

**ESTILO DE VIDA DOS IDOSOS DO NORDESTE DO BRASIL:
ESTUDO COMPARATIVO**Rubenya Martins Podmelle^aRogerio Dubosselard Zimmermann^b**Resumo**

O envelhecimento populacional ocorre mais intensamente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Com isso, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis começam a apresentar maior expressão, tendo o estilo de vida alta importância na prevenção e tratamento dessas doenças. Atualmente, a população idosa do Nordeste apresenta proporção igualmente elevada se comparada ao percentual nacional, no entanto, a produção de dados sobre o estilo de vida na região é escassa. O objetivo deste trabalho é comparar o estilo de vida de idosos dos estados do Nordeste de acordo com consumo alimentar, atividade física, uso de álcool e tabagismo, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013). Para isso, foi elaborado estudo analítico, descritivo e de corte transversal, a partir de dados secundários sobre estilo de vida da PNS 2013. Conforme os resultados, houve diferença significativa entre os estados com relação a todos os indicadores alimentares estudados e em relação ao tabagismo. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os estados do Nordeste em relação ao uso excessivo de álcool, nem em relação aos indicadores concernentes à atividade física. Observou-se que o Maranhão foi o estado com mais resultados positivos quando comparado aos demais, enquanto Sergipe teve mais resultados insatisfatórios. O estilo de vida dos idosos do Nordeste apresenta-se com valores considerados regulares entre os estados, pois as categorias demonstraram prevalências frequentemente próximas da média regional. Os dados obtidos neste estudo fortalecem a importância de estratégias direcionadas a idosos que oportunizem a adoção de um estilo de vida saudável.

Palavras-chave: Envelhecimento. Estilo de vida. Nível de saúde.

^a Fisioterapeuta e Profissional de Educação Física. Pós-graduada e Mestra em Gerontologia. Docente No Centro Universitário São Miguel e Centro Universitário Brasileiro. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: rmartins63@hotmail.com

^b Odontólogo. Doutor em Odontologia Legal e Deontologia. Mestre em Endodontia. Docente na Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: rdzlegal@gmail.com

Endereço para correspondência: Avenida Fagundes Varela, n.1026, Jardim Atlântico. Olinda, Pernambuco, Brasil. CEP: 53140-080. E-mail: rmartins63@hotmail.com

LIFESTYLE OF THE ELDERLY IN NORTHEAST BRAZIL: COMPARATIVE STUDY

Abstract

Population aging occurs more intensely in developing countries, such as Brazil. Consequently, Chronic Noncommunicable Diseases become more frequent, and a healthy lifestyle is essential for their prevention and treatment. The older population of the Northeast of Brazil has an equally high proportion compared to the national percentage; however, scientific data on the lifestyle in the region are scarce. This study aims to compare the older adults' lifestyle in the states of the Northeast, considering dietary intake, physical activity, alcohol use and smoking, based on data from the National Health Survey of 2013. This is an analytical, descriptive and cross-sectional study, based on secondary data on the lifestyle of the PNS 2013. According to the results, there was a significant difference regarding diet and smoking. There was no statistically significant difference ($p > 0.05$) regarding excessive alcohol use and physical activity. Older adults' lifestyle in the Northeast is regular compared to that in other Brazilian states. The data obtained reinforces the importance of strategies directed to older adults that allow the adoption of a healthier lifestyle.

Keywords: Aging. Lifestyle. Health status.

ESTILO DE VIDA DE LOS ANCIANOS DEL NORDESTE BRASILEÑO: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Resumen

El envejecimiento poblacional ocurre con más intensidad en los países en desarrollo como Brasil. En este contexto, las enfermedades crónicas no transmisibles empiezan a tener mayor expresión, y el estilo de vida presenta una alta importancia en la prevención y el tratamiento de dichas enfermedades. Actualmente, la población anciana en el Nordeste brasileño tiene la misma proporción elevada en comparación con el porcentaje nacional; sin embargo, la producción de datos sobre el estilo de vida en la región es escasa. El objetivo de este estudio fue comparar el estilo de vida de los ancianos de los estados del Nordeste brasileño de acuerdo con la ingesta de alimentos, la actividad física, el consumo de alcohol y tabaco a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud, 2013. Para ello, se llevó a cabo un estudio analítico, descriptivo y transversal con los datos sobre el estilo de vida obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud, 2013. Los resultados apuntan que hubo diferencia significativa entre los estados con respecto a la alimentación y al tabaco.

