grupo total dos idosos (Tabela 5). A mesma tabela mostra um decréscimo significativo de idosos conforme aumenta a idade, refletida em ambos os sexos.

Em relação ao sexo, Berquó (1996) refere que em 1988 já era chamada a atenção para o que então se denominou “feminilização do envelhecimento”, bem como para suas consequências políticas e sociais, especialmente aquelas relacionadas à área de saúde. Esta afirmação é baseada no grande número de mulheres com idade superior a 65 anos, quando comparadas com a população de homens da mesma faixa etária. Para o autor esta diferença aumenta com o aumento da faixa etária e se verifica tanto na população total quanto na população de idosos. Ainda refere o autor que um grande contingente de idosas é encontrado principalmente na zona urbana da região sudeste.

A baixa escolaridade é ocorrência marcante neste grupo que é constituído por 141 (26,0%) de analfabetos e 217 (41,1%) de um a três anos de estudo (Tabela 5), resultados que se aproximam do encontrado no estudo em 204 municípios das cinco regiões brasileiras, onde foram amostrados, tendo como evidência 18% dos idosos que nunca foram a escola e 57% que possuíam de um a quatro anos de escolaridade (Neri, 2007).

O que se constata neste estudo é o perfil quanto à escolaridade destes idosos, visto que o perfil é semelhante em

ambos os gêneros. Estes dados encontrados diferem dos de Berquó (2004), quando este relaciona a escolaridade da população idosa com gênero. Este autor refere que a alfabetização se apresenta maior na população de homens do que na de mulheres, uma vez que a situação das pessoas atualmente senescentes remete aos períodos em que as chances de acesso à educação se davam de forma bastante assimétrica por classe social e gênero.

Quanto ao estado civil, predomina a viuvez, totalizando mais da metade da população, ou seja, 286 (54,6%), que se concentra principalmente entre as mulheres. Do total de mulheres, 243 (65,9%) são viúvas, distribuídas em todas as faixas etárias, ao contrario dos homens, em que quase a mesma porcentagem, 98 (63,2%), são de casados, se concentrando na faixa dos menores de 89 anos (Tabela 5).

Quando se fala da população senescente, a discrepância por sexo se evidencia com elevado contingente de viúvas, em detrimento do alto percentual de homens casados (Braz, Segranfeld, Ciosak, 2006).

Chamou à atenção, ainda, a relação entre o percentual de mulheres solteiras (10,6%) e os homens (3,2%) (Tabela 5).

Para Camarano (2003) mais de 75% dos homens idosos se encontram em união conjugal, seja a primeira, segunda ou terceira. Por outro lado, mais da metade das mulheres permanecem viúvas. Este fato é atribuído a questões sociais, onde os homens idosos viúvos procuram parceiras mais novas enquanto que as mulheres, após a viuvez, sofrem preconceitos relacionados a uma segunda união, particularmente se esta acontecer com um parceiro mais jovem.

Em estudo que trata da relação entre gênero e estado civil, 98 (63,2%) homens eram casados e 243 (65,9%) mulheres eram viúvas (Camarano, 2004). Em outro estudo evidenciou-se que 392 (54,7%) mulheres não eram casadas e 350 (79,3%) homens eram casados (Ribeiro, 2006), confirmando a tendência de maior longevidade na mulher que, na maioria das vezes vive sozinha. Várias pesquisas têm confirmado a “feminilização da velhice” em mulheres que vivem mais e sozinhas (48%), enquanto a maioria dos homens (73%) encontra-se casados ou em união consensual (Neri, 2007).

O catolicismo é a religião que predomina neste grupo, sendo eleita por 400 (76,3%) dos idosos, tanto para as mulheres como para os homens. A segunda religião reportada é a evangélica, mais presente entre as mulheres, representada por 89 (24,1%), com frequência semelhante em todas as faixas etárias (Tabela 5). Em estudo sobre idosos, realizado por Neri (2007), observou-se que a maioria deles era católica (64%), reforçando dados desta pesquisa e do perfil da população brasileira.

Quanto ao arranjo familiar, quase a metade dos respondentes vive com os filhos 229 (43,7%), situação mais frequente entre as mulheres, das quais 191 (51,8%) vivem nesta condição. Porém, ao analisar a população masculina, verificou-se que mais da metade, 95 deles (61,3%), vivem com o cônjuge ou com cônjuge e filhos, o que reforça os dados apresentados anteriormente, em que a viuvez entre as mulheres é mais frequente, o que as leva a viver sozinhas 67 (18,2%) ou com os filhos 191 (51,8%) (Tabela 5).

A situação econômica deste grupo, conforme suas respostas se enquadra no que se considera situação razoável para 279 (53,3%) dos idosos e muito boa para 204 (38,9%), sendo que a renda familiar, para a maioria, ou seja, 470 (89,7%) se situam entre um a três salários-mínimos (SM). Apenas 8,8% dos idosos tem renda

entre 4 a 7 (SM) e somente 1,3% tem renda maior que 7 (SM), o que demonstra pouca exigência ou satisfação com o modo como vivem (Tabela 5), principalmente em se considerando o estudo de Neri (2007) realizado em várias regiões brasileiras, na qual constatou-se que a maioria dos idosos (30%) possuía renda mensal de mais de dois a cinco salários mínimos.

Como já esperado para esta faixa etária, a quase totalidade da população, ou seja, 516 (98,4%) são aposentados e pensionistas/aposentados. É interessante que entre eles há preferência em se referir à aposentadoria como algo que conquistaram e à situação de pensionista, como algo que herdaram com a morte do companheiro/cônjuge, esta última condição mais frequente entre as mulheres (Tabela 5).

Diversos estudos que utilizaram as variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde, de nutrição e de longevidade de idosos na faixa etária acima de 80 anos (Boscatto *et al*, 2012; Cruz *et al*, 2012; Lima *et al*, 2011; Machado *et al*, 2004; Pereira *et al*, 2011; Rosset *et al*, 2011; Silva *et al*, 2009; Vasconcelos *et al*, 2012; Xavier *et al*, 2010; Acosta *et al*, 2007; Amarasinghe *et al*, 2009; Diederich *et al*, 2012; Ferreira *et al*, 2010), encontraram resultados semelhantes aos desta pesquisa.

Em outro estudo realizado na Espanha sobre o perfil socioeconômico e demográfico em adultos de diversas faixas etárias, 20,26% dos idosos com 80 anos ou mais eram mulheres e 12,79% eram homens, confirmando o quantitativo de envelhecimento maior nas mulheres, o que se coaduna com os resultados encontrados neste estudo (Boscatto, Duarte, Barbosa, 2012, Ribeiro, 2006).

Vale ressaltar que 248 (47,3%) não possuem dependentes da renda, porém 164 (31,3%) têm de dois a quatro dependentes (Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização das informações sobre número de dependentes da renda, profissão que mais exerceu e residência dos idosos muito velhos. Aracaju, SE. 2012.

Variáveis	Categorias	TOTAL	
		No.	%
Nº de dependentes da renda	Nenhum	248	47,3
	1	65	12,4
	2 a 4	164	31,3
	5 ou mais	47	9,0
Profissão que mais exerceu	Lavrador	116	22,1
	Servente/Pedreiro	46	8,8
	Empregada doméstica	42	8,0
	Funcionário Público	42	8,0
	Prendas do Lar	38	7,3
	Comerciante	35	6,7
	Costureira	33	6,3
	Tecelã	32	6,1
	Lavadeira	19	3,6
	Motorista	14	2,7
	Outros	107	20,4
Residência	Boa/muito boa	482	92,0
	Razoável	39	7,4
	Ruim/muito ruim	3	0,6

Na Tabela 6 observa-se que houve predomínio da profissão de lavrador, representados por 116 (22,1%) dos idosos. Constata-se ainda a diversidade de outras profissões mencionadas pelos demais idosos.

A maioria, 496 (94,6%) dos idosos muito velhos, reside em moradia própria e também consideram as condições de residência boa/muito boa - 482 (92%) (Tabela 6). O fato de ter moradia própria tem um valor de grande importância para esta geração. Em outros

estudos com idosos observaram-se dados semelhantes aos obtidos por Neri (2007), no qual 79% de idosos residiam em moradia própria.

5.1.2 Condições de Saúde

As condições de saúde envolvem vários aspectos, além do estado físico em que se encontram os idosos, como: plano de saúde, uso de medicamento, internação por gênero, morbididades, ida ao dentista, queda nos últimos anos e local da queda, apresentados a seguir.

Na tabela 7 verifica-se a percepção dos idosos muito velhos quanto a sua saúde. É interessante notar que poucos a consideram ruim/muito ruim: 41 (7,8%). Para a maioria das respostas informou-se ser boa e regular, sendo 224 (42,7%) boa e 209 (39,9%) regular. Vale ressaltar que quase 10% a consideram muito boa (Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição de informações quanto ao estado de saúde, consulta ao dentista, quedas no último ano e local da queda dos idosos muito velhos. Aracaju, SE. 2012.

Variáveis	Categorias	TOTAL	
		N	%
Como considera sua saúde	Muito boa	50	9,5
	Boa	224	42,7
	Regular	209	39,9
	Ruim/muito ruim	41	7,8
Vai ao dentista	Não	496	94,7
	Sim	28	5,3
Queda nos últimos 12 meses	Não	375	71,6
	1	120	22,9
	2	16	3,1
	3	5	1,0
	4	5	1,0
	>4	3	0,6
Local da Queda	Casa	113	75,8
	Rua	36	24,2

Maciel, Guerra (2007) realizaram um estudo no Rio Grande do Norte com idosos com 75 anos ou mais, sobre suas condições de saúde, e verificaram que (39,4%) deles consideraram sua saúde boa, dados estes semelhantes aos desta pesquisa.

Com relação à procura ao dentista, a grande maioria, 496 (94,7%), relataram não frequentar. Deste modo verifica-se pouca importância a este item, pois apenas 28 (5,3%) frequentam o dentista (Tabela 7).

O evento queda, importante agravo nesta faixa etária, foi menos frequente do que encontrado em outros estudos, ou seja, 375 (71,6%) idosos negaram esta ocorrência no último ano. Dentre os que sofreram queda, 120 (22,9%) relataram apenas um episódio nos últimos 12 meses, e a ocorrência de duas a mais de quatro vezes constituiu a minoria dos episódios (Tabela 7).

Pode-se supor que a maioria dos idosos muito velhos não sofreu queda no último ano devido à diminuição das atividades de vida diária ou por terem sofrido outras quedas anteriormente, evitando atividades físicas, com medo de sofrerem novos eventos.

Um estudo com 420 idosos, realizado por Cruz et al (2012), constatou que 134 (32,1%) sofreram quedas, e desses, 54 (40,2%) estavam na faixa etária acima de 80 anos, taxa superior à encontrada no presente estudo, no qual 149 (28,4%) idosos caíram no ano anterior.

No Brasil, 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano, sendo que a frequência é maior entre as mulheres. Em relação à idade, idosos de 75 a 84 anos apresentam uma frequência de queda de 35%, sendo que os idosos acima de 85 anos possuem frequência aumentada para 51% (Neri, 2007)

Sobre o local da ocorrência da queda, o domicílio foi onde mais ocorreu relatado por 113 (75,8%) dos idosos (Tabela 7).

Mais de 70% das quedas ocorrem em casa, sendo que as pessoas que vivem sozinhas apresentam risco maior (Neri 2007). Estudos como de Parreira *et al*, (2010) e Gawryszewski (2010) evidenciaram maior risco de quedas (78,5%) nos domicílios, dados semelhantes a nosso estudo.

Segundo Nicolussi (2010), quanto mais frágil o idoso, maior a propensão à queda, caracterizando um fator relevante de morbidade, institucionalização e mortalidade. Ressalta ainda que as quedas são frequentes nos idosos, principalmente naqueles com mais fatores de riscos intrínsecos, relacionados às alterações fisiológicas, patológicas ou por uso de medicamentos, assim como nos que já sofreram quedas, que apresentam mais medo e possuem mais chance de cair novamente.

Nesse sentido, é necessário investigar os fatores intrínsecos e extrínsecos que podem estar relacionados às quedas nos idosos e o histórico de quedas, para que seja possível uma intervenção prévia, com correção dos riscos relacionados a este evento, o que possibilita prevenção de quedas posteriores.

Quanto às morbidades auto referidas, verificou-se que as cinco principais foram: hipertensão arterial sistêmica (HAS), em 359 (68,6%) idosos, acometendo mais as mulheres, 267 (72,4%), do que os homens, 92 (59,3%); artrose, acometendo 175 (33,5%) idosos, presente em 138 (37,4%) mulheres e 37 (23,9%) homens; hipercolesterolemia em 143 (27,3%), acometendo 110 (19,8%) mulheres e 33 (21,3%) homens; diabetes mellitus (DM), 122 (23,3%) idosos, sendo 88 (23,8%) mulheres e 34 (21,9%) homens e a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), que acometeu 96 (18,4%)

idosos, sendo 67 (18,2%) mulheres e 29 (18,7%) homens (Quadro 2; Figura 1).

Dessa forma, evidenciou-se que a HAS e a artrose ocorrem, majoritariamente, em mulheres (Quadro 2). Observa-se ainda que algumas doenças sejam mais presentes em determinado gênero, como é o caso da osteoporose, presente em 75 (20,3%) das mulheres, sendo uma das causas que contribuem para a ocorrência de quedas e ainda a infecção urinária, bastante frequente em idosas devido a anatomia que facilita a infecção, assim como a dificuldade de higienização, evidenciado em 23 (6,3%) dos relatos. No caso dos homens, verificou-se a incidência de câncer com 21 (13,6%), sendo os tipos mais frequente o câncer de pele, de assoalho de boca, de pulmão e de pênis. Aferiu-se também a presença de 3,8% de DPOC/bronquite enfisematosa, ambas, muitas vezes decorrentes de vícios do passado como o consumo de bebidas alcoólicas e o fumo.

Quadro 2: Distribuição das morbidades por gênero, referidas pelos idosos muito velhos. Aracaju-SE. 2012.

Morbidades	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
HAS	267	72,4	92	59,3	359	68,6
Artrose	138	37,4	37	23,9	175	33,5
Hipercolesterolemia	110	19,8	33	21,3	143	27,3
DM	88	23,8	34	21,9	122	23,3
ICC	67	18,2	29	18,7	96	18,4
Osteoporose	75	20,3	10	6,4	85	16,3
AVC-DVC	50	13,5	21	13,5	71	13,6
Câncer	15	4,0	21	13,6	36	6,9
Angina	19	5,2	9	5,8	28	5,4
Inf. Urinária	23	6,3	5	3,3	28	5,4
Depressão	19	5,2	2	1,3	21	4
Alzheimer	11	3,0	6	3,8	17	3,3
Hipotireoidismo	14	3,8	2	1,3	16	3,1
Parkinson	6	1,6	4	2,6	10	1,9
DPOC-BR-ENFI	3	0,8	6	3,8	9	1,7
Hipertireoidismo	3	0,8	0	0,0	3	0,6

A seguir pode-se visualizar a frequência das morbidades apresentadas por este grupo de idosos no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Frequência das morbidades referidas pelos idosos muito velhos do município de Aracaju, SE. 2012.

As doenças crônicas não transmissíveis podem dificultar ou impedir o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma independente, afetando a sua funcionalidade. Apesar de não serem fatais, essas condições podem comprometer significativamente a qualidade de vida desta população (Brasil, 2006). Portanto, é imprescindível manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento (Brasil, 2006).

Ainda com relação às morbidades, os resultados obtidos no presente estudo assemelham-se ao perfil dos 1.160 idosos referidos na pesquisa do Projeto Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), em que as maiores prevalências de doenças crônicas auto referidas foram: HAS (62,7%), doença reumática (33,1%), doença cardíaca (21,1%) e DM (20,4%) (Ribeiro, 2006).

No estudo de Maciel e Guerra (2007), já citado, com 77% de idosos acima de 75 anos, averiguou-se que, dentre as morbidades, as três mais relevantes foram reumatismo (53,2%), seguido da HAS (46,8%) e DM (15,2%).

Da mesma forma, em pesquisa realizada com 28.943 idosos brasileiros, prevaleceram as seguintes doenças crônicas não transmissíveis: HAS (43,9%), artrite (37,5%), doenças do coração (19%) e diabetes (10,3%). Os autores reforçam que essas doenças se manifestam de forma mais expressiva quanto maior for à idade (Lima-Costa, Barreto, Giatte, 2003).