No hubo diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre los estados en relación con el uso excesivo de alcohol y la actividad física. Se observó que entre los estados Maranhão fue el estado con más resultados positivos, mientras que Sergipe fue el con menos resultados satisfactorios. El estilo de vida de los ancianos del Nordeste brasileño tuvo valores considerados regulares entre los estados, debido a las categorías que se presentan con una prevalencia a menudo cerca de la media regional. Los datos de este estudio refuerzan la importancia de las estrategias dirigidas a los ancianos que promuevan la adhesión a un estilo de vida saludable.

Palabras-clave: Envejecimiento. Estilo de vida. Estado de salud.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que ocorre em ritmo acelerado, acontecendo de maneira mais intensa nos países em desenvolvimento¹. Como consequência do envelhecimento, doenças próprias desse processo, as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), começaram a apresentar maior expressão².

Prevenção e tratamento de DCNT e incapacidades funcionais relacionadas ao envelhecimento dependem, em grande parte, do estilo de vida que o indivíduo apresenta^{3,4}. Inatividade física, tabagismo, alimentação inadequada e uso excessivo de álcool são fatores de risco que têm elevada relação com os quadros de morbimortalidade da população idosa^{5,6}.

O monitoramento desses fatores de risco apoia políticas de promoção de saúde e combate às DCNT, uma vez que torna possível conhecer as condições de saúde de uma população⁷. Nesse sentido, o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizaram, em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013), um amplo inquérito nacional sobre a saúde da população brasileira.

Estima-se que, em 2025, o Brasil alcance o sexto lugar dentre os países com maior número de idosos no mundo⁸. Atualmente, a população idosa corresponde a 13% da população total do país. No Nordeste, o percentual é de 12,4%⁹, o que denota uma proporção igualmente elevada de idosos na região. Mesmo assim, a produção de dados acerca do estilo de vida da população idosa do Nordeste é escassa, o que se opõe à pertinência do assunto, uma vez que há a possibilidade de serem alcançados importantes desdobramentos para a saúde dessa população.

A partir disso, o objetivo do presente estudo foi comparar o estilo de vida de idosos dos estados do Nordeste de acordo com consumo alimentar, atividade física, uso de álcool e tabagismo, a partir dos dados da PNS 2013.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo analítico, descritivo e de corte transversal, elaborado a partir de dados secundários sobre estilo de vida da PNS 2013. A PNS 2013 foi idealizada para a determinação de indicadores de saúde com precisão e com garantia de continuidade do monitoramento em território nacional. Essa pesquisa, parte integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, faz uso da amostra mestra desse sistema, com maior espalhamento geográfico e ganho de precisão para as estimativas específicas de saúde⁹.

A PNS 2013 abrangeu uma população constituída por indivíduos acima dos 18 anos de idade, moradores de cada domicílio particular do Brasil, selecionados por amostragem conglomerada em três estágios: setores censitários (unidades primárias de amostragem), domicílios (unidades de segundo estágio) e moradores (unidades de terceiro estágio)⁹.

O trabalho de campo ocorreu sob responsabilidade do IBGE. Todos os envolvidos foram capacitados para compreender minuciosamente a pesquisa. As entrevistas foram feitas com a utilização de PDA (*Personal Digital Assistant*), computadores de mão programados adequadamente para processos de crítica das variáveis. Inicialmente, foi feito contato com algum dos moradores do domicílio selecionado. O agente de coleta descreveu para o morador os objetivos, procedimentos e importância de sua participação na pesquisa, sendo, então, elaborada uma lista de todos os moradores acima dos 18 anos de idade daquele domicílio para seleção aleatória do morador encarregado de responder a entrevista individual⁹.

O tamanho amostral definiu-se a partir do nível de precisão desejado para estimativas de cada indicador de interesse, que são, basicamente, proporções de pessoas em categorias determinadas. As estimativas desejadas mantiveram-se em níveis altos, uma vez que, mesmo que não apresentassem níveis elevados de precisão, as faixas de coeficiente de variação foram sempre consideradas aceitáveis, o que proporcionou estimativas precisas⁹.

A amostra foi calculada em 81.767 domicílios e foram coletados dados em 62.986 deles (22% de não resposta), onde 205.546 adultos foram entrevistados, dentre os quais 23.815 eram idosos. As quatro faixas etárias utilizadas foram as de 18 a 24, 25 a 39, 40 a 59 e 60 e mais anos. Mais detalhes sobre a metodologia, plano amostral da PNS e fatores de ponderação podem ser obtidos em publicação anterior⁹.

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

No que concerne ao consumo alimentar, alguns grupos de alimentos, como frutas e hortaliças, feijões e peixe, são aceitos como marcadores de um hábito alimentar saudável devido ao fato de apresentarem adequado perfil de nutrientes, baixo teor calórico e serem de fácil combinação com outros alimentos na composição de preparações e refeições saudáveis e balanceadas¹⁰⁻¹⁴.

Em relação à atividade física, para que o indivíduo idoso seja considerado suficientemente ativo, a meta semanal recomendada pela World Health Organization (WHO, Organização Mundial da Saúde)¹⁵ é de 150 minutos de atividade com intensidade moderada. O hábito de assistir televisão será considerado dentro do período de inatividade física, estando inserido, no presente estudo, na categoria atividade física.

No que diz respeito ao uso de álcool, a ingestão de 60 gramas (cerca de cinco doses) ou mais de álcool em uma única ocasião, ao menos uma vez por mês, caracteriza uso pesado episódico de álcool (*heavy episodic drinking* – HED). Geralmente, esse consumo provoca intoxicação alcoólica aguda, que é causa majoritária de problemas como envenenamento por álcool, violência e acidentes, e pode ocasionar graves consequências, mesmo para aqueles que têm nível de consumo relativamente baixo^{16,17}.

Quanto ao tabagismo, independentemente da frequência, intensidade e idade de início, o indivíduo que tem o hábito de fumar está exposto a inúmeras substâncias altamente maléficas à saúde¹⁸.

A partir disso, foram averiguados os seguintes indicadores:

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

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

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

Tabagismo: hábito de fumar (independente da frequência)⁹.

Dos participantes da PNS 2013, foram coletados apenas os dados de idosos do Nordeste que responderam às perguntas selecionadas sobre o estilo de vida. Os dados foram analisados através do programa estatístico IBM SPSS Statistical¹⁹, sendo realizada a estatística descritiva, para determinação das frequências absolutas e relativas das categorias do estilo de vida, e a estatística analítica bivariada, para comparar o estilo de vida entre os idosos dos estados do Nordeste, por meio do teste qui-quadrado. Foi utilizado como referência o nível de significância (p) de 5%. As estimativas das prevalências foram apresentadas em proporções (%).

O projeto da PNS 2013 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o Parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013^{7,9}.

É importante considerar algumas limitações. A metodologia utilizada na PNS 2013 trouxe restrições para a construção do presente estudo, como o questionário aplicado. Sendo de grande extensão, as chances de perda amostral elevam-se, o que requereu um maior alcance de entrevistados durante o trabalho de campo para que as perdas não interferissem no atendimento dos objetivos propostos. Apesar do reconhecimento de que os resultados obtidos poderiam ser mais amplos caso não houvesse alto valor de perda amostral, o atendimento ao objetivo do presente trabalho não foi afetado.

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

RESULTADOS

A PNS 2013 envolveu 1.055 idosos domiciliados em Pernambuco, 595 no Maranhão, 786 no Piauí, 1.123 no Ceará, 748 no Rio Grande do Norte, 793 na Paraíba, 681 em Alagoas, 646 em Sergipe e 946 na Bahia, totalizando 7.373 idosos domiciliados na região Nordeste.

As **Tabelas 1 a 14** mostram as características relativas ao estilo de vida dos idosos respondentes da PNS 2013 segundo os estados do Nordeste. Verifica-se que houve diferença significativa entre os estados com relação a todos os indicadores alimentares estudados ($p = 0,000$ para todos: consumo de feijão, peixe, salada, verdura ou legume cozido e fruta) e em relação ao tabagismo ($p = 0,02$). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os estados do Nordeste em relação ao uso excessivo de álcool, nem em relação aos indicadores concernentes à atividade física.

Especificamente em relação ao consumo de feijão, pode-se perceber na **Tabela 1** que o consumo de feijão semanal em menor frequência está presente no estado do Maranhão, onde apenas 32,9% dos idosos relataram frequência de 5 ou mais vezes por semana. Para o consumo de feijão semanal com maior frequência, destaca-se o estado da Paraíba, seguido do Rio Grande do Norte (81,9% e 80,6%, respectivamente, para consumo de 5 ou mais vezes por semana).