É importante considerar que as doenças crônicas não transmissíveis, devem ser prevenidas e investigadas e, uma vez diagnosticadas, tratadas e controladas, para a manutenção da saúde, pois estas levam a agravos, como demonstrado em um estudo internacional realizado com 11.862 adultos em um serviço de atenção secundária, no atendimento a pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), no qual 14 (0,1%) tinham 80 anos ou mais e desses, 97% eram acometidos por HAS, 90% por DM e 86% por hipercolesterolemia (Joseph, Ethan, Dawn, 2009).

Num levantamento realizado com 1.116 idosos, nas faixas etárias de 80 anos ou mais, foram encontrados 44 (24,2%) com prevalência de artrose e 86 (47,3%) com prevalência de sintomas de reumatismo (Machado *et al.*, 2004), índices inferiores ao encontrado neste estudo.

No presente estudo, apenas 71 (13,6%) idosos referiram ter tido AVC, apresentando taxa inferior à encontrada em pesquisas sobre prevalência deste agravo, que identificou 122 casos em 34 (28%) idosos acima de 80 anos (Machado, 2004)

No que diz respeito aos medicamentos de uso contínuo em idosos, encontrou-se 34 (9,2 %) mulheres e 38 (24,5 %) de homens que não faziam uso de medicações. A grande maioria, em ambos os gêneros, fazia uso de um a dois medicamentos (39,5%), com frequências tanto para os homens 53 (34,2%), como para as mulheres 154 (41,7), porém o número dos que fazem uso de 3 a 4 medicamentos é também relevante 147 (28,1%) (Tabela 8).

Tabela 8: Frequência do uso de medicamentos e de internações dos idosos muito velhos. Aracaju, SE 2012.

Variáveis	Categorias	Mulheres		Homens		Total	
		N	%	N	%	N	%
Quantidade de medicamentos em uso (diário)	Sem uso	34	9,2	38	24,5	72	13,7
	1 a 2	154	41,7	53	34,2	207	39,5
	3 a 4	110	29,9	37	23,9	147	28,1
	5 a 6	48	13,0	15	9,7	63	12,0
	+ de 6	23	6,2	12	7,7	35	6,7
Internação no último ano	Sim	115	31,2	51	32,9	166	31,7
	Não	254	68,8	104	67,1	358	68,3

Em estudo realizado no Rio Grande do Norte, com prevalência de idosos acima de 75 anos, a maioria não fazia uso de medicamento (53,5%), seguida pelos que faziam uso de um medicamento (20%), diferenciando-se dos resultados obtidos nesse estudo (Maciel, Guerra, 2007).

Ao verificar as internações ocorridas no último ano, quase um terço ou 166 (31,7%) dos idosos passaram por esta experiência, com frequência semelhante entre as mulheres 115 (31,2%) e os homens 51 (32,9%). Supõe-se que a discreta taxa mais elevada nos homens pode estar relacionada à menor procura deles por serviços preventivos de saúde ou programas específicos relacionados à saúde do homem idoso, acarretando em uma piora do estado geral da saúde, necessitando, dessa forma, de maior número de internações do que as mulheres (Brasil, 2009).

Maciel, Guerra (2007) mostraram em seus estudos com idosos uma frequência mínima de 9% do número de internações no ano anterior, resultados estes mais satisfatórios do que os encontrados neste estudo.

A Tabela 9 mostra um dado curioso, principalmente para este grupo populacional, visto que pouco mais da metade 305 (58,2%) não possuem plano privado de saúde (PPS). Nota-se que são as mulheres que mais possuem PPS, sendo este utilizado por 164 (44,4%) daquelas pertencentes à faixa etária dos 80 aos 94 anos. Já para os homens o PPS se distribui de forma semelhante em todas as idades.

Tabela 9- Uso de plano privado de saúde pelos idosos muito velhos. Aracaju, SE. 2012.

Variável	Mulheres				Homens				Total Geral
	80 a 89 anos	90 a 94 anos	≥ 95 anos	Total	80 a 89 anos	90 a 94 anos	≥ 95 anos	Total	
Plano de Saúde									
Sim	140 (45,5)	19 (45,2)	5 (26,3)	164 (44,4)	45 (35,7)	8 (34,8)	2 (33,3)	55 (35,5)	219 (41,8)
Não	168 (54,5)	23 (54,8)	14 (73,7)	205 (55,6)	81 (64,3)	15 (65,2)	4 (66,7)	100 (64,5)	305 (58,2)

Os dados desta pesquisa possuem semelhanças aos obtidos no SABE, segundo o qual a maioria dos idosos fazia uso de um a dois medicamentos, porém difere quando coloca que a maioria não possuía plano de saúde, utilizando o SUS. (Ribeiro, 2006).

5.1.3 Condições Nutricionais

É necessário conhecer os aspectos nutricionais para atuar na prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde dos idosos.

As alterações ocorridas no envelhecimento podem afetar o estado nutricional desse grupo populacional, pois podem interferir

desde a aquisição e preparo dos alimentos até a metabolização dos nutrientes pelo organismo. O estado nutricional, assim como o perfil nutricional, reflete nas condições de vida e saúde e consequentemente pode interferir na longevidade dos idosos, em especial daqueles acima de 80 anos.

Conhecer os hábitos alimentares é o primeiro passo para entender o perfil e o estado nutricional. Na Tabela 10 são apresentadas informações acerca dos hábitos dos idosos.

Tabela 10 – Informações nutricionais *segundo número de refeições por dia, dificuldade de mastigação, auto alimentação e higiene bucal dos Idosos muito velhos. Aracaju, SE. 2012.*

Item	Categorias	N	%
Número de refeições por dia	1 a 2	2	0,4
	2 a 3	56	10,7
	3 a 4	241	46,0
	4 a 5	144	27,5
	5 ou mais	81	15,5
Dificuldade Mastigação	Não	379	72,3
	Sim	145	27,7
Alimenta Sozinho	Não	6	1,1
	Sim	518	98,9
Higiene Bucal	Não	24	4,6
	Sim	500	95,4

Quase a metade dos idosos 241 (46,0%) realiza três a quatro refeições ao dia. Um quantitativo importante, 144 (27,5%) efetua de quatro a cinco refeições/dia. Um pequeno contingente faz pelo menos de uma a três refeições/dia. Dessa forma, a maioria dos idosos do estudo tem como hábito fracionar de modo satisfatório as refeições ao longo do dia.

A maioria dos idosos 379 (72,3%) relatou não ter dificuldade na mastigação. Essa dificuldade geralmente ocorre devido à

xerostomia (diminuição da secreção salivar), à ausência total ou parcial de dentes, dentição em estado precário e ausência do uso de prótese dentária ou prótese mal ajustada, dificultando a mastigação dos alimentos sólidos, reduzindo o consumo de alimentos como carnes e vegetais crus (Souza, 2009).

Com relação à capacidade de se alimentar sozinho, a independência é presente em quase a totalidade dos idosos: 518 (98,9%). Esta capacidade favorece o estado nutricional do idoso, pois este não depende de outras pessoas para realizar esta atividade. Uma frequência significativa de 500 (95,4%) idosos relatou realizar higiene bucal, o que contribuiu para a saúde bucal e nutricional deles (Tabela 10).

Os tipos de alimentos, bem como as porções consumidas no cotidiano pelos idosos da pesquisa podem ser vistas no Quadro 3.

Na especificação por tipo de alimento, 376 idosos relataram consumir de uma a duas porções de cereais ao dia e apenas um idoso relatou consumir cinco a seis porções de cereais por dia (Quadro 3).

Segundo a Pirâmide da dieta alimentar saudável, os cereais devem ser consumidos eventualmente (Brasil, 2006).

Dessa forma, a maioria dos idosos deste estudo ingeriu uma quantidade regular destes alimentos, conforme exposto na Pirâmide da dieta alimentar saudável, em que as verduras e legumes devem ser consumidos em abundância e regularmente (Brasil, 2006).

Quanto ao consumo de verduras e legumes, 25 idosos negaram a utilização destes alimentos, 252 consumiam de uma a duas porções por dia e 182 de três a quatro porções por dia (Quadro 3).

Quadro 3 - Informações sobre a composição alimentar, segundo porções diárias dos Idosos muito velhos. Aracaju, SE. 2012.

Item	No de porções	Total	Freq. Acum.
Cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas)	Nenhum	11	
	1 a 2	376	376
	3 a 4	136	512
	5 a 6	1	513
Verduras e Legumes	Nenhum	25	
	1 a 2	252	252
	3 a 4	182	434
	5 a 6	65	499
Frutas	Nenhum	4	
	1 a 2	510	510
	3 a 4	191	501
	5 a 6	19	520
Carnes, Frango, Peixe e Ovo	Nenhum	5	
	1 a 2	362	362
	3 a 4	156	518
	5 a 6	1	519
Queijo, Leite e Iogurte	Nenhum	0	
	1 a 2	520	520
	3 a 4	4	524
Feijão, Ervilha e Grão-de-bico	Nenhum	9	
	1 a 2	268	268
	3 a 4	244	512
	5 a 6	3	515
Tubérculos/Raízes (batata, mandioca e macaxera)	Nenhum	36	
	1 a 2	334	334
	3 a 4	153	487
	5 a 6	1	488
Hortaliças	Nenhum	56	
	1 a 2	204	204
	3 a 4	182	386
	5 a 6	82	468
Óleos Vegetais, Azeite e Manteiga	Nenhum	134	
	1 a 2	375	375
	3 a 4	15	390
Gorduras e Doces	Nenhum	224	
	1 a 2	282	282
	3 a 4	16	298
	5 a 6	2	300

Com relação às frutas, 510 idosos consumiam uma a duas porções ao dia e apenas quatro idosos negaram o consumo deste alimento (Quadro 3). De acordo com a pirâmide alimentar deve-se consumir frutas duas a três vezes ao dia. Portanto, a maioria dos

idosos deste estudo consumia estes alimentos no menor valor diário estipulado pela pirâmide (Brasil, 2006).

Com relação às carnes (vermelha e branca) e ovo, 362 idosos consumiam uma a duas porções destes alimentos e cinco idosos não consumiam estes alimentos (Quadro 3). Assim, nota-se que a maioria dos idosos incluía carnes e ovos na sua alimentação cotidiana.

De acordo com a pirâmide alimentar, peixe, frango e ovos devem ser consumidos moderadamente de zero a duas vezes ao dia e a carne vermelha deve ser consumida eventualmente (Brasil, 2006).

Quanto ao consumo de feijão, ervilha e grão-de-bico, 268 idosos consumiam uma a duas porções ao dia, 244 de três a quatro, nove não consumiam estes alimentos e três consumiam cinco a seis porções ao dia (Quadro 3). Segundo a pirâmide, estes alimentos devem ser consumidos moderadamente. O estudo sugere que estes idosos devam consumir estes alimentos de forma moderada.

A respeito dos tubérculos e raízes, 334 idosos consumiam uma a duas porções destes alimentos, 36 não consumiam tais alimentos e um consumia cinco a seis porções ao dia (Quadro 3). Sendo assim, a maioria dos idosos consumia porções de tubérculos e raízes diariamente.

Com relação às hortaliças, 204 idosos consumiam uma a duas porções, 82 consumiam cinco a seis porções e 56 negaram o consumo destes alimentos (Quadro 3). Evidenciou-se, dessa forma, que a maioria dos idosos incluía as hortaliças em sua alimentação, o que se assemelha ao preconizado pela pirâmide alimentar da dieta saudável (Brasil, 2006).

Quanto aos óleos vegetais, azeite e manteiga, 375 idosos consumiam uma a duas porções destes alimentos. É importante ressaltar que 134 idosos, ou seja, mais de um terço, não consumiam estes alimentos (Quadro 3).

A manteiga deve ser consumida eventualmente, enquanto os óleos vegetais devem ser consumidos regularmente, na maioria das refeições, para que se obtenha uma dieta saudável (Brasil, 2006).

A respeito das gorduras e doces, 282 idosos consumiam uma a duas porções ao dia. É importante destacar que 224 idosos não consumiam estes alimentos, o que pode certamente prevenir algumas morbidades (Quadro 3).

Quanto às gorduras e doces, devem ser consumidos eventualmente (Brasil, 2006). No presente estudo, houve concentração de idosos que não consumiam estes alimentos, sendo que 224 não consumiam nada e 282 consumiam diariamente uma a duas porções (Quadro 3).

Dentre os alimentos de menor predileção referidos pelos idosos, estão os cereais com 178 respostas; as carnes (152); as gorduras e óleos (78); e que estão de acordo com a lista dos de maior predileção, onde se destaca o feijão, com 240 respostas, seguidos de carnes (86) e as hortaliças (66), como pode ser observado no (Quadro 4).

Quadro 4: Predileção por grupo de alimentos dos idosos muito velhos. Aracaju, SE. 2012.

Menor Predileção		Maior Predileção	
Categoria	Frequência	Categoria	Frequência
Cereais	178	Feijão	240
Carnes	152	Carnes	86
Gorduras	44	Hortaliças	66
Óleos	34	Verduras	35
Peixe	31	Cereais	33
Verduras	21	Frango	30
Tubérculos	19	Frutas	20
Frutas	16	Tubérculos	5
Feijão	8	Nenhum	4
Hortaliças	7	Peixe	4
Nenhum	5	Gorduras	1
Ovo	3		
Frango	2		
Leite	2		
Arroz	1		
Doces	1		

Ainda pelo Quadro 4, observa-se que os mesmos alimentos pelos quais alguns idosos informaram maior predileção estão entre os de menor predileção para outros. Estes dados mostram a importância de conhecer o contexto social, as necessidades e as preferências individuais de cada um ao se elaborar e orientar programas de alimentação, realizando adaptações e mudanças no cardápio de acordo a necessidade e hábitos de cada idoso.

Quanto a ingestão de líquidos, o Quadro 5 demonstra o hábito desta ingestão pelos idosos.

Quadro 5 – Informações sobre a ingestão diária de líquidos, dos idosos muito velhos. Aracaju/SE. 2012.

Itens Líquidos	Quantidade (copos/dia)	Frequência	Frequência Acumulada
Água	1 a 2	133	133
	3 a 4	239	372
	5 a 6	139	511
	7 ou mais	13	524
Leite Integral	Nenhum	254	
	1 a 2	174	174
	3 a 4	80	254
	5 a 6	16	270
Leite semi-desnatado	Nenhum	143	
	1 a 2	302	302
	3 a 4	69	371
	5 a 6	10	381
Suco Natural	Nenhum	57	
	1 a 2	295	295
	3 a 4	159	454
	5 a 6	13	467
Suco Industrializado	Nenhum	370	
	1 a 2	140	140
	3 a 4	14	154
Chá	Nenhum	161	
	1 a 2	285	285
	3 a 4	76	361
	5 a 6	2	363
Café	Nenhum	69	
	1 a 2	318	318
	3 a 4	130	448
	5 a 6	7	455
Vinho	Nenhum	396	
	1 a 2	121	121
	3 a 4	7	128
Refrigerante	Nenhum	323	
	1 a 2	188	188
	3 a 4	12	200
	5 a 6	1	201

Ao considerar o consumo de um a dois copos diários, temos 133 idosos para a água e 295 para sucos, o que se modifica um pouco quando o consumo é de três a quatro copos, sendo 239 e 159, respectivamente. Há pouco consumo de suco industrializado, sendo consumido por um pouco mais de um terço dos idosos (consumo de um a dois copos, por 140 idosos) (Quadro 5).

Chama a atenção neste grupo de idosos à ingestão de líquidos, que é bastante elevada, sendo que o consumo de sucos naturais é maior que o de água, talvez pelo próprio clima e as disponibilidades locais.

Outro aspecto interessante é o consumo de leite, sendo que mais da metade dos idosos (302) consomem de um a dois copos de leite desnatado e outros (69) de três a quatro copos, somados aos que consomem leite integral, no qual 174 idosos tomam de um a dois copos por dia e 80 de três a quatro copos/dia.

Temos ainda 26 idosos que ingerem de cinco a seis copos de leite/dia (16 integral e 10 desnatado), sugerindo que esta seja a principal fonte de nutrientes do idoso (Quadro 5).