No que diz respeito ao consumo de peixe (**Tabela 2**), houve diferença significativa entre idosos domiciliados no Maranhão e no Piauí. No Maranhão, verificou-se um relato de maior frequência semanal de consumo de peixe (27% de 3 ou 4 vezes e 9,1% de 5 ou mais vezes) comparado com os demais estados; no Piauí, relato de menor frequência (1,1% de 5 ou mais vezes).

Tabela 1 – Consumo de feijão dos idosos de acordo com o estado do Nordeste.
Recife, Pernambuco – 2013

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

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância com o teste de qui-quadrado.

Tabela 2 – Consumo de peixe de idosos de acordo com o estado do Nordeste.
Recife, Pernambuco – 2013

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

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância com o teste de qui-quadrado

No que diz respeito ao consumo diário de salada (**Tabela 3**), destacaram-se o Maranhão e o Ceará, onde o relato de consumir salada 2 ou 3 vezes por dia foi mais frequente (24,1% e 20,7%, respectivamente), e os estados de Sergipe e Alagoas, onde esses relatos foram menos frequentes (2,4% e 3%, respectivamente).

Tabela 3 – Consumo de salada de idosos de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

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

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

Sobre os relatos a respeito do consumo de verdura ou legumes cozidos (**Tabela 4**), destacaram-se o Maranhão e o Ceará, onde o consumo de verdura ou legume cozido 2 ou 3 vezes por dia foi mais frequente (24,9% e 24,1%, respectivamente), e os estados de Sergipe e Alagoas, onde esses relatos foram menos frequentes (2,7% e 4,9%, respectivamente).

Tabela 4 – Consumo de verdura ou legume cozido de idosos de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

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

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

No que diz respeito ao consumo diário de fruta (**Tabela 5**), destacaram-se o Maranhão, onde o relato de consumir fruta 2 ou 3 vezes por dia foi mais frequente (50,4%) e o Sergipe, onde esse relato foi menos frequente (27,4%). Não houve dados expressivos de idosos que relataram consumo de cinco porções diárias ou mais de salada, verdura ou legume e fruta, o que impossibilitou sua análise estatística.

Tabela 5 – Consumo de fruta de idosos de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

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

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

Com relação ao tabagismo (**Tabela 7**), só houve diferença significativa na frequência de idosos domiciliados na Bahia em relação à frequência média dos demais estados do Nordeste, sendo que a frequência dos idosos domiciliados nesse estado que relataram fumar algum produto do tabaco foi menor (10,1%).

Como citado anteriormente, não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os estados do Nordeste em relação às variáveis concernentes à atividade física, como pode ser visto nas **Tabelas 8 a 14**.

Tabela 6 – Uso excessivo de álcool pelos idosos de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

Estados	Uso excessivo de álcool		Valor de p*
	Sim % (n)	Não % (n)	
Maranhão	44,0 (11)	56,0 (14)	0,21
Piauí	43,3 (13)	56,7 (17)	

(continua)

Tabela 6 – Uso excessivo de álcool pelos idosos de acordo com o estado do Nordeste.
Recife, Pernambuco – 2013

(conclusão)

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

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado

Tabela 7 – Tabagismo entre idosos de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

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

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado.

Tabela 8 – Prática de exercício ou esporte por idosos de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

(continua)

Estados	Prática de exercício ou esporte por semana			Valor de P*
	≤ 2 vezes % (n)	3 ou 4 vezes % (n)	≥ 5 vezes % (n)	
Maranhão	30,0 (9)	40,0 (12)	30,0 (9)	0,41
Piauí	36,4 (24)	31,8 (21)	31,8 (21)	
Ceará	26,0 (27)	25,0 (26)	49,0 (51)	

Tabela 8 – Prática de exercício ou esporte por idosos de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

(conclusão)

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

Fonte: Elaboração própria.
*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado.

Tabela 9 – Horas gastas com exercício físico ou esporte por idosos de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

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

Fonte: Elaboração própria.
*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado.