Quanto ao consumo do chá, encontrou-se 285 idosos que ingeriam de um a dois copos por dia e 76 de três a quatro, apesar de este hábito ser mais frequente aos moradores da região sul do Brasil, conforme estudos publicados (Quadro 5).

O café foi uma bebida bastante consumida pelos idosos, 318 ingeriam um a dois copos ao dia, 130 bebiam três a quatro copos ao dia e sete referiram ingerir cinco a seis copos diariamente (Quadro 5).

O consumo habitual de café pode prevenir doenças e ainda auxiliar no desempenho físico. É o que comprova estudo feito na Unidade de Pesquisa Café e Coração, do InCor (Instituto do Coração) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (Freedman et al, 2012).

Os benefícios do café estão relacionados com sua concentração de antioxidantes (polifenóis) e a ação da cafeína, que

é um estimulante do sistema nervoso. Além de bloquear o sono, a cafeína pode diminuir a fadiga mental, melhorar o desempenho físico, motor e cognitivo, aumentar a concentração, reforçar a memória e aumentar o gasto energético de repouso. Porém os efeitos da cafeína variam de pessoa para pessoa, dependendo do seu peso e frequência com que a ingerem (Freedman et al, 2012).

Com relação ao vinho, que também é conhecido por seu efeito protetor cardíaco, principalmente pelo fator antioxidante do resveratrol, presente no vinho tinto, foi apontado por 121 idosos que ingeriam de um a dois copos/dia. A maioria, 396, não referiu ingerir desta bebida e sete idosos ingeriam três a quatro copos ao dia (Quadro 5).

O comportamento para a ingestão de refrigerante foi semelhante, sendo que 323 referiram não ingerir esta bebida e 188 utilizaram um a dois copos ao dia. Apenas um consumiu cinco a seis copos ao dia (Quadro 5).

Apenas 43 idosos relataram alergia a alguns alimentos, o que amplia a possibilidade de diversificar o cardápio ao realizar a orientação alimentar.

Ressalta-se que na avaliação do estado nutricional do idoso é preciso considerar inúmeros fatores, além dos relacionados aos da alimentação em si, como o isolamento social, a solidão, as doenças crônicas e as alterações fisiológicas, próprias do envelhecimento (Souza, 2009).

5.1.4 Condições Relacionadas à Longevidade

Friedman e Martin (2013) afirmam que os fatores que vão da genética ao estilo de vida conjuntamente determinam quantos anos

as pessoas tendem a viver. Na presente pesquisa, notou-se que os idosos muito velhos possuem história familiar de longevidade como se apresenta na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos fatores relacionados a longevidade dos Idosos muito velhos. Aracaju, SE. 2012.

Variável	Feminino				Masculino				Total Geral	
	80 a 89 anos	90 a 94 anos	≥ 95 anos	Total	80 a 89 anos	90 a 94 anos	≥ 95 anos	Total		
Pais falecid. antes dos 75 anos										
Sim	114(37,0)	17(40,5)	9(47,4)	140(37,9)	43(34,1)	8(34,8)	3(50,0)	54(34,8)	194(37,0)	
Não	194(63,0)	25(59,5)	10(52,6)	229(62,1)	83(65,9)	15(65,2)	3(50,0)	101(65,2)	330(63,0)	
Pais dep. de cuid. antes dos 75 anos										
Sim	41(13,3)	4(9,5)	3(15,8)	48(13,0)	12(9,5)	1(4,3)	0(0,0)	13(8,4)	61(11,6)	
Não	267(86,7)	38(90,5)	16(84,2)	321(87,0)	114(90,5)	22(95,7)	6(100,0)	142(91,6)	463(88,4)	
Avós e/ou Bisavós viveram mais que 80 anos										
Sim	233(75,6)	30(71,4)	12(63,2)	275(74,5)	98(77,8)	18(78,3)	6(100,0)	122(78,7)	397(75,8)	
Não	75(24,4)	12(28,6)	7(36,8)	94(25,5)	28(22,2)	5(21,7)	0(0,0)	33(21,3)	127(24,2)	
Cont. fam. ou com pessoas consid. da fam. ao menos 3x por semana										
Sim	297(96,4)	39(92,9)	19(100,0)	355(96,2)	118(93,7)	22(95,7)	6(100,0)	146(94,2)	501(95,6)	
Não	11(3,6)	3(7,1)	0(0,0)	14(3,8)	8(6,3)	1(4,3)	0(0,0)	9(5,8)	23(4,4)	
Atividade Social										
Sim	231(75,0)	29(69,0)	10(52,6)	270(73,2)	87(69,0)	13(56,5)	4(66,7)	104(67,1)	374(71,4)	
Não	77(25,0)	13(31,0)	9(47,4)	99(26,8)	39(31,0)	10(43,5)	2(33,3)	51(32,9)	150(28,6)	

Fonte: dados da pesquisa, 2012

Alguns fatores relacionados à longevidade foram selecionados e estão aqui listados e demonstrados na Tabela 11: mais da metade dos idosos, 330 (63,0%) relataram que seus pais faleceram após os 75 anos; para a grande maioria, 463 (88,4 %) dos idosos, seus pais não se tornaram dependentes de cuidados antes dos 75 anos; para 397 (75,8%) os avós e/ou bisavós viveram mais de 80 anos; quase totalidade, ou seja, 501 (95,6%) idosos mantêm contato pessoal com familiares ou amigos ao menos três vezes por semana, e ainda, a maioria, 374 (71,4%) participava de atividades sociais (Tabela 11).

Friedman e Martin (2013) ainda afirmam que traços da personalidade, como consciência, facilidade para sorrir, otimismo,

personalidade extrovertida, felicidade, contato familiar, participação em atividades sociais, possuem associação com a longevidade, dados semelhantes ao presente estudo, em que a maioria dos idosos possui contato familiar e participa de atividades sociais.

As relações sociais podem aumentar a chance de sobrevivência em 50%. A interação social é benéfica psicologicamente e para a saúde física, confirmando os achados de interação social do presente estudo, em que a maioria dos idosos está inserida em alguma atividade social (Friedman e Martin, 2013).

A participação em atividades sociais mais citados foram os grupos laborais junto a igrejas, citados por mais da metade dos idosos, 269 (51,3%); seguem-se as visitas a familiares, 106 (22,2%); frequência a associação, 58 (11,1%) e grupos da terceira idade 59 (11,3%). Um grupo menor de 33 (6,3%) frequentava a praia ou ao salão de beleza 28 (9,3%). Um pequeno grupo ia ao shopping; fazia ginástica ou compras no (mercadinho, padaria, feira, Central de Abastecimento do Estado de Sergipe–CEASA) (Quadro 6).

É interessante notar que 73 (13,9%) relataram ler jornal e assistir TV, que é uma atividade individual e a consideraram como de cunho social (Quadro 6).

Quadro 6 - Distribuição das atividades sociais desenvolvidas pelos idosos muito velhos. Aracaju/SE. Brasil, 2012.

Atividade Social	N	%
Grupo laborais junto a igrejas	269	51,3
Associação	58	11,1
Palestras	8	1,5
Teatro	2	0,4
Praia	33	6,3
Cinema	2	0,4
Shopping	20	3,8
Ginástica	18	3,4
Palavras – cruzadas	5	1
Jornal e TV	73	13,9
Salão de Beleza	28	5,3
Grupo de terceira idade	59	11,3
Outras Atividades:		
Visita a familiares	106	22,2
Mercadinho, Padaria, Feira, Ceasa	17	3,2
Igreja	10	1,9
Artesanato	10	1,9
Viagens	9	1,7
Banco	5	0,9

Os idosos de hoje mantêm uma vida familiar ativa, cultivam, estão próximos e valorizam as redes de relações sociais de livre escolha, as amizades que fazem ao longo da vida, estabelecidas em locais como grupos de convivência, igrejas e vizinhanças, alguns desses constatados neste estudo. Dessa forma, é essencial manter os idosos participando de atividades sociais, mantendo laços afetivos com familiares e amigos, pois favorecem a saúde física e psicológica (Alves, Neri, 2007).

5.2 PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL (PEVI) PENTÁCULO BEM-ESTAR

A seguir, analisa-se a descrição do PEVI considerando os componentes da nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse dos 524 idosos das quatro Regiões de Saúde. Estas regiões são identificadas por número e pelo quantitativo do número de idosos da pesquisa: Região 1-Região Sul-49 idosos; Região 2-Região Centro-Sul- 174 idosos; Região 3- Região Centro Norte-200 idosos e Região 4- Região Norte-101 idosos.

5.2.1 Componente Nutrição

Este componente investigou os aspectos da alimentação em relação aos nutrientes ingeridos, o número de refeições feitas e a ingestão de gordura, sendo composto por três questões: A) Sua alimentação diária inclui ao menos cinco porções diárias de frutas e verduras? B) você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces? e C) você faz quatro a cinco refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo?

No que se refere às refeições variadas (item A), questionou-se se a alimentação diária inclui pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças. Ressalta-se que 343 (65,5%) dos entrevistados sempre ingeriam pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças em sua alimentação, 144 (27,5%) quase sempre ingeriam frutas e hortaliças em sua alimentação; 34 (6,5%) às vezes consumiam estes alimentos e somente 3 (0,6%) nunca ingeriam cinco porções de frutas e hortaliças diariamente (Gráfico 2,Tabela 12).

Gráfico 2 - Informações dos 524 idosos muito velhos sobre as questões A, B e C do componente nutrição. Aracaju,SE, 2012.

Nesse sentido, evidencia-se que a maioria dos idosos do estudo consome quantidades satisfatórias de frutas e hortaliças diariamente, sendo que os melhores resultados deste consumo ocorreram nas Regiões 2 e 3, com 135 (77,6%) e 131 (65,5%), respectivamente. Observa-se que o resultado insatisfatório ocorreu na Região de Saúde 4 com 3 (3,0%) idosos que não consumiam frutas e hortaliças diariamente (Tabela 12).

Em relação à ingestão de alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces (item B), os dados demonstram que 425 (81,1%) dos idosos sempre evitavam alimentos gordurosos; 76 (14,5%) quase sempre; 20 (3,8%) raramente evitam e apenas 3 (0,6%) afirmavam ingerir alimentos gordurosos e doces (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição das informações dos idosos muito velhos sobre as questões A, B e C do componente nutrição, por Região de Saúde. Aracaju, SE, 2012.

Indicador	Região de Saúde	Questões					
		A		B		C	
		N	%	N	%	N	%
Nunca	1	0	0,0	1	0,2	0	0,0
	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3	0	0,0	1	0,2	0	0,0
	4	3	0,6	1	0,2	0	0,0
As vezes	1	2	0,4	1	0,2	2	0,4
	2	3	0,6	7	1,3	4	0,8
	3	14	2,7	7	1,3	3	0,6
	4	15	2,9	5	1,0	3	0,6
Quase sempre	1	15	2,9	16	3,1	11	2,1
	2	36	6,9	27	5,2	27	5,2
	3	55	10,5	21	4,0	42	8,0
	4	38	7,3	12	2,3	23	4,4
Sempre	1	32	6,1	31	5,9	36	6,9
	2	135	25,8	140	26,7	143	27,3
	3	131	25,0	171	32,6	155	29,6
	4	45	8,6	83	15,8	75	14,3
Total		524	100,0	524	100,0	524	100,0

A maioria dos idosos deste estudo possuía alimentação com baixa quantidade de alimentos gordurosos e doces, sendo que as Regiões 3 e 4 apresentaram os melhores resultados: 171 (85,5%) e 83 (82,2%), respectivamente e a Região 1 apresentou o pior resultado: 31 (63,3%) por não evitar o consumo de alimentos gordurosos (Tabela 12).

Ao ser investigado o número de refeições feitas durante o dia, incluindo café da manhã completo e se as refeições são variadas, as respostas mostraram que 103 (19,7%) dos idosos quase sempre faziam quatro a cinco refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo; 12 (2,3%) às vezes se alimentavam de forma fracionada e 409 (78,1%) sempre faziam de quatro a cinco refeições variadas por dia. (Tabela 12).

Fica evidente, dessa forma, que a maioria dos idosos realizava fracionamento das refeições em sua alimentação diária, sendo que as Regiões 2 e 3 apresentaram melhores resultados e a Região 1 apresentou o pior resultado (Tabela 12).

Ressalta-se que a Região 3 apresentou melhores resultados em todos os questionamentos acerca da alimentação, seguido pela Região 2 (Tabela 12).

Uma boa alimentação influencia positivamente na longevidade do ser humano e na manutenção da saúde. Na realização de uma alimentação adequada, os diferentes nutrientes devem manter equilíbrio entre si, e deve ser levada em consideração a quantidade, qualidade, harmonia e adequação de sua composição (Frank, 2004).

Neste estudo percebe-se que os idosos muito velhos alimentavam-se de forma equilibrada e correta, apesar de estudos afirmando que as alterações no envelhecimento, como paladar e olfato, provocam modificações na forma de se alimentar, reduzindo o prazer e o conforto (Campos, Monteiro, Ornelas, 2000; Harris, 2002; Marucci, Mercúrio, 2005).

Os alimentos devem ser suficientes para atender ao organismo em todas as suas necessidades, contendo variedade de alimentos que satisfaçam as necessidades das diferentes fases e condições de vida, às variadas atividades, às circunstâncias fisiológicas e às doenças (Benedetti *et al*, 2004).

5.2.2 - Componente Atividade Física

Este componente investigou a duração, intensidade e frequência das atividades físicas, que são todo e qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulta no gasto

energético acima dos níveis de repouso (Casperson, Christensem, 1985).

Da mesma forma que o anterior a avaliação é composta por três questões: D) você realiza ao menos 30 minutos de atividade física moderada ou intensa, de forma contínua ou moderada, cinco ou mais vezes por semana? E) ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular? e F) no seu dia a dia, você pedala ou caminha como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador?

Com relação ao item D, sobre a realização de pelo menos 30 minutos de atividade física moderadas/intensa, de forma contínua ou acumulada, em cinco ou mais dias na semana, 280 (53,4%) dos idosos nunca o realizavam; 117 (22,3%) sempre faziam uso dessa prática no seu cotidiano; 84 (16%) quase sempre praticavam atividade física com essa frequência e intensidade e somente 43 (8,2%) raramente ou às vezes faziam uso dessa prática (Gráfico 3, Tabela 13).

Gráfico 3 - Informações dos 524 idosos muito velhos sobre as questões D, E e F do componente atividade física. Aracaju, SE, 2012.

A Região 4 foi a que apresentou, proporcionalmente, o pior resultado onde apenas 1 (1%) dos idosos realizavam atividade física moderada/intensa ou de forma contínua ou acumulada em cinco ou mais dias na semana. Os idosos da Região 2 apresentaram os melhores resultados, onde 72 (41,4%) sempre realizavam a referida atividade, seguido da Região 3, com 26 (13,0 %) dos idosos que realizavam sempre este tipo de atividade física. Dessa forma, percebe-se que a maioria dos idosos não realizava atividades físicas com a frequência e intensidade necessária para um bem estar físico (Tabela 13).

Quando questionados sobre atividades realizadas ao menos duas vezes por semana, que envolvam força e alongamento muscular, (item E) constatou-se que 226 (43,1%) nunca realizavam estes exercícios; 128 (24,4%) sempre realizavam esses exercícios; 118 (22,5%) quase sempre realizavam esses exercícios e 52 (9,9%) realizavam às vezes exercícios no seu dia-a-dia. Observa-se que a Região 4 apresentou o pior resultado, 5 (5%) e a Região 2, novamente, apresentou o melhor resultado, 77 (44,3%)(Tabela 13).

Quando se questionou se no dia-a-dia o idoso caminhava ou pedalava como meio de transporte, e preferencialmente, se usava as escadas ao invés do elevador (item F), observou-se que 187 (35,7%) nunca caminhavam ou pedalavam como meio de transporte e 112 (21,4 %) sempre o faziam; 129 (24,6 %) às vezes o faziam e 96 (18,3%) afirmaram que quase sempre pedalavam e caminhavam como meio de transporte (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição das informações dos idosos muito velhos sobre as questões D, E e F do componente atividade física por Região de Saúde. Aracaju, SE, 2012.