Tabela 10 – Minutos gastos com exercício físico ou esporte pelos idosos de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

(continua)

Estados	Minutos de exercício físico ou esporte			Valor de P*
	0 % (n)	1-30 % (n)	> 30 % (n)	
Maranhão	62,1 (18)	24,1 (7)	13,8 (4)	
Piauí	48,4 (30)	30,6 (19)	21,0 (13)	
Ceará	41,7 (43)	43,7 (45)	14,6 (15)	0,20
Rio Grande do Norte	34,9 (22)	41,3 (26)	23,8 (15)	
Paraíba	46,6 (34)	37,0 (27)	16,4 (12)	

Tabela 10 – Minutos gastos com exercício físico ou esporte pelos idosos de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

(conclusão)

Estados	Minutos de exercício físico ou esporte			Valor de P*
	0 % (n)	1-30 % (n)	> 30 % (n)	
Pernambuco	51,7 (46)	29,2 (26)	19,1 (17)	0,20
Alagoas	60,8 (31)	17,6 (9)	21,6 (11)	
Sergipe	52,4 (33)	28,6 (18)	19,0 (12)	
Bahia	52,3 (56)	31,8 (34)	15,9 (17)	
Total (Nordeste)	48,9	33,0	18,1	

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado.

Tabela 11 – Horas gastas pelos idosos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

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

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado.

Tabela 12 – Minutos gastos pelos idosos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com os estados do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

(continua)

Estados	Minutos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta			Valor de P*
	0 % (n)	1-19 % (n)	≥ 20 % (n)	
Maranhão	17,9 (5)	32,1 (9)	50,0 (14)	0,81
Piauí	13,8 (4)	37,9 (11)	48,3 (14)	
Ceará	27,5 (14)	37,3 (19)	35,3 (18)	
Rio Grande do Norte	25,0 (4)	25,0 (4)	50,0 (8)	
Paraíba	10,5 (2)	31,6 (6)	57,9 (11)	
Pernambuco	18,3 (11)	36,7 (22)	45,0 (27)	

Tabela 12 – Minutos gastos pelos idosos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com os estados do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

(conclusão)

Estados	Minutos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta			Valor de P*
	0 % (n)	1-19 % (n)	≥ 20 % (n)	
Alagoas	4,8 (1)	42,9 (9)	52,4 (11)	0,81
Sergipe	19,0 (4)	38,1 (8)	42,9 (9)	
Bahia	27,5 (14)	31,4 (16)	41,2 (21)	
Total (Nordeste)	19,9	35,1	44,9	

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado.

Tabela 13 – Horas gastas pelos idosos a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com os estados do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013

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

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado.

Tabela 14 – Minutos gastos pelos idosos a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013.

(continua)

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

Tabela 14 – Minutos gastos pelos idosos a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com o estado do Nordeste. Recife, Pernambuco – 2013.

(conclusão)

Estados	Minutos a pé ou de bicicleta em atividades habituais			Valor de P*
	0 % (n)	1-20 % (n)	> 20 % (n)	
Sergipe	22,9 (25)	38,5 (42)	38,5 (42)	0,64
Bahia	26,7 (46)	34,3 (59)	39,0 (67)	
Total (Nordeste)	24,4	38,2	37,4	

Fonte: Elaboração própria.

*Nível de significância pelo teste de qui-quadrado.

DISCUSSÃO

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

Verificou-se a existência de diferença significativa em todos os estados do Nordeste em relação aos indicadores alimentares analisados. Não foram encontrados estudos que abordassem especificamente o consumo de feijão por idosos da região Nordeste, porém, em outros estudos que utilizaram dados da PNS 2013^{7,12}, a prevalência do consumo de feijão pela população geral da região Nordeste é de 73,7% e o consumo no Maranhão apresentou menor frequência (46,6%), enquanto Paraíba demonstrou o maior percentual (81,2%). Pernambuco manteve-se com frequência mediana em relação aos outros estados (70,7%). Mesmo sendo evidenciada queda na ingestão de feijão pelo brasileiro^{20,21}, é na região Nordeste que são verificadas as altas prevalências de consumo desse alimento.

Em relação ao peixe, não foram encontrados trabalhos que abordem especificamente seu consumo por idosos da região Nordeste e seus estados, todavia, os resultados do presente estudo apresentam semelhanças com o trabalho de Jaime et al.¹², que também aponta o Maranhão como o estado nordestino onde a população geral mais ingere peixe regularmente (79,1%). A influência cultural na formação dos hábitos alimentares da população parece ser a característica mais marcante no consumo de pescado. Segundo Botelho²², o peixe é tido como típico no Maranhão desde os tempos coloniais, o que pode justificar a grande prevalência de consumo no estado.