Indicador	Região de Saúde	Questões					
		D		E		F	
		N	%	N	%	N	%
Nunca	1	24	4,6	20	3,8	26	5,0
	2	84	16,0	62	11,8	46	8,8
	3	122	23,3	104	19,8	67	12,8
	4	50	9,5	40	7,6	48	9,2
As vezes	1	0	0,0	3	0,6	12	2,3
	2	8	1,5	12	2,3	35	6,7
	3	16	3,1	18	3,4	59	11,3
	4	19	3,6	19	3,6	23	4,4
Quase sempre	1	7	1,3	8	1,5	5	1,0
	2	10	1,9	23	4,4	42	8,0
	3	36	6,9	50	9,5	35	6,7
	4	31	5,9	37	7,1	14	2,7
Sempre	1	18	3,4	18	3,4	6	1,1
	2	72	13,7	77	14,7	51	9,7
	3	26	5,0	28	5,3	39	7,4
	4	1	0,2	5	1,0	16	3,1
Total		524	100,0	524	100,0	524	100,0

Deve ser ressaltado que a Região 2 apresentou os melhores resultados nos três questionamentos sobre atividades físicas.

Nota-se que para todos os itens relacionados às atividades físicas houve pouca participação dos idosos, dados estes que reforçam as colocações de Matsudo (2000), que em pesquisa sobre o envelhecimento relata que à medida que aumenta a idade cronológica, as pessoas se tornam menos ativas, suas capacidades físicas diminuem, contribuindo para a deterioração do processo de envelhecimento.

As atividades físicas realizadas adequadamente podem ter um efeito positivo na saúde, prolongando a vida (Nahas, 2003). Com isso, realizar exercícios físicos na idade adulta indica o aumento da qualidade de vida no envelhecimento (Machado *et al*, 2003).

A caminhada, a realização de exercícios físicos diariamente pode ser praticada com o objetivo de promoção de saúde, condicionamento físico, lazer, promovendo benefícios à saúde orgânica, sensação de bem estar, melhoria da autoestima, autoimagem, resultando na prevenção de doenças crônicas degenerativas e contribuindo para um envelhecimento com autonomia e capacidade funcional (Benedetti *et al*, 2004).

Um estudo sobre aconselhamento para realizar atividade física, numa população de 1.937 idosos, no qual 545 (29.4%) encontravam-se na faixa etária acima de 80 anos, mostrou que 36,2% necessitavam de ajuda para caminhar, 33% realizavam atividades físicas inferiores a 2,5 horas por semana e 32,7% praticavam mais do que 2,5 horas de atividades físicas por semana (Hinrichs, 2011).

Fica evidente, dessa forma, que a atividade física em idosos muito velhos, respeitando os limites de cada indivíduo, pode ser realizada e deve ser incentivada no sentido de promover a melhoria da aptidão física relacionada à saúde.

5.2.3 Componente Comportamento Preventivo

Este componente investigou os níveis de pressão arterial e colesterol, uso de fumo e bebidas alcoólicas, bem como o respeito 106 normas de trânsito, sendo composto pelas alternativas: G) Você conhece sua pressão arterial, seu nível de colesterol e procura controlá-lo? H) Você não fuma ou ingere álcool com moderação (menos de duas doses ao dia)? I) Você sempre usa cinto de segurança e, se dirige, o faz respeitando as normas de trânsito nunca ingerindo álcool se forem dirigir?

Ao verificar se o idoso conhecia sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procurava controlá-los (item G), constatou-se que 275

(52,5%) dos entrevistados conheciam sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procuravam controlá-los; 109 (20,8%) declararam não possuir conhecimento sobre estes dados; 80 (15,3%) quase sempre sabiam estes valores e 60 (11,5%) às vezes conheciam sua pressão arterial e seus níveis de colesterol (Gráfico 4, Tabela 14).

Gráfico 4 - Informações dos 524 idosos muito velhos sobre as questões G,H e do componente comportamento preventivo. Aracaju/SE. 2012.

É interessante observar que a maioria dos entrevistados conhecia sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procuravam controlá-los, sendo que o melhor resultado ocorreu na Região 2, 99 (56,9%) e o pior resultado ocorreu na Região 4, com 44 (43,6%) dos idosos que relataram não conhecer os valores da pressão arterial e de colesterol (Tabela 14).

Na investigação se o idoso não fuma e não ingere álcool (ou ingere com moderação), conteúdo do item H, 328 (62,6%) dos entrevistados negou uso de tabaco e álcool (ou ingeriam com moderação); 85 (16,2%) sempre fumavam e ingeriam álcool; 62 (11,8%) às vezes evitavam esta prática e 49 (9,4%) quase sempre evitavam fumar e ingerir álcool (ou o faziam com moderação) (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição das informações dos idosos muito_velhos sobre as questões G, H e I do componente comportamento preventivo, por Região de Saúde. Aracaju, SE, 2012.

Indicador	Região de Saúde	Questões					
		G		H		I	
		N	%	N	%	N	%
Nunca	1	10	1,9	12	2,3	17	3,2
	2	49	9,4	20	3,8	19	3,6
	3	31	5,9	25	4,8	43	8,2
	4	19	3,6	28	5,3	30	5,7
As vezes	1	6	1,1	10	1,9	9	1,7
	2	9	1,7	12	2,3	9	1,7
	3	28	5,3	24	4,6	8	1,5
	4	17	3,2	16	3,1	12	2,3
Quase sempre	1	9	1,7	8	1,5	3	0,6
	2	17	3,2	22	4,2	15	2,9
	3	33	6,3	12	2,3	17	3,2
	4	21	4,0	7	1,3	13	2,5
Sempre	1	24	4,6	19	3,6	20	3,8
	2	99	18,9	120	22,9	131	25,0
	3	108	20,6	139	26,5	132	25,2
	4	44	8,4	50	9,5	46	8,8
Total		524	100,0	524	100,0	524	100,0

Evidencia-se, dessa forma, que a maioria dos idosos possuía um estilo de vida que evitava uso de tabaco e álcool, ou o faziam com moderação, e o melhor resultado foi apresentando pela Região 3, 139 (69,5%) e o pior resultado na Região 1 com 19 (38,8%) respondentes (Tabela 14).

Os efeitos agudos e crônicos do fumo e álcool são prejudiciais na capacidade de desempenho corporal, principalmente no que se refere à resistência física; o fumante e o alcoólatra não alcançam seu limite de desempenho individual devido à maior necessidade de oxigênio (Morigushi, 2003). Pode-se afirmar que o fumo e o álcool prejudicam de inúmeras formas a saúde e a capacidade de desempenho físico.

O consumo de álcool e o tabagismo são considerados comportamentos de risco à saúde e estão relacionados às características individuais, influenciando no processo de envelhecimento, podendo aumentar o risco de morbidade e mortalidade por diversas causas (Pereira, 2012).

Em relação ao questionamento sobre o respeito às normas de trânsito (como pedestre, ciclista, ou motorista; ao uso do cinto de segurança quando dirigindo e nunca ingerir álcool) (item I), 329 (62,8%) dos entrevistados realizavam estas práticas de segurança; 109 (20,8%) absolutamente não realizavam estas práticas em seu cotidiano; 48 (9,2%) quase sempre respeitavam as normas de trânsito e 38 (7,3%) às vezes possuíam estas práticas (Tabela 14).

Esses dados mostram que a maioria dos idosos do estudo praticava medidas corretas de segurança no trânsito, sendo que a Região 2 destacou-se com o melhor resultado, 131 (75,3%) e a Região 1 apresentou o pior resultado, 20 (40,8%) (Tabela 14).

Esses resultados mostram que a maioria dos idosos utilizava medidas de segurança no trânsito, prevenindo moléstias traumáticas e mantendo o nível de estilo de vida seguro. A incidência de acidentes automobilísticos é a maior causa de morte no mundo e é de três a quatro vezes maiores nos homens, principalmente na faixa etária de 40 anos e economicamente ativos (Pereira, 2008; Papaleo Neto, 2005).

5.2.4 Componente Relacionamento Social

Este componente buscou conhecer os hábitos de cultivar amizades e a participação em atividades grupais e comunitárias, sendo composto por três itens: J) Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos? K) Seu lazer inclui reuniões com os amigos, atividades esportivas em grupo ou participação em

associações? e L) Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil em seu ambiente social?

Em relação ao questionamento se o idoso procurava cultivar amigos e estava satisfeito com seus relacionamentos (item J), 418 (79,8%) dos entrevistados buscavam cultivar amigos e estavam satisfeitos com seus relacionamentos; 86 (16,4%) quase sempre; 17 (3,4%) às vezes e somente 2 (0,4%) não buscavam cultivar amigos e não estavam satisfeitos com seus relacionamentos (Gráfico 5, Tabela 15).

Gráfico 5 Informações dos 524 idosos muito velhos sobre as questões J, K e L do componente relacionamento social. Aracaju, SE, 2012.

Estes dados revelam que a grande maioria dos idosos deste estudo buscava cultivar amizades e referiam estar satisfeitos com seus relacionamentos e, como nos resultados anteriores, a Região 2 apresentou o melhor resultado, 157 (90,2%)(Tabela 15).

Ao ser investigado se seu lazer incluía encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou

entidades sociais (item K), 326 (62,2%) sempre procuravam realizar estas atividades; 87 (16,6%) quase sempre; 96 (18,3%) às vezes e apenas 15 (2,9%) absolutamente não incluíam em seu lazer estas atividades sociais (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição das informações sobre as questões J, K e L do componente relacionamento social, dos idosos muito velhos por Região de Saúde. Aracaju/SE, 2012.

Indicador	Região de Saúde	Questões					
		J		K		L	
		N	%	N	%	N	%
Nunca	1	1	0,2	2	0,4	3	0,6
	2	1	0,2	5	1,0	13	2,5
	3	0	0,0	7	1,3	47	9,0
	4	0	0,0	1	0,2	15	2,9
As vezes	1	2	0,4	3	0,6	1	0,2
	2	5	1,0	25	4,8	20	3,8
	3	6	1,1	44	8,4	22	4,2
	4	5	1,0	24	4,6	16	3,1
Quase sempre	1	7	1,3	14	2,7	13	2,5
	2	11	2,1	20	3,8	20	3,8
	3	48	9,2	33	6,3	19	3,6
	4	20	3,8	20	3,8	21	4,0
Sempre	1	39	7,4	30	5,7	32	6,1
	2	157	30,0	124	23,7	121	23,1
	3	146	27,9	116	22,1	112	21,4
	4	76	14,5	56	10,7	49	9,4
Total		524	100,0	524	100,0	524	100,0

A Região 2 apresentou o melhor resultado, 124 (71,3%) e a Região 4 apresentou o pior resultado, 56 (55,4%) (Tabela 15).

Percebe-se que os idosos deste estudo tinham um forte componente relacional, buscando cultivar amigos e mostravam-se satisfeitos com seus relacionamentos, participavam de atividades associativas que, segundo Friedman e Martin (2013), aumentam a chance de longevidade.

Nahas (2003) refere que quando os idosos não participam de atividades sociais isso, na maioria das vezes, ocorre devido a limitações físicas (dificuldade de deambular) e a déficits sensoriais, visuais e auditivos, que dificultam o relacionamento com outras pessoas.

O item L estava relacionado à inserção do idoso na comunidade, se procurava ser ativo em sua comunidade e se sentia útil no seu ambiente social. Os resultados mostraram que 314 (59,9%) sempre procuravam ser ativos em sua comunidade, sentindo-se úteis no seu ambiente social; 78(14,9%), absolutamente não eram ativos em sua comunidade; 73 (13,9%) quase sempre e 59 (11,3%) às vezes (Tabela 15).

Dessa forma, a maioria dos idosos procurava ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social, sendo, novamente, a Região 2 a que apresentou o melhor resultado, 121 (69,5%) e a Região 4 apresentou o pior resultado, 49 (48,5%).

Espera-se que estar ativo na comunidade, cultivar amigos, participar em entidades sociais, reduza o custo com cuidados de saúde e atendimento social, havendo uma percepção geral mais positiva da figura do indivíduo mais velho (Nahas, 2003). Numa sociedade que envelhece rapidamente, é de fundamental importância a redefinição do papel do idoso no meio social, valorizando-se a rica contribuição que ele ainda pode trazer.

Toda pessoa, independente da idade ou condição social, tem necessidade de ser reconhecida pelos demais como sendo alguém que é aceito, respeitado e valorizado no meio social em que está inserido (Amaro *et al*, 2005).

Ao longo dos anos, algumas pessoas vão se fechando e mudam o estilo de vida social, portanto, é necessário realizar adaptações aos

idosos e incentivar e resgatar atividades simples, como fazer passeios, viagens, conhecer novos amigos, realizar cursos, novos interesses e novos prazeres.

A amizade é um relacionamento especial porque as pessoas escolhem com quem querem conviver, é um elemento de escolha que pode ser importante para as pessoas, em especial as mais velhas, as quais podem sentir que estão perdendo o controle de suas vidas. A intimidade é outro importante benefício da amizade para os idosos, a maioria das pessoas mais velhas tem amigos íntimos e aquelas com um círculo ativo de amigos são mais felizes e saudáveis (Weineck, 2000).

O lazer reside na possibilidade de suscitar atitudes ativas durante a utilização do tempo livre, como a participação consciente e voluntária nas atividades sociais, sentindo-se útil no seu ambiente, opondo-se ao isolamento e ao recolhimento social (Zimerman, 2000).

5.2.5 Componente Controle do Estresse

Este componente buscou conhecer o tempo reservado para relaxar, o comportamento frente às discussões e a proporção de tempo reservado para o lazer e trabalho, abrangendo três alternativas: M) Você reserva tempo (ao menos cinco minutos) todos os dias para relaxar? N) Você mantém uma discussão sem se alterar mesmo quando contrariado? e O) Você procura equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer?.

Os resultados obtidos neste componente mostram como os idosos muito velhos de Aracaju conseguem contornar o estresse. A grande maioria dos idosos, 460 (87,8%), sempre reservava tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar (item M); 45 (8,6%) quase sempre; 18 (3,4%) às vezes e apenas 1 (0,2%) absolutamente não reservavam tempo para o relaxamento (Gráfico 6, Tabela 16).

Dessa forma a maioria dos entrevistados reservava tempo todos os dias para relaxar, sendo que a Região 2 apresentou melhor resultado, 168 (96,6% e a Região 1 apresentou resultados menos satisfatórios entre as Regiões de Saúde, como está demonstrado na Tabela 16.

Gráfico 6- Informações dos 524 idosos muito velhos sobre as questões M, N e O do componente relacionamento social. Aracaju,SE, 2012.

No quesito que investigou se o idoso mantinha uma discussão sem se alterar, mesmo quando contrariado (item N), 331 (63,2%) dos idosos responderam que sempre apresentavam este comportamento, 125 (23,9%) quase sempre, 55 (10,5%) às vezes e, somente 13 (2,5%) afirmaram alterar-se em uma discussão quando contrariados (Tabela 15).

Como nos outros quesitos, a Região-2 apresentou o melhor resultado, 128 (73,6%) e a Região-1 apresentou o resultado menos favorável, 21 (42,9%)(Tabela 16).

Quanto ao equilíbrio do tempo dedicado ao trabalho em relação ao tempo dedicado ao lazer (item O), constatou-se que 447 (85,3%) dos entrevistados o faziam sempre; 66 (12,6%) quase sempre; 9 (1,7%) às vezes e, apenas 2 (0,4%) nunca equilibravam este tempo (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição das informações sobre as questões M, N e O do componente controle do estresse dos idosos muito velhos por Região de Saúde. Aracaju/SE, 2012

Indicador	Região de Saúde	Questões					
		M		N		O	
		N	%	N	%	N	%
Nunca	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2	0	0,0	1	0,2	0	0,0
	3	0	0,0	9	1,7	0	0,0
	4	1	0,2	3	0,6	2	0,4
As vezes	1	1	0,2	4	0,8	0	0,0
	2	1	0,2	11	2,1	1	0,2
	3	13	2,5	22	4,2	3	0,6
	4	3	0,6	18	3,4	5	1,0
Quase sempre	1	10	1,9	24	4,6	10	1,9
	2	5	1,0	34	6,5	11	2,1
	3	22	4,2	49	9,4	25	4,8
	4	8	1,5	18	3,4	20	3,8
Sempre	1	38	7,3	21	4,0	39	7,4
	2	168	32,1	128	24,4	162	30,9
	3	165	31,5	120	22,9	172	32,8
	4	89	17,0	62	11,8	74	14,1
Total		524	100,0	524	100,0	524	100,0

Com isso, percebe-se que a maioria dos idosos equilibrava o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer, sendo que a Região-2 apresentou o melhor resultado 162 (93,1%) e a Região 4 apresentou o resultado menos favorável 74(73,3%), apesar de se manter em um nível satisfatório.

Para os cinco componentes analisados e considerando-se as quatro regiões do estudo, a Região-2 apresentou sempre os melhores resultados.

O *stress* é decorrente do estilo de vida que adotamos e da forma como enfrentamos as adversidades e constitui certamente qualquer processo de mudança mais significativa na vida do indivíduo, como perda de emprego, perda de um ente querido, mudanças familiares, situação de doença crônica na família e aposentadoria (Nahas, 2003).

Independente de situações estressantes pode-se lutar, de forma legítima, para eliminar a fonte de *stress*, manter o equilíbrio e a saúde, como evitar encontros ou situações onde o confronto é inevitável, reservar tempo para relaxar durante o dia, melhorar a capacidade de tolerar o *stress*, utilizar técnicas de autocontrole e relaxamento, cultivar amigos, fazer algo pelos outros, ter uma alimentação balanceada e praticar atividades físicas regularmente (Nahas, 2003).

Os amigos amenizam o impacto do *stress* na saúde física e mental, pois as pessoas podem confidenciar seus sentimentos e pensamentos, tendo liberdade para conversar sobre suas preocupações e sofrimentos. Assim, eles são veículos que podem contribuir positivamente nos enfrentamentos e mudanças no envelhecimento. É possível que o maior conforto com a auto_revelação e expressão de sentimentos contribuam para sua maior expectativa de vida (Weineck, 2000).

Os escores médios dos componentes físico e mental de 1160 idosos do Projeto SABE avaliados pelo Short-Form 36 indicam ma 116 valores no componente mental. Nesta pesquisa, os resultados dos níveis de estresse assemelham-se ao resultado do projeto acima citado, embora tenham sido utilizados formulários diferentes.

5.3 Perfil Geral do Estilo de Vida dos Idosos

Os resultados do questionário do PEVI foram organizados na figura de um Pentágulo (Nahas et al, 2000) onde cada extremidade representa os componentes: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse. Cada componente é constituído por três questões e a quantidade de espaços coloridos correspondeu às respostas dos participantes.

Dessa forma, se a resposta foi “não faz parte do seu estilo de vida” não foi colorido nenhum espaço, se foi “às vezes corresponde ao seu estilo de vida” coloriu-se um espaço; se foi “quase sempre presente no seu comportamento”, dois espaços e se foi “sempre presente no estilo de vida” coloriram-se os três espaços.

De acordo com Nahas (2000), a referência para um bem-estar está classificada em positiva, regular e negativa. Partindo desta classificação, o bem-estar dos 524 idosos muito velhos cadastrados nas Regiões de Saúde do município de Aracaju, a pontuação geral variou de 1,13 a 3 ($2,23 \pm 0,41$). Dentre os idosos, 362 (69,08%) obtiveram a pontuação entre 2 e 3, expressando-se, portanto, dentro do índice de referência para a classificação do estilo de vida positivo, e 162 (30,91%) alcançaram de 1 a 2 pontos, sendo classificados como estilo de vida regular (Gráfico 7, Tabela 17).

Gráfico 7 – Distribuição do perfil do estilo de vida individual dos idosos muito velhos do município de Aracaju/SE, Brasil, segundo região de saúde. 2012.

A média geral do PEVI dos idosos ficou em torno de 2,23, que classifica o estilo de vida do idoso como positivo para o bem-estar e um envelhecimento saudável. Em relação aos determinantes específicos, o controle do estresse foi o determinante com a maior pontuação (2,71), seguido do domínio de nutrição (2,69), relacionamento social (2,44), comportamento preventivo (2,10) e atividade física (1,20) (Gráfico 7, Tabela 17).

No presente estudo, o componente, atividade física foi o que apresentou menor pontuação no índice para o bem-estar. Apesar disso, de acordo com a classificação de Nahas (2000), este domínio permanece no índice regular ou intermediário (Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição Geral segundo a faixa etária, do perfil do estilo de vida individual dos idosos muito velhos. Aracaju/SE. 2012.

Determinantes	Faixa Etária (anos)	N	Mín.	Máx.	Média	Intervalo de confiança para a média (95%)		Valor de P
						Inferior	Superior	
Estilo de Vida	80 a 89	434	1,13	3,00	2,26	2,22	2,30	0,0001
	90 a 94	65	1,40	3,00	2,11	2,01	2,21	
	95 ou mais	25	1,47	2,53	2,00	1,87	2,12	
	Total	524	1,13	3,00	2,23	2,19	2,26	
Nutrição	80 a 89	434	1,00	3,00	2,71	2,67	2,74	0,28
	90 a 94	65	1,67	3,00	2,63	2,53	2,72	
	95 ou mais	25	1,33	3,00	2,68	2,50	2,85	
	Total	524	1,00	3,00	2,69	2,66	2,73	
Atividade Física	80 a 89	434	0,00	3,00	1,27	1,18	1,35	0,0001
	90 a 94	65	0,00	3,00	0,98	0,77	1,19	
	95 ou mais	25	0,00	2,00	0,64	0,38	0,89	
	Total	524	0,00	3,00	1,20	1,12	1,28	
Comportamento Preventivo	80 a 89	434	0,00	3,00	2,16	2,08	2,23	0,0001
	90 a 94	65	0,33	3,00	1,96	1,78	2,15	
	95 ou mais	25	0,00	3,00	1,48	1,15	1,80	
	Total	524	0,00	3,00	2,10	2,03	2,17	
Relacionamento Social	80 a 89	434	0,00	3,00	2,46	2,39	2,53	0,26
	90 a 94	65	0,33	3,00	2,29	2,09	2,50	
	95 ou mais	25	1,00	3,00	2,45	2,16	2,74	
	Total	524	0,00	3,00	2,44	2,37	2,50	
Controle do Estresse	80 a 89	434	0,67	3,00	2,71	2,67	2,75	0,92
	90 a 94	65	1,33	3,00	2,71	2,60	2,81	
	95 ou mais	25	1,67	3,00	2,74	2,58	2,90	
	Total	524	0,67	3,00	2,71	2,67	2,74	

Vale ressaltar que o determinante “nutrição” apresentou uma expressiva pontuação para o estilo de vida positivo, contribuindo para um envelhecimento saudável. Dos 524 idosos, 508 (96,9%) obtiveram índice positivo de referência para o bem-estar saudável.

Dessa forma, nota-se que, analisando-se individualmente, o determinante “nutrição” foi o único em que o idoso foi classificado em regular e positivo, sendo que os demais apresentaram classificação negativa, regular e positiva.

Quanto ao determinante “atividade física”, 216 (41,2%) foram classificados em negativo, 161 (30,7%) em regular e 147 (28,1%) em

positivo. Com relação ao “comportamento preventivo”, 34 (6,5%) apresentaram índice negativo, 139 (26,5%) regular e 351 (67,0%) positivo. A respeito do determinante “relacionamento social”, 15 (2,9%) idosos apresentaram índice negativo, 107 (20,4%) regular e 402 (76,7%) positivo. Quanto ao “controle do stress”, 1 (0,2%) idoso apresentou índice negativo, 28 (5,3%) regular e 495 (94,5%) positivo.

Em comparação com estudo que analisou a atividade física em idosos muito velhos, notou-se que mais da metade (54,8%) não atendia às recomendações de prática de atividade física para saúde, com a maior participação deste domínio no domicílio (63,7%) (Boscatto; Duarte; Barbosa, 2012), o que reforça os resultados obtidos no presente estudo.

A seguir será apresentado, para uma visualização panorâmica do PEVI, o Pentáculo do Bem-Estar dos 524 Idosos muito velhos, assim como o Pentáculo dos idosos por Região de Saúde (Figuras 6,7,8,9 e10).

Figura 6: Perfil do Estilo de Vida dos idosos muito velhos, das Regiões de Saúde do município de Aracaju/SE. 2012.

Figura 7 - Perfil do Estilo de Vida dos idosos muito velhos da 1ª Região de Saúde, Região-Sul, do município de Aracaju/SE. 2012.

Figura 8 – Perfil do Estilo de Vida dos idosos muito velhos da 2ª Região de Saúde, Região-Centro-Sul, do município de Aracaju,SE. 2012.

Figura 9 – Perfil do Estilo de Vida dos idosos muito velhos da 3ª Região de Saúde, Região-Centro-Norte, do município de Aracaju/SE. 2012.

Figura 10 – Perfil do Estilo de Vida dos idosos muito velhos da 4ª Região de Saúde, Região-Norte, do município de Aracaju/SE. 2012.

5.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE O ESTILO DE VIDA E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE, NUTRICIONAIS E DE LONGEVIDADE.

Neste tópico será analisada a associação entre o estilo de vida e as condições socioeconômica e demográfica, de saúde, nutricional e de longevidade dos idosos muito velhos de Aracaju, SE .

Observa-se que os fatores “idade” ($p = 0,1983$), sexo ($p = 0,641$), “estado civil” ($p=0,675$), “religião” ($p=0,269$), “arranjo familiar” ($p=0,373$), “renda familiar” ($p=0,219$), “condições econômicas” ($p=0,143$) e “situação econômica” ($p=0,232$) não apresentaram associação estatisticamente significativa com o estilo de vida. Os fatores “escolaridade” ($p<0,0001$), “número de dependentes” ($p<0,0001$), “profissão” ($p<0,0001$), “moradia” ($p=0,005$) e “residência” ($p=0,001$) apresentaram associação estatisticamente significativa com o estilo de vida (Tabela 18).

Os fatores escolaridade, número de dependentes e profissão apresentaram a associação estatisticamente significativa com estilo de vida, dentre as variáveis analisadas no perfil socioeconômico e demográfico (Tabela 18).

Com relação à moradia, levantaram-se as categorias “alugada”, “própria” e “outros”. Foram realizados dois testes: o teste de Kruskal-Wallis, considerando as categorias “alugada”, “própria” e “outros” ($p=0,051$), sem associação estatisticamente significativa com estilo de vida. Porém, como a categoria “outros” poderia estar pulverizando os dados, foi realizado o teste de Mann-Whitney para as categorias “própria” e “alugada” ($p=0,005$); neste caso, houve associação estatisticamente significativa entre moradia e estilo de vida.

Tabela 18. Relação entre o estilo de vida e as condições socioeconômicas e demográficas dos idosos muito velhos por regiões de saúde. Aracaju/SE, 2012.

Variável	N	%	Valor de p	Nível de Significância	Teste utilizado
Sexo					
Feminino	369	70,4	0,641	Não significativa	Mann-Whitney
Masculino	155	29,6			
Faixa Estária					
80 a 89 anos	434	82,8	<0,001	Significante	Correlação de Pearson
90 a 94 anos	65	12,4			
≥ 95 anos	25	4,8			
Estado Civil					
Solteiro	161	30,7	0,675	Não significativa	Kruskal-Wallis
Casado	33	6,3			
Separado	44	8,4			
Viúvo	286	54,6			
Escolaridade					
Analfabeto	140	26,7	<0,001	Significante	Kruskal-Wallis
1 a 3 anos	225	42,9			
4 a 7 anos	101	19,3			
> 7 anos	58	11,1			
Religião					
Nenhuma	7	1,3	0,269	Não significativa	Kruskal-Wallis
Católica	400	76,3			
Espírita	2	0,4			
Evangélica	109	20,8			
Outras	6	1,1			
Arranjo Familiar					
Cônjuge	71	13,5	0,373	Não significativa	Teste F
Cônjuge com filho	84	16,0			
Cuidador	36	6,9			
Cuidador família	22	4,2			
Filho	229	43,7			
Sozinho	82	15,6			
Renda Familiar					
< 1 sm*	1	0,2	0,219	Não significativa	Kruskal-Wallis
1 a 3 sm	470	89,7			
4 a 6 sm	46	8,8			
> 7 sm	7	1,3			
Condição Econômica					
Nenhum	6	1,1	0,143	Não significativa	Kruskal-Wallis
Aposentado	389	74,2			
Pensionista	71	13,6			
Aposen/Pens	56	10,7			
Outros	2	0,4			
Situação Econômica					
Muito boa/boa	204	39,0	0,232	Não significativa	Kruskal-Wallis
Razoável	279	53,3			
Ruim/muito ruim	40	7,7			

Um estudo analisou as características demográficas e socioeconômicas dos idosos com 80 anos ou mais nas localidades de Ribeirão Preto e Caxias do Sul. Os resultados evidenciaram que as variáveis “reside sozinho” e “escolaridade” apresentaram significância estatística com o estilo de vida, dados que se assemelham à amostra deste estudo. As variáveis “idade média”; “idade”; “gênero”; “estado civil”; “renda do idoso” e “possui moradia própria” não evidenciaram associação com estilo de vida, confirmando a tendência destas variáveis possuírem comportamento similar nas duas amostras, demonstrando semelhança com os dados deste estudo (Machado, 2003).

Tabela 19: Relação entre o estilo de vida e condições de saúde, dos idosos muito velhos. Aracaju, SE, 2012.

Variável	N	%	Valor de p*	Nível de Significância
Uso de medicamento				
Sim	452	86,3	0,477	Não Significante
Não	72	13,7		
Quantidade de medicamento				
1 a 2	207	39,5	0,108	Não Significante
3 a 4	147	28,1		
5 a 6	63	12,0		
Mais de 6	35	6,7		
Internação hospitalar no último ano				
Sim	166	31,7	<0,001	Significante
Não	358	68,3		
Ida ao dentista				
Sim	28	5,3	0,445	Não Significante
Não	496	94,7		
Queda nos últimos 12 meses				
Sim	149	28,4	0,144	Não Significante
Não	375	71,6		
Frequência das quedas				
1	120	22,9	0,416	Não Significante
2	16	3,1		
3	5	1,0		
4	5	1,0		
Mais de 4	3	0,6		
Auto Avaliação da saúde				
Boa/Muito boa	274	52,3	<0,001	Significante
Regular	209	39,9		
Ruim/Muito Ruim	41	7,8		
Plano de Saúde				
Sim	219	41,8	<0,001	Significante
Não	305	58,2		

*Teste F modelo ANOVA

Ao analisar a associação entre estilo de vida e condições de saúde, verificou-se que as variáveis “condição de saúde” ($p=0,001$), “plano de saúde” ($p=0,001$), “internação” ($p=0,001$) são estatisticamente significativas na associação com estilo de vida. As variáveis “uso de medicamento” ($p=0,477$), “quantidade de medicamentos” ($p=0,108$), “ida ao dentista” ($p=0,445$), “queda” ($p=0,144$), “frequência de queda” ($p=0,416$) não mostraram ser estatisticamente significativas na associação com estilo de vida.

Tabela 20: Relação entre o estilo de vida e condições nutricionais dos idosos muito velhos. Aracaju/SE, 2012.

Variável	N	%	Valor de p	Nível de Significância	Teste utilizado
Número de Refeições					
1 a 2	2	0,4	0,489	Não Significante	Kruskal-Wallis
2 a 3	56	10,7			
3 a 4	241	46,0			
4 a 5	144	27,5			
5 ou mais	81	15,4			
Alimenta-se sozinho					
Sim	518	98,9	0,308	Não Significante	Friedman
Não	6	1,1			
Dificuldade na mastigação					
Sim	145	27,7	0,241	Não Significante	Friedman
Não	379	72,3			
Higiene Oral					
Sim	500	95,4	0,392	Não Significante	Friedman
Não	24	4,6			
Alergia a alimentos					
Sim	43	8,2	0,145	Não Significante	Friedman
Não	481	91,8			

Em relação à associação entre estilo de vida e condições nutricionais, as variáveis “número de refeições diárias” ($p=0,489$), “dificuldade de mastigação” ($p=0,241$), “alimenta-se sozinho” ($p=0,308$) e “higiene oral” ($p=0,392$), bem como a relação do porcionamento dos diferentes tipos de alimentos com exceção das verduras e legumes e hortaliças, não possuem associação estatisticamente significativa com o estilo de vida.