No tocante a fruta, salada e verduras ou legumes cozidos, Chaves et al.²³ detectaram em sua pesquisa que mais de 90% dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, relataram consumir fruta. No entanto, apenas 9,8% desses idosos consumiam cinco porções diárias ou mais de frutas e hortaliças, corroborando parcialmente com os achados do presente estudo.

Na pesquisa de Amado, Arruda e Ferreira²⁴, realizada em Recife, Pernambuco, verificou-se que o consumo de frutas, verduras e legumes esteve presente na alimentação de, respectivamente, 66%, 61% e 53%, das idosas estudadas. No entanto, o estudo não referiu as porções diárias desses alimentos, o que pode ser considerado viés ao não serem consideradas as recomendações para seu consumo. Percebe-se, a partir desses dados, que o consumo de frutas e hortaliças ainda se encontra muito abaixo do preconizado por organizações nacionais e internacionais^{13,25} na região Nordeste, não sendo diferente entre os idosos da presente amostra.

A ingestão alimentar é complexa, uma vez que inúmeros determinantes sociais, ambientais e pessoais podem interagir e mudar com o passar do tempo. Ações de educação para a nutrição podem ser um meio de melhorar o consumo alimentar dessa população de maneira mais abrangente²⁶. É preciso criar e discutir espaços onde o idoso esteja centralizado e valorizado, que abranjam a compreensão objetiva e subjetiva do seu cotidiano no que concerne aos hábitos alimentares.

Como dito anteriormente, não houve diferença estatisticamente significativa entre os estados do Nordeste em relação às variáveis concernentes à atividade física. Dados apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2008 (PNAD 2008) mostram que apenas 4,8% dos idosos nordestinos praticam atividade física no lazer, enquanto 44,7% o fazem no deslocamento²⁷. Compreender o contexto no qual as oportunidades para a prática de atividade física acontecem é de suma importância para desenvolver e implementar políticas atuantes na promoção de saúde e no enfrentamento a DCNT. De acordo com Mielke et al.²⁸, entre as categorias da atividade física, o lazer destaca-se devido ao seu maior potencial de intervenção.

O consumo excessivo de álcool não difere significativamente entre os estados do Nordeste. Não foram encontrados estudos que abordem especificamente o uso de álcool por idosos da região Nordeste e seus estados. Em relação à população geral, o estudo de Garcia e Freitas¹⁶ verificou que a Bahia apresentou maior uso excessivo de álcool, enquanto a Paraíba demonstrou o menor consumo. No Vigitel 2014, o maior percentual desse comportamento foi encontrado no estado do Piauí, mas a Paraíba também apresentou menor consumo¹⁰.

Reduzir o consumo de álcool é prioridade na saúde pública, pois impacta diretamente na diminuição de DCNT, como câncer, doenças cardiovasculares e hepáticas¹⁶. Além disso, o uso excessivo de álcool torna o idoso mais vulnerável ao desencadeamento de problemas psicossociais, que, muitas vezes, não são percebidos pelos profissionais de saúde. As frequências estimadas do consumo de álcool entre idosos podem variar, mas as consequências vão sempre gerar grande impacto na saúde desses indivíduos²⁹. Mais estudos, capacitações

e conscientização por parte dos profissionais da área são de suma importância para maior reconhecimento e efetivação de intervenções de maneira adequada.

Em relação ao tabagismo, não foram encontrados estudos que abordem especificamente esse comportamento entre idosos da região Nordeste e seus estados. Em relação à população geral, Malta et al.³⁰ apontaram o Piauí como o estado com maior frequência de tabagistas (16,8%) e o Sergipe com a menor frequência (12%). A PNAD 2008 refere que 16,5% dos idosos nordestinos são tabagistas²⁷, aproximando-se da prevalência do presente estudo. Pode-se afirmar que os percentuais entre os estados não apresentaram variabilidade considerável.

O tabagismo desfavorece a longevidade, caracterizando-se como fator de risco para diversas DCNT. Os benefícios da suspensão do fumo são evidenciados em todas as faixas etárias, principalmente no tocante a qualidade e expectativa de vida de idosos³¹. Apesar do fatalismo e do ceticismo presentes na população em relação ao tabagismo entre idosos, quando são oferecidas estratégias adequadas para a cessação do tabagismo, a taxa de sucesso compara-se à dos jovens²⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi comparar o estilo de vida entre os idosos dos estados do Nordeste de acordo com consumo alimentar, atividade física, uso de álcool e tabagismo a partir dos dados da PNS 2013.