Tabela 21 - Relação entre o estilo de vida e porções diárias de alimentos sólidos dos idosos muito velhos. Aracaju, SE, 2012.

Variável	N	%	Valor de p*	Nível de Significância
Cereais				
Nenhum	11	2,1	0,297	Não Significante
1 a 2	376	71,8		
3 a 4	136	25,9		
5 a 6	1	0,2		
Verduras e Legumes				
Nenhum	25	4,8	0,044	Significante
1 a 2	252	48,1		
3 a 4	182	34,7		
5 a 6	65	12,4		
Frutas				
Nenhum	4	0,7	0,152	Não Significante
1 a 2	311	59,3		
3 a 4	191	36,4		
5 a 6	19	3,6		
Carnes, Frango, Peixes e Ovos				
Nenhum	5	1,0	0,297	Não Significante
1 a 2	362	69,0		
3 a 4	156	29,8		
5 a 6	1	0,2		
Queijo, iogurte e Leite				
Nenhum	0	0,0	0,392	Não Significante
1 a 2	520	99,2		
3 a 4	4	0,8		
Feijão Ervilha e Grão-de-bico				
Nenhum	9	1,7	0,048	Não Significante
1 a 2	268	51,1		
3 a 4	244	46,6		
5 a 6	3	0,6		
Tubérculos/Raízes				
Nenhum	36	6,9	0,053	Não Significante
1 a 2	334	63,7		
3 a 4	153	29,2		
5 a 6	1	0,2		
Hortaliças				
Nenhum	56	10,7	0,044	Significante
1 a 2	204	38,9		
3 a 4	182	34,7		
5 a 6	82	15,7		
Óleos Vegetais, Azeite e manteiga				
Nenhum	134	25,6	0,719	Não Significante
1 a 2	375	71,5		
3 a 4	15	2,9		
Gorduras e Doces				
Nenhum	224	42,7	0,234	Não Significante
1 a 2	282	53,8		
3 a 4	16	3,1		
5 a 6	2	0,4		

*Teste de Friedman

No presente estudo, em que a maioria dos idosos realizava higiene oral e não apresentava dificuldade de mastigação, o que contraria os dados de um estudo com idosos acima de 80 anos, que avaliou o índice de mastigação e a higiene bucal e os impactos das condições bucais, a maioria dos idosos apresentou dificuldade de mastigação e má higiene bucal. (Silva *et al*, 2009).

Tabela 22 - Relação entre o estilo de vida e a ingestão líquida diária dos idosos muito velhos. Aracaju/SE, 2012.

Variável	N	%	Valor de p*	Nível de Significância
Água				
1 a 2	133	25,4	0,014	Significante
3 a 4	239	45,6		
5 a 6	139	26,5		
7 ou mais	13	2,5		
Leite Integral				
Nenhum	254	48,5	0,015	Significante
1 a 2	174	33,2		
3 a 4	80	15,3		
5 a 6	16	3,0		
Leite Semi-desnatado				
Nenhum	143	27,3	0,011	Significante
1 a 2	302	57,6		
3 a 4	69	13,2		
5 a 6	10	1,9		
Suco Natural				
Nenhum	57	10,9	0,024	Significante
1 a 2	295	56,3		
3 a 4	159	30,3		
5 a 6	13	2,5		
Suco Industrializado				
Nenhum	370	70,6	0,107	Não Significante
1 a 2	140	26,7		
3 a 4	14	2,7		
Chá				
Nenhum	161	30,7	0,045	Significante
1 a 2	285	54,4		
3 a 4	76	14,5		
5 a 6	2	0,4		
Café				
Nenhum	69	13,2	0,020	Significante
1 a 2	318	60,7		
3 a 4	130	24,8		
5 a 6	7	1,3		
Vinho				
Nenhum	396	75,6	0,107	Não Significante
1 a 2	121	23,1		
3 a 4	7	1,3		
Refrigerante				
Nenhum	323	61,6	0,093	Não Significante
1 a 2	188	35,9		
3 a 4	12	2,3		
5 a 6	1	0,2		

*Teste de Friedman

Ainda que vários estudos tenham demonstrado a importância da ingestão de líquidos para manter um bom funcionamento do organismo, neste estudo ela não mostrou correlação com o estilo de vida.

A aplicação do Teste de Mann-Whitney mostrou que estilo de vida dos idosos muito velhos teve uma correlação significativa com os indicadores da longevidade, com exceção de “pais falecidos antes dos 75 anos”, ou seja, os antecedentes familiares, bem como as relações sócias afetivas tem influência positiva para que a longevidade ocorra (Tabela 23)

Tabela 23 - Relação entre estilo de vida e os fatores relacionados a longevidade dos idosos muito velhos. Aracaju/SE, 2012.

Variável	N	%	Valor de p*	Nível de Significância
Pais falecidos antes dos 75 anos				
Sim	194	37,0	0,081	Não significativa
Não	330	63,0		
Pais dependentes de cuidados antes dos 75 anos				
Sim	61	11,6	0,002	Significante
Não	463	88,4		
Seus Avós e/ou Bisavós viveram mais que 80 anos				
Sim	397	75,8	<0,001	Significante
Não	127	24,2		
Contato familiar ou com pessoas consideradas da família ao menos 3x por semana				
Sim	501	95,6	<0,001	Significante
Não	23	4,4		
Atividade Social				
Sim	374	71,4	<0,001	Significante
Não	150	28,6		

*Teste Mann-Whitney

Diante destes resultados, pode-se inferir que estes idosos longevos provavelmente terão descendentes longevos, o que implica em maior atenção aos profissionais de saúde local para o cuidar e o orientar esse grupo populacional, buscando, como coloca Maddox (1995), uma “velhice competente” ou “envelhecimento ativo” para Birren *et al* (1996), no qual se busque a habilidade individual de cuidar de si

mesmos e que sejam capazes de realizar as atividades necessárias para viver independentemente, desde a perspectiva funcional e psicológica, com capacidade de solucionar os problemas cotidianos.

Essa ação é necessária, considerando que existem diferenças nos comportamentos dos idosos entre as regiões de saúde, captados pelo Pentágulo, o que pode ser resultado de ações ou programas de saúde desenvolvidos por equipamentos sociais destas regiões, visto, por exemplo, que os melhores resultados foram encontrados na 2ª Região .

5.5 CONSISTÊNCIA DO FORMULÁRIO PEVI, SEGUNDO ÍNDICE DE CRONBACH

Para calcular a consistência interna dos itens e subitens do formulário do PEVI, foi utilizado o índice de Cronbach.

Quando analisado nas quatro regiões de saúde do município de estudo, o índice variou entre os qualificativos: inaceitável (-0,83 a 0,48) em 10 USF; pobre (0,51 a 0,6) em três USF; questionável (0,65 a 0,68) em três USF, aceitável (0,7 a 0,76) em cinco USF, bom (0,82 e 0,84) em duas USF. Apesar de uma USF não apresentar tamanho da amostra que possibilitasse o cálculo, o qualificativo foi considerado excelente (índice = 0,98).

As evidências encontradas confirmam que o instrumento apresenta adequada consistência interna, que as questões estão associadas aos respectivos componentes, assim como abordam diferentes indicadores das dimensões investigadas. Dessa forma, conclui-se que o PEVI apresenta medidas psicométricas confiáveis para avaliar o estilo de vida de idosos nesta faixa etária.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Buscando avaliar o estilo de vida e sua associação com a longevidade dos 524 idosos muito velhos cadastrados em UBS do município de Aracaju - SE, verificou-se:

6.1 PERFIL DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE, NUTRICIONAIS E DE LONGEVIDADE DOS IDOSOS MUITO VELHOS.

6.1.1 Perfil Socioeconômico e Demográfico

- a maioria era do sexo feminino ;
- a idade variou de 80 a 108 anos, com prevalência da faixa etária entre 80 a 85 anos;
- a maioria com escolaridade de 1 a 3 anos;
- mais da metade eram viúvos ;
- predomínio do catolicismo ;
- a maioria era aposentados , com renda familiar mensal de um a três salários mínimos;
- lavradores;
- a maioria residentes em moradia própria , com condições de residência boa/muito boa;
- quase a metade conviviam com filho.

6.1.2 - Perfil de Saúde

- a maioria dos idosos consideravam a saúde boa e ou regular, e a minoria consideravam ruim;
- apenas uma pequena parte frequenta dentista;
- as cinco principais morbidades apontadas foram: HAS, artrose, hipercolesterolemia, DM e ICC;
- a minoria não faz uso de medicamentos de modo contínuo, a maior parte utiliza de um a dois medicamentos, seguido de uma menor parte que utiliza de três a quatro;

- menos de um quarto dos idosos relatou quedas uma vez no último ano, sendo estas, a maioria ocorrida no domicílio;
- a frequência de internação no último ano foi semelhante para homens e mulheres ;
- quase metade da população possuía plano privado de saúde.

6.1.3 Perfil Nutricional

- a maioria realizava de três a quatro refeições diárias, e a minoria de quatro a cinco refeições/dia; negou dificuldade de mastigação e alimentava-se sozinho;
- auto consumo de líquidos: a maioria consumia de 3 a 4 copos de água/dia; sucos naturais: de 1 a 2 copos ao dia; leite integral ou desnatado: de 1 a 2 copos/dia; de 1 a 2 copos ao dia de café e/ou chá;

6.1.4 Perfil de Longevidade

- a maioria dos idosos negou que os pais faleceram antes dos 75 anos; não possuíam pais dependentes de cuidados antes dos 75 anos; afirmou que os avós e/ou bisavós viveram mais de 80 anos; e que mantinha contato pessoal com familiares ou amigos ao menos três vezes por semana e participava de atividades sociais.

6.2 O PEVI DOS IDOSOS MUITO VELHOS, COM BASE NO PENTÁCULO DO BEM-ESTAR.

- a maioria obteve uma pontuação de referência para a classificação de um bem-estar positivo nas quatro Regiões de Saúde do município de Aracaju, SE;
- ficou evidenciado que as Regiões de Saúde-Centro Sul e Centro Norte a maioria dos seus idosos apresentou melhores pontuações para os determinantes do Pentágulo do Bem-Estar;

- para a maioria dos idosos, o determinante “atividade física” apresentou uma pontuação classificatória de índice negativo para o envelhecimento saudável;
- na análise individual do PEVI, o determinante “nutrição” foi o único que pode ser classificado em regular e positivo, para um envelhecimento saudável entre os idosos.

6.3. A ASSOCIAÇÃO ENTRE O PEVI E O PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO, DE SAÚDE, NUTRICIONAL E DE LONGEVIDADE DOS IDOSOS MUITO VELHOS.

- as condições socioeconômicas e demográficas possuem associação estatisticamente significativa para: idade (correlação de Pearson), escolaridade (teste de Kruskal-Wallis);
- o estilo de vida e condições de saúde possui associação significativa (teste de Friedman) para as variáveis: condição de saúde, plano de saúde e internação;
- o estilo de vida e condições nutricionais, de acordo com o teste de Friedman possui associação significativa para: porções diárias de verduras e legumes, de feijão e de hortaliças; ingestão de água, de leite integral e semidesnatado, de suco natural, de chá e de café;
- quanto à associação com a longevidade, as variáveis: pais dependentes dos filhos, avós/bisavós viveram mais de 80 anos, contato pessoal familiar e atividade social, possuem associação significativa com estilo de vida (teste de Mann Whitney).

O estilo de vida dos idosos de Aracaju, SE está classificado em regular e positivo para um envelhecimento saudável de acordo com a referência do Pentágono do Bem Estar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar esta pesquisa foi uma experiência ao mesmo tempo trabalhosa e gratificante.

O seu desenvolvimento demandou várias incursões e dedicação, que consumiu vários períodos, principalmente para a coleta de dados, mas, ao mesmo tempo permitiu conhecer e vivenciar o cotidiano e partilhar de algumas das experiências destes idosos, que em especial tem uma longa vivência, pois como proposto neste trabalho, tem mais de 80 anos!

Durante as entrevistas as falas destes idosos deixaram evidentes um forte apego e fé em Deus, um grande amor à família, uma elevada autoestima, assim como o cuidado com a saúde.

Aplicar este instrumento com a devolutiva individual, na qual cada idoso teve a oportunidade de conhecer como era o seu PEVI, foi outro aspecto positivo, pois muitos deles sentiam-se recompensados e orgulhosos com os resultados obtidos.

Os resultados proporcionam também para os enfermeiros e outros profissionais de saúde, uma base de informações destes idosos para lidarem com os mesmos de forma efetiva, realizando atividades de promoção, prevenção, reabilitação, tratamento e manutenção da saúde, visto que com o instrumento PEVI, é possível identificar os índices de referências para o bem-estar positivo, para um envelhecimento saudável e realizar intervenções quando classificados em regular ou negativo.

Conclui-se que o instrumento apresenta adequada consistência interna, que as questões estão associadas aos respectivos componentes, assim como abordam diferentes indicadores das

dimensões investigadas. Dessa forma, o PEVI apresenta medidas psicométricas confiáveis para avaliar o estilo de vida de idosos nesta faixa etária.

Não obstante os limites desta pesquisa, seus resultados trouxeram contribuições importantes para (re)pensar o estilo de vida e como, o instrumento Pentáculo do Bem Estar, pode contribuir para visualizar fortalezas e deficiências de idosos muito velhos, na construção de cuidados, orientações e programas que promovam uma vida saudável e adequada aos padrões em que vivem.

É importante salientar que a vida construída contribui para a velhice saudável, pois apesar dos resultados mostrarem que mais da metade dos idosos atualmente realiza pouca atividade física, não se pode desconsiderar o passado de lavradores, pedreiros, serventes de pedreiros, lavadeiras, empregadas domésticas, entre outros que exigiam esforços físicos ao longo de uma vida e que ajudaram a construir o perfil atual.

Esta pesquisa se constitui, portanto, numa produção importante não só para a enfermagem como para outras áreas do conhecimento que tem o idoso, especialmente o idoso muito velho como foco. Os achados deste estudo podem contribuir, rever e construir orientações direcionadas a este grupo, lembrando que as atividades gregárias contribuem de forma importante para a longevidade saudável e com qualidade.

Todas as evidências e realidades científicas atuais mostram que no envelhecimento deve-se considerar não só a quantidade dos anos vividos, mas a qualidade deles, como coloca Madri (2011), com toda a propriedade:

“Estilos e forma de vida saudável e principalmente manter-se ativos, conduz a maior longevidade, agregam mais anos de independência e protegem contra a co-morbidade nos últimos anos. Ou seja, a gente não deseja viver mais tempo, somente para ter mais anos de enfermidade e infelicidade; os anos agregados devem ser sadios” (Madri, 2011)

REFERÊNCIAS

- | 1. Organização Mundial de Saúde - OMS . Envelhecimento ativo – um projeto de política de Saúde, grupo de Doenças não transmissíveis e Saúde Mental- Departamento de Prevenção de Doenças não transmissíveis e Promoção de Saúde , Envelhecimento e Curso de vida, 2002.
- | 2. Papaléo Netto, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento com visão globalizada. São Paulo. Atheneu, 2005.
- | 3. Amaro LE da S, Johann JR, Meira PR dos S. O Estilo de vida do idoso urbano: o caso de Porto Alegre – RS. RBCEH, Passo Fundo, v.4, n.1, p.115-126, jan./jun; 2007.
- | 4. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública; 23 (8) : 1924-1930; 2007.
- | 5. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI. Belo Horizonte: Postgraduarte, 1998.
- | 6. Braz E, Segranfeld KU, Ciosak SI. O paradigma da 3ª idade. Cascavel: Coluna do Saber, 2006.
- | 7. Moraes, EP; Rodrigues, RAP; Gerhardt, TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v. 17, n. 2, p.374-383, abr/jun, 2008.
- | 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde: as cartas da promoção da saúde. Brasília (DF), 2002.
- | 9. Scliar M. Do mágico ao social. Porto Alegre (RS): L&PM. 1987.
- 10 Ballone GJ. Alfred Adler, in PsiqWeb, internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2005.Acesso em 27de 09 de 2011.
- 11 Vila Nova S. Introdução à Sociologia. São Paulo: Atlas, 2004.
- | 12 Nahas MV. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um etilo de vida ativo. Londrina; Midiograf, 2001.
- 13 Nahas MV, Barros MVG, Francalaci V. O Pentáculo do Bem-Estar base conceitual para avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. Revista Brasileira Ativ.Fis.Saúde. (5) 2, p. 48-59, 2000.

- 14 Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de vida em idoso com Distintos Níveis de Atividade Física. Rev. Brasileira Med. Esporte – vol. 15 nº3 , Maio / Junho 2009.
- 15 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE Censo Demográfico. Dados sobre População no Brasil, 2010.
- 16 Brasil- Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica –Nº19: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): MS, 2006.
- 17 Brasil. Estatuto do Idoso – Lei n.10741. Presidência da República, Brasília, out. 2003.
- 18 Fiedler MM, Perez KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2 p. 409-405, fev; 2008.
- 19 Costa EFA, Porto CC, Soares AT. Envelhecimento populacional Brasileiro e o aprendizado de Geriatria e gerontologia. Cad. Saúde Pública v.22, n.12, Rio de Janeiro, dec. 2006.
- 20 Rabelo DF, Néri AL. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. Psicologia em Estudo, 2005, 10(3): 403-12. Maringá.
- 21 Jordão Neto A. Gerontologia Básica, São Paulo. Lemos, 1997. P, 78.
- 22 Zimerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- 23 Lehr U. A Revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. Est. Interdiscipl. Envelhec., Porto Alegre, v. 1, p. 7-36; 1999.
- 24 Spirduso WW. Dimensões físicas do envelhecimento. São Paulo: Manole, 2005.
- 25 Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. São Paulo: Cad. Saúde Pública; 19 (3): 793-8; 2003.
- 26 Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23 n.10, oct; 2007.
- 27 Hayflick L. How and why we age. New York: Ballantine Books; 1994.
- 28 Bowling A, Gabriel Z, Dakes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its

enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev*; 56(4): 269-306; 2003.

29 Néri AL. *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas: Papirus, 2001.

30 Giacomini K. O desafio deste século é cuidar da saúde dos nossos velhos. *Rev. Eletrônica Mensal da SMSA-PBH*, dez. 2002. Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/dezembro2002/Acesso> em 29/09/2011.

31 Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Néri AL, D GG. (orgs). *Velhice e Sociedade*. 2ª ed. Campinas, SP: Papirus; 2004.

32 Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Morais EP, Rodrigues RAP. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter) nacional. *Rev. Esc Enferm USP*; 45(1): 264-71; 2011.

33 Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, v. 17, n. 2, p.374-383, abr/jun; 2008.

34 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Expectativa de vida no Brasil por Unidade da Federação*, 2010.

35 World Health Organization (WHO) [Organização Mundial da Saúde-OMS]. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

36 Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*; 2009; 43(3): 548-54.

37 Del Duca, GF; SILVA MC.; HALLAL PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública. São Paulo*, v.43 n.5 oct. 2009 Epub Sep 18, 2009

38 Brêtas ACP. O significado do processo de envelhecimento no mercado de trabalho e suas implicações na saúde dos (a) trabalhadores (as). *Texto Contexto Enferm. Maio/Ago*; 10 (2): 34-51,2001.

39 Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, Rocha ACAL. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso)*, v. 45, p. 1763-1768, 2011.

40 Negreiros TCGM. A nova velhice - uma visão multidisciplinar. Revinter. Rio de Janeiro, 2003.

41 Instituto Brasileiro de Geografia e estatística-IBGE. Dados da população Brasileira, 2010.

42 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. CIA World Fact Book (dados sobre longevidade mundial para 2009); Organização Mundial da Saúde (causas de morte); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (dados sobre Brasil e estados brasileiros) ,IBGE, 2008.

43 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Distribuição da população brasileira por gênero, 2010

44 Carey J ; Judge D . Life Span Extensions in humans is self-reinforcing: A general theory of: Longevity. Population and Development Review, v.27, n.3, p.411-3.

45 Camarano AA, (org) Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60? Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

46 Silva, C. O cuidado do idoso. Rio de Janeiro: EDURJ, 2005.

47 Silva JV. Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspectos . 1ª ed. São Paulo: Ítalia,2009.

48 OPAS; Organização Pan-Americana de Saúde. Envelhecimento ativo: política de Saúde. Brasília 2005

49 OMS – Life in the 21st Century: A vision for All (Relatório Mundial de Saúde) Genebra: Organização Mundial da Saúde.1998.

50 Svoboda C. Adler-Conceitos principais. The best passive bitcoin income.Unique business Project for earning bitcoins. [www,geocities,ws/instituente/christiandler.htm](http://www.geocities.ws/instituente/christiandler.htm) accessed am 7/12/2011.

51 Ururahy, G, Albert E. O cérebro emocional: as emoções e o stress do cotidiano.Rio de Janeiro:Rocco.2009.

52 Néri AL. O desenvolvimento integral do homem. A terceira idade. São Paulo; 1995.

53 Celich KLS , Spadari G. Estilo de vida e Saúde : Condicionantes de um envelhecimento Saudável – Cogitare Enferm.2008 Jan/Mar , 13(2):252-60.

54 Nahas MV. O Pentágono do Bem-Estar. Boletim do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde CDS/UFSC; 2(7)p1-1; 1996.

55 Higgs P, Hyde M, Wiggins R, Blane D. Researching quality of live in early old age: the importance of the sociological dimension. *Soc Policy Adm*, 37 (3): 239-52; 2003.

56 Bowling A, Gabriel Z, Dakes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev* 2003; 56(4):269-306

57 Strawbrigde WZ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and weel-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Geontologist* 2002, 42(6):727-33.

58 Sene R, Silva ES, Carrer F. Comparativo do estilo de vida dos idosos das cidades de Laguna e Tubarão em Santa Catarina. *EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires*, ano16,Nº 164, Enero de 2012.

59 Silva RLF, Martins RLR, Lima LF. Autonomia funcional e qualidade de vida de idosos de uma unidade de saúde do município de Santarém, em 2009. *Revista digital Buenos Aires*, ano 16, n.162, noviembre de 2011.

60 Prado ES, Silva AW, Oliveira AN, Braptista JS , Nacif M . Aplicação do Pentáculo do Bem Estar em uma grupo praticante de atividade física regular. *Revista Digital.Buenos Aires* , Ano 15,nº 148, Septicubre de 2010.

61 Cruz KCM. Análise do estilo de vida de idosos do grupo de ginástica da Unidade de saúde Fanny Lindoia da cidade de Curitiba. *Revista Eletrônica de Educação Física*, 2009.

62 Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz. Rio Claro*. Vol.16, nº4, p.1024-1032, out/dez. 2010

63 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Distribuição da população por sexo segundo grupos de idade por região brasileira. IBGE, 2010

64 Santos, RC. Saúde todo dia uma construção coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006.

65 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese dos indicadores sociais no Brasil, 2010.

66 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico. Dados sobre População no Brasil, PNA (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2008). IBGE, 2010

67 Guimarães RB. Regiões de Saúde e escalas geográficas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (4): 1017-1025, jul-ago, 2005.

68 Bolfarine H, Bussab W.O. Elementos de amostragem. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

69 Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva, World Health Organization, 1991.

70 Malhotra NK. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman, 2001.

71 Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnostico de demência no Brasil. Arq Neuropsiquiatr, 1998.

72 Vieira EB. Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.

73 Machado JC, Ribeiro RC, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. Rev. Bras. Epidemiol; 10(4):592-605; 2007.

74 Brucki SMD, Bitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq. Neuropsiquiatr 2003; 61 (3B): 777-81.

75 Laks J, Batista EMR, Guilherme ERL, Contino ALB, Faria MEV, Rodrigues CS, et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly. Arq Neuropsiquiatr. 63(2a): 207-212; 2005.

76 Minayo MCS – O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

77 Ludke M; André M. Pesquisa em educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo, 1986.

78 Dawson BI; Tropp RG. Bioestatísticas básica e clínica . 3ª ed . São Paulo: Mc Graw-Hill: 2003.

79 Oviedo HC, Campos-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach, Ver. Colombiana Psiquiatr, 2005;34(4): 572-80

80 Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário da União. Brasília (DF); 1996 Out 16, n.201, Seção1: 21082.

81 Lucca, MG, Recchia A, Logroscino G, Tiraboschi P, Franceschi M, Bertinotti C, Biotti A, Gargantini E, Maragna M, Nobili A, Pasina L, Franchi C, Riva E, Tettamanti M. A Population-based study of dementia

in the oldest old: the Monzino 80-plus Study. BMC Neurology 2011, 11:54 <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/11/54>

82 Berquó E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. Trabalho apresentado no Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Populacional: uma agenda para o fim do século. 1996. Brasília.

83 Camarano AM, Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? Estud Avanç. 17(49), 2003, p 35- 63.

84 Ribeiro TC. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE: Saúde, Bem Estar e Envelhecimento. Tese (Doutorado). USP. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. 2006. p.60-62.

85 Neri, A L. Idosos no Brasil: vivências desafios e expectativas na terceira idade. Org. São Paulo: editora Fundação Perseu Abramo. Edições SESC. São Paulo: 2007. 288p.

86 Boscatto, EC Duarte, MFC Barbosa AR. Nível de atividade física e variáveis associadas em idosos longevos de Antônio Carlos, SC. Rev Bras Ativ Fis e Saúde .Pelotas/RS • 17(2):132-136. Abr/2012

87 Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. Rev Saúde Pública 2012; 46(1): 138-46

88 Lima TS, Junior PRR, Santos BM, Pacheco SCS, Pacheco CRS. Análise do perfil socioeconômico e condições de saúde de idosos com doença de Alzheimer do município de Assis – SP. J Health Sci Inst. 2011;29(3):202-4

89 Machado GPM; Barreto SM; Passos VMA; Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos. Rev Assoc Med Bras 2004; 50(4): 367-72

90 Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Moraes EP, Rodrigues RAP. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter) nacional. Rev. Esc Enferm USP; 45(1): 264-71; 2011.

91 Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da Saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. Ver.Saúde Pública.2011;45(6) 1145-53.

92 Vasconcelos LCA, Junior RRP, Teles JBM, Mendes RF. Auto percepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(6): 1101-1110, jun., 2012.

93 Xavier AJ, D'Orsi E, Sigulem D, Ramos LR. Orientação temporal e funções executivas na predição de mortalidade entre idosos: estudo Epidoso. *Rev Saúde Pública* 2010;44(1):148-58

94 Acosta MAF Getting Old in the city a study on group pf physical activites for elderly people Santa Maria/RS:The fiep Bulletin, v.77,p. 625-628.2007.

95 Amarasinghe A, D'Souza G, Brown C, 2, Hyungna OH, Borisova T. The Influence of Socioeconomic and Environmental Determinants on Health and Obesity: A West Virginia Case Study *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2009, 6(8), 2271-2287.

96 Diederich A, Swait J, Wirsik N. Citizen Participation in Patient Prioritization Policy Decisions: An Empirical and Experimental Study on Patients' Characteristics Published: May 09, 2012

97 Ferreira CCC, Gondim MR, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in Elderly Individuals treated in the Brazilian Public Health System in Goiânia. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(5): 621-628.

98 Maciel ACC, Guerra RO. Influence of biopsychosocial factorson the functional capacity of the elderly living in Brazil's Northeast. *Rev Bras Epidemiologia*. 2007; 10(2): 178-89.

99 Organização Mundial da Saúde-OMS. Relatório Global para prevenção de quedas na velhice. 2007.

100 Parreiras JG, Soldá SC, Perlingeiro JAG, Padovesse, Karakhanian WZ, Assef JC. Análise Comparativa das Características do Trauma entre pacientes idosos e não idosos. *Rev. Assoc.Med.Brasileira*, 2010;56(5):541-6.

101 Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010; 56(2): 162-7.

102 Nicolussi AC, Sawada NO. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(1): 125-30

103 Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, usam de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira, um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2003 19 (3): 735-43.

104 Joseph S, Ethan A, Dawn MB. Use of stroke secondary prevention services: Are Disparities in Care? *Stroke* 2009;40:1811-1819.

105 Pereira ABCN, Gama A, Junior P, Silva R, Barbosa MTS RS. A a Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.9, pp. 1929-1936.

106 Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores e dados básicos.2009 Disponível em <http://tabenet.datasus.gov.br>.

107 Souza FJ. Nutrição dos Idosos. In: Silva JV. Saúde do Idoso- Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos. Iátria. 2009.

108 Freedman I, Park Y, Abnet CC, Hollenbeck AR, Sinha R. Association of coffee drinking with total cause-specific mortality. *N.Engl.J.Med.*2012;366:1891-1904.May 17,2012.

109 Friedman HS, Martin LR. The Longevity Project-Surprising Discoveries for Health and Long Life from the Landmark Eight-Decade Study, 272p. 2013.

110 Alves LC; Neri 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, ago. 2007.

111 Frank AA, Soares EA. Nutrição no envelhecer. São Paulo: Atheneu:2004.

112 Campos MTFs, Monteiro JBR, Ornelas, APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do Idoso. *Rev.Nutr.Campinas*. v.13, n.3, p.157-165.set/dez 2000.

113 Harris NG. Nutrição no Envelhecimento. In: Mahan LK, Arlin MY, Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia, 10 ed. São Paulo: Roca. 2002, cap.14. p.255-272.

114 Marucci MEN, Mercúrio R. Metabolismo do Idoso. *Revista Nutrição Profissional*. n.3.p.14-19.set/out.2005.

115 Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física em Mulheres Idosas: Validade concorrente e reprodutibilidade Teste-reteste. *Ver.Bras.Ci. e Mov.*2004;12(1):25-34.

116 Caspersen CJ, Powel KE, Christensen GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100:126-131,1985.

- 117 Matsudo, S.M. Avaliação do Idoso: física e funcional. Londrina: Midiograf, 2000.
- 118 Nahas, MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3ed. Londrina Midiogra; 2003.
- 119 Hinrichs T, Moschny A, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Thiem U, Platen P. General practitioner advice on physical activity: analyses in a cohort of older primary health care patients. BMC Fam Pract. 2011 May 10;12:26.
- 120 Morigushi Y. Biologia geriátrica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
- 121 Pereira JS, Araújo MB. Projeto ação e saúde: as interfaces da extensão universitária e da pesquisa em ação comunitária através do estilo de vida. 2012. Disponível em:< http://www.educonufs.com.br/cdvicoloquio/eixo_02/PDF/162.pdf>. Acesso em: abril 2013.
- 122 Pereira EP, Bona JR, Lopes D, Lima TB, Liposcki DB. Atividade física e estilo de vida de idosos com idade entre 60 a 69. <http://www.efdeportes.com/Rev.Digital.Buenos Aires – Ano 12 nº 118 – Marzo de 2008>.
- 123 Amaro JRG, Filho WJ., Avaliação nutricional. In: Avaliação Global do Idoso. São Paulo: Atheneu: 2005.
- 124 Weineck J, Biologia do Esporte. São Paulo: Manole: 2000.
- 125 Zimerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000
- 126 Nahas MV. Atividade Física, Saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3 ed.Londrina Midiograf.2003.
- 127 Nahas MV, Barros MVG, Francalaci V. O pentágulo do Bem – Estar base conceitual para avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. Revista Brasileira Ativ.Fis.Saúde. (5)2, p. 48-59, 2000
- 128 Machado CS, Florentino FRA, Schmitt MHP, Estran NVB. Atendimento no trauma cranioencefálico.Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2003.
- 129 Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da Saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. Ver.Saúde Pública.2011;45(6) 1145-53.
- 130 Maddox G, Atchley RC, Evans JG, Finch CE, Hultsch DF, Kane RA et, al. The Encyclopaedia of Aging . 2ª. Ed. New York. Springer Publishing Company, 1995.

131 Birren J et al. Encyclopedia of Gerontology, age, aging and the aged. Academic Press, San Diego, 1996.

132 Madri IF. Nutrición y vida activa: de laprevencion a lãs necesidades nutricionailes. In: Osório MQ. La salud de los adultos mayores: una Vision compartida. 2ª Ed. Washington DC. OPS, Cap. 5. P. 109-128, 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Idoso (a) Colaborador(a),

O Sr.(a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Estilo de Vida e sua associação com a Longevidade do idoso muito velho de Aracaju-Se”.