O estilo de vida dos idosos do Nordeste apresenta valores considerados regulares entre os estados, pois as categorias demonstraram prevalências frequentemente próximas da média regional. De acordo com as recomendações nacionais e internacionais, Maranhão foi o estado com mais resultados positivos quando comparado aos demais, enquanto Sergipe apresentou-se com mais resultados insatisfatórios. Os dados obtidos neste estudo fortalecem a importância de estratégias direcionadas aos idosos que oportunizem a adesão a um estilo de vida saudável, ou seja, que proporcionem a promoção e manutenção de bons hábitos para cada categoria que compõe o estilo de vida, tendo em vista o envelhecimento bem sucedido e a supressão de incapacidades.

Envelhecer com estilo de vida satisfatório ainda é difícil, especialmente quando se verificam limitações ambientais alheias às escolhas do indivíduo. Para isso, são pertinentes novos estudos que analisem possíveis relações de causalidade e que objetivem compreender como acontecem as modificações de comportamento entre os idosos.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Autora Rubenyta Martins Podmelle e Autor Rogerio Dubosselard Zimmermann.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Autora Rubenyta Martins Podmelle.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Autor Rogerio Dubosselard Zimmermann.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Autora Rubenyta Martins Podmelle e Autor Rogerio Dubosselard Zimmermann.

REFERÊNCIAS

1. Fazzio DMG. Envelhecimento e qualidade de vida: uma abordagem nutricional e alimentar. *Revisa*. 2012;1(1):76-88.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
3. Brito KQD. Incapacidade funcional e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande/Paraíba [dissertação]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
4. Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev Nutr*. 2009;22(6):937-46.
5. Jobim FARC, Jobim EFC. Atividade física, nutrição e estilo de vida no envelhecimento. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2015;17(4):298-308.
6. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
7. Malta DC, Andrade SSC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Silva Junior JB, et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):217-26.
8. Bodstein A, Lima VVA, Barros AMA. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. *Ambiente & Sociedade*. 2014;17(2):157-74.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro (RJ); 2014.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF); 2015.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2009.
12. Jaime PC, Stopa SR, Oliveira TP, Vieira ML, Szwarcwald CL, Malt DC. Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):267-76.
13. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Technical Report Series (916). Geneva; 2003.
14. World Health Organization. World Health Report: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva; 2002.
15. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva; 2010.
16. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):227-37.
17. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva; 2014.
18. World Health Organization. Report on the Global tobacco epidemic: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva; 2013.
19. IBM. SPSS, versão n. 20.0. Armonk: IBM; c2011.
20. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):530-40.
21. Wander AE, Chaves MO. Consumo per capita de feijão no Brasil de 1998 a 2010: uma comparação entre consumo aparente e consumo domiciliar. Congresso Nacional de Pesquisa de Feijão; 2011; Santo Antônio de Goiás (GO): Embrapa Arroz e Feijão; 2011.
22. Botelho RA. Culinária Regional: o Nordeste e a Alimentação Saudável [tese]. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde; 2006.
23. Chaves LR, Sousa CMM, Martins MCC, Figueiredo MLF, Ramos CV, Santos OFJ. Estado nutricional e consumo alimentar de idosos assistidos na estratégia saúde da família. *Rev enferm UFPE online*. 2013;7(12):6780-9.

24. Amado TCF, Arruda IKG, Ferreira RAR. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/2005. Arch Latinoam Nutr. 2007;57(4):366-72.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Brasília (DF); 2009.
26. Viebig RF, Pastor-Valero M, Scazufca M, Menezes PR. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2009;43(5):806-13.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro (RJ); 2010.
28. Mielke GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, Szwarcwald CL, Santos FV, Malta DC. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015;24(2):277-86.
29. Kano MY, Santos MA, Pillon SC. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). Rev Esc Enferm USP. 2014;48(4):648-55.
30. Malta DC, Oliveira TP, Vieira ML, Almeida L, Szwarcwald CL. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015;24(2):239-48.
31. Goulart D, Engroff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL, et al. Tabagismo em idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010;13(2):313-20.

Recebido: 3.4.2017. Aprovado: 3.11.2020.