A finalidade deste estudo é contribuir com o trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica, na avaliação global da pessoa idosa, subsidiando ações de prevenção e promoção da saúde no atendimento desta população.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, solicito sua colaboração no sentido de responder as questões dos formulários: Mine-Exame do Estado Mental; Indicadores Socioeconômicos, Demográficos, de Saúde, Nutricional e de Longevidade

A sua participação será fundamental para a realização desta pesquisa e, ao assinar este Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE o Sr (a) estará afirmando que recebeu as seguintes informações:

1. A sua participação na pesquisa será voluntária e será garantida a possibilidade e do Perfil do Estilo de Vida Individual-Pentáculo do Bem Estar.de desistência em qualquer fase da pesquisa, no momento que desejar, sem qualquer tipo de ônus, tanto para o colaborador como para o pesquisador;
2. Não haverá despesa pessoal para o colaborador em qualquer fase do estudo como também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação;
3. Será garantido o sigilo, o anonimato e a confidencialidade das informações, tanto na coleta dos dados como na publicação do estudo;
4. O material resultante desta investigação será utilizado, exclusivamente, nesta pesquisa e na publicação de artigos científicos, ficando a guarda e controle do mesmo sob responsabilidade da pesquisadora- que será guardado por cinco (05) anos e incinerado após esse período;
5. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será entregue ao Sr (a) coloborador (a) da pesquisa;
6. Qualquer dúvida quanto as questões Éticas da Pesquisa poderá entrar em contato com a pesquisadora, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe Telefone:2105-1813,com a Profª Dra. Suely Ytsuko Ciosak Tel 11 30617548-Orientadora da Pesquisa ou no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Telefone (011) 30617548 E-mail [edipesq@usp.b](mailto:edipesq@usp.br)

Orientadora:_____Pesquisadora:_____

— Profª. Dra.Suely Ytsuko Ciosak
Lima

Doutoranda Wilma Resende

,Eu _____Fui informado (a) dos objetivos do estudo “Estilo de Vida e sua associação com a Longevidade do idoso muito velho de Aracaju-Se” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Aracaju, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do (a) Idoso (a) Colaborador (a):_____

APÊNDICE B – CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES SÓCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE, NUTRICIONAIS E DE LONGEVIDADE.

I CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

Nome (Iniciais) _____

1 Idade:

- 1a() 80 - 84 anos 1b() 85 - 89 anos 1c() 90 - 94 anos
1d() 95 - 99 anos 1e() > 100 anos

2) Sexo:

- 2a() masculino 2b() feminino

3) Estado Civil:

- 3a() solteiro(a) 3b() casado(a)/união
3c() separado(a) 3d() viúvo(a)

4) Escolaridade em anos de estudo:

- 4a() analfabeto 4b() 1 – 3 anos 4c() 4 – 7 anos 4d() > 7 anos

5) Religião : () Não () Sim – vá para 5a

5. a() Católica 5.b() Evangélica 5.c() Outras _____

6) Condições econômicas: 6a() ativo (a) 6b() inativo (a)

- 6.b1() aposentado(a) 6.b2() pensionista 6.b3() nenhum

6.b4() outros _____

- 7a() Muito boa/boa 7b() Razoável 7c() Ruim/Muito ruim

8) Renda familiar mensal:

- 8a() < que 1 SM 8b() de 1 até 3 SM
8c() de 4 a 6 SM 8d() maior que 07 SM

9) Número de dependentes da renda:

- 9a() nenhuma 9b() 1 pessoa 9c() de 2 a 4 pessoas
9d() mais de 5 pessoas

10) Profissão que mais exerceu:

- 10a() Cabeleireiro(a) 10b() Cozinheiro(a) 10c() Pedreiro
10d() Sapateiro 10e() Outros: _____

11) Moradia :

- 11a() Própria 11b() Alugada 11c() Outra

12) Como considera sua residência:

- 12a() Boa/Muito boa 12b() Razoável 12c() Ruim/muito ruim

13) Arranjo familiar:

- 13a() mora sozinho(a) 13b() com esposo(a) 13c() Com filhos
13d() com esposo(a) mais filho(s) 13e() Outros

II CONDIÇÕES DE SAÚDE

14) Em geral, o(a) senhor(a) diria que a sua saúde é:

14a () muito boa 14b () boa 14c () regular 14d () ruim/muito ruim

15) Tem Plano de Saúde: 15a () Sim. Qual: _____ 15b () Não.

(16) Usa medicamentos: () Não () Sim vá para os subitens abaixo

16a () 1-2 16b () 3-4 16c () 5-6 16d () > 6

17) Houve internação hospitalar no último ano: () Não () Sim vá para os subitens abaixo

17a () 1 vez 17b () 2 vezes 17c () 3 vezes
17d () 4 vezes 17e () acima de 4

18) Apresenta algum(s) destes distúrbios?

18a () Pressão Alta 18b () Diabetes 18c () Artrose
18d () Colesterol alto 18e () Angina 18f () Insuf. Cardíaca
18g () AVC/DCV 18h () DPOC(Br/Enfi) 18i () Osteoporose
18j () Depressão 18l () Hipertireoidismo 18m () Hipotireoidismo
18n () Incont. Uriná. 18o () Parkinson 18p () Alzheimer
18q () Câncer

19) Vai sempre ao dentista?: () Sim () Não

20) Sofreu queda nos últimos 12 meses: () Não () Sim

20a.Quantas vezes: _____ 20b.Onde: _____

III CONDIÇÕES NUTRICIONAIS

21 Quantas refeições costuma fazer diariamente?

21a () 1 a 2 21b () 2 a 3 21c () 3 a 4 21d () 4 a 5 21e () 5 ou mais

22 Número de porções diárias de:

Grupo de Alimentos	A 1 – 2	B 3 – 4	C 5 – 6	D > 7
a) Cerais (arroz, milho, trigo, pães e massas).	()	()	()	()
b) Verduras e legumes	()	()	()	()
c) Frutas	()	()	()	()
d) Carne, frango, peixe, ovo	()	()	()	()
e) Leite, queijo, iogurte	()	()	()	()
f) Feijão, ervilha, grão-de-bico	()	()	()	()
g) Tubérculos/raízes (batata, mandioca, macaxeira/aipim).	()	()	()	()
h) Hortaliças	()	()	()	()
i) Óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina	()	()	()	()
j) Gorduras e doces	()	()	()	()

23 Qual grupo, dentre os 10 citados na questão 22, é de nenhuma ou menor predileção?

Grupo ()

24 Qual grupo, dentre os 10 citados na questão 22, é de maior predileção?

Grupo ()

25 Apresenta alergia a algum alimento?

25a () Não 25b () Sim Qual? _____

26 Quanto de líquidos em copos costuma beber por dia?

Líquidos	A	B	C	D
	1 - 2	3 - 4	5 - 6	> 7
a) Água	()	()	()	()
b) Leite integral	()	()	()	()
c) Leite semi desnatado	()	()	()	()
d) Suco natural	()	()	()	()
e) Suco industrializado	()	()	()	()
f) Chá	()	()	()	()
g) Café	()	()	()	()
h) Vinho	()	()	()	()
i) Refrigerante	()	()	()	()
j) Outros	()	()	()	()

27 Sente dificuldade durante a mastigação?

27a () Sim 27b () Não

Alimenta-se sozinho (a) na maior parte do tempo?

28a () Sim 28b () Não

29 O (a) Sr. (a) escova os dentes após as refeições ao menos uma vez ao dia ?

29 a () Sim 29b () Não

IV CONDIÇÕES RELACIONADAS À LONGEVIDADE

30 Seus pais faleceram antes dos 75 anos de causas não acidentais?

30 a () Sim 30 b () Não

31 Seu pai e/ou sua mãe tornaram-se dependentes de cuidados de outras pessoas antes dos 75 anos ?

31a () Sim 31b () Não

32 Alguns de seus avós ou bisavós viveu até os 88 anos ou mais?

32a () Sim 32 b () Não

33 Você tem contato pessoal com familiares ou pessoas consideradas como parte da família, ao menos 3 vezes por semana?

33 a () Sim 33 b () Não

34 Participa de atividade social? () Não () Sim, vá para os subitens abaixo.

34 a () Grupo religioso 34 b () Associação 34 c () Palestras

34 d () Teatro 34 e () Praia 34 f () Cinema

34 g () Shopping 34 h () Ginástica 34 i () Palavras cruzadas

34 j () Ler jornal 34 l () Salão de Bel .34 m () Grupo de Idoso

34n () Outros

ANEXO 1 - DECLARAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - NEPS

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
Aracaju
Cidade da qualidade de vida

**SAÚDE
SEMPRE**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que fica autorizada a realização da pesquisa "ESTILO DE VIDA E SUA ASSOCIAÇÃO COM A LONGEVIDADE DO IDOSO MUITO VELHO" nas Unidades de Saúde da Família, pela aluna do Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Wilma Resende Lima,

Aracaju, 15 de março de 2012.

Maria Angélica de Jesus
Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
RUA LUIZ CARLOS PRESTES, 99 – Bairro PONTO NOVO CEP 49097-380 ARACAJU-SE
TELEFONE: (79) 3259-6781 - E-MAIL: saude.ceps@aracaju.se.gov.br

ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: ESTILO DE VIDA E SUA ASSOCIAÇÃO COM A LONGEVIDADE DO IDOSO MUITO VELHO DE ARACAJU-SE

Área Temática:

Pesquisador: Wilma Resende Lima

Versão: 2

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 01555912.4.0000.5392

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 74143

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

A pesquisa será desenvolvida em Aracaju/SE, com idosos usuários de 24 Unidades Saúde da Família, com 80 anos ou mais, de ambos os sexos, "com condições de verbalização" e que aceitem participar da pesquisa. Será utilizado método survey ou levantamento, onde obtem as informações a partir do interrogatório dos participantes, serão utilizados três formulários: 1-Mini Exame do Estado Mental, para identificar a condição cognitiva; 2-Indicadores Socioeconômicos, Demográficos e de Saúde, para caracterizar a amostra nestes aspectos; 3-Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) para conhecer o modo de viver da cada idoso". Será considerado o escore de 19 como ponto de corte para analfabetos, 23 para aqueles com um a três anos de escolaridade, 24 para quatro a sete anos e 28 para aqueles com mais de sete anos de escolaridade, conforme expõe a metodologia descrita por (Laks et al. 2005). De acordo com o resultado da avaliação cognitiva, será realizado o levantamento dos indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde, como também sobre o estilo de vida. Os dados referentes aos aspectos socioeconômicos, demográficos e de saúde, serão codificados e introduzidos em um banco de dados do programa SPSS Versão 12.0. Serão analisados por meio de estatística descritiva e apresentados em tabelas com frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis categóricas; e das médias, com desvio padrão para as variáveis contínuas".

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o estilo de vida e sua associação com a longevidade do idoso muito velho cadastrado em Unidade Básica de Saúde de Aracaju-SE; Caracterizar condições socioeconômicas, demográficas e de saúde do idoso muito velho de Aracaju; Identificar o perfil do estilo de vida do idoso muito velho de Aracaju; Analisar a associação do Estilo de vida e a longevidade com os dados socioeconômicos, demográficos e de saúde do idoso muito velho de Aracaju; Diagramar o perfil do estilo de vida individual do grupo de idoso muito velho de Aracaju, para a Unidade Básica de Saúde de que o grupo esteja cadastrado".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerados como benefícios a possibilidade de melhora da qualidade de vida de idosos.

Não considera que haja riscos aos sujeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisadoras referem que os resultados podem contribuir no aprimoramento da qualidade de vida de idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está adequado às orientações da Resolução 196/96.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu às solicitações deste Comitê de Ética em Pesquisa (CEP EEUSP).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esta aprovação do CEP EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

14 de Agosto de 2012

Assinado por:
Celia Maria Sivali Campos

ANEXO 3 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

NOME: _____ IDADE: _____ anos

ANOS DE ESCOLARIDADE: _____ DATA: ____/____/____

I- Orientação Temporal (0-5 pontos)

1. Em que dia estamos?

1a. Dia	() Certo	() Errado
1b. Mês	() Certo	() Errado
1c. Ano	() Certo	() Errado
1d. Dia da Semana	() Certo	() Errado
1e. Semestre	() Certo	() Errado

II- Orientação Espacial (0-5 pontos)

2. Onde estamos?

2a. Local	() Certo	() Errado
2b. Rua	() Certo	() Errado
2c. Bairro	() Certo	() Errado
2d. Cidade	() Certo	() Errado
2e. Estado	() Certo	() Errado

III- Registro de Memória de Fixação (0-3 pontos)

Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 05 repetições):

3a.	_____	_____	_____	_____	_____
Caneca					
3b.	_____	_____	_____	_____	_____
Tijolo					
3c.	_____	_____	_____	_____	_____
Vaso					

IV- Atenção e Cálculo

O(a) Sr(a) faz cálculo?

() Sim - vá para 4a () Não – vá para 4b

4.a Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (total 05 subtrações) (0 - 5 pontos)

4a.1 -93	() Certo	() Errado
4a.2 -86	() Certo	() Errado
4a.3 -79	() Certo	() Errado
4a.4 -72	() Certo	() Errado
4a.5 -65	() Certo	() Errado

4.b Soletre a palavra MUNDO de trás para frente (0-5 pontos)

4b.1 () O 4b.2 () D 4b.3 () N 4b.4 () U 4b.5 () M

V. Memória de Evocação (0-3 pontos)

Repita as palavras que disse há pouco: 5a () Caneca 5b () Tijolo 5c () Vaso

VI. Linguagem

6 Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los (0-2 pontos).

6.a () Relógio 6.b () Caneta

VII. Repita a frase (0 - 1 ponto)

7.1a () Nem aqui, Nem ali, Nem lá

7.2 Siga uma ordem de três estágios (0 -3 pontos)

7.2.a () Pegue o papel com a mão direita

7.2.b () Dobre-o ao meio 7.2.c () Ponha-o no chão

VIII. Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute (0- 1 ponto).

8.a() Feche os olhos

IX. Peça ao idoso para que escreva uma frase completa (Deve ter sujeito e verbo) (0- 1 ponto).

9.a () _____

X. Copie o desenho (0-1 ponto).

10.a

ANEXO 4 - PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL (Nahas, 2000)

O ESTILO DE VIDA corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual.

Manifeste-se sobre cada informação considerando a escala:

- (0) absolutamente não faz parte do seu estilo de vida.
- (1) às vezes corresponde ao seu comportamento.
- (2) quase sempre verdadeiro no seu comportamento.
- (3) a afirmação é sempre verdadeira no seu dia-a-dia; faz parte do seu estilo de vida.

A) Componente: Nutrição

- a) Sua alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças.
(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre
- b) Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces.
(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre
- c) Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo.
(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre

B) Componente: Atividade Física

- d) Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana.
(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre
- e) Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular.
(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre
- f) No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escada ao invés do elevador.
(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre

C) Componente: Comportamento Preventivo

- g) Você conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los.
(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre

h) Você não fuma e não ingere álcool (ou ingere com moderação)

(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre

i) Você respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); se dirige usa sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool.

(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre

D) Componente: Relacionamento Social

j) Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos.

(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre

k) Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.

(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre

l) Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social.

(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre

E) Componente: Controle do Stress

m) Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.

(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre

n) Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado.

(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre

o) Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.

(0) nunca (1) raramente (2) quase sempre (3) sempre

Resultado:		Data: / /
COMPONENTE	ÍNDICE	CLASSIFICAÇÃO
Nutrição		
Atividade Física		
Comportamento Preventivo		
Relacionamento Pessoal		
Controle do Estresse		
Geral		

Referência de bem-estar	
ÍNDICE	CLASSIFICAÇÃO
Menos de 1	Índice Negativo
Entre 1 e 1,99	Índice Regular
Entre 2 e 3	Índice Positivo

PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL – PENTÁCULO DO BEM-ESTAR

Nome: _____ Idade: _____

Data: _____

Considerando suas respostas aos 15 itens da página anterior, procure colorir a figura abaixo, construindo uma representação visual do seu Estilo de Vida atual.

- Deixe em branco se você marcou zero para o item;
- Preencha do centro até o primeiro círculo se marcou [1] ;
- Preencha do centro até o segundo círculo se marcou [2] ;
- Preencha do centro até o terceiro círculo se marcou [3] .