



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Centro de Educação e Saúde
Unidade Acadêmica de Enfermagem
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Mikaelle de Souza Macêdo

**ESTILO DE VIDA E PREVALÊNCIA DE AGRAVOS À SAÚDE ASSOCIADOS AO
ENVELHECIMENTO MASCULINO**

Cuité
2015

Mikaelle de Souza Macêdo

ESTILO DE VIDA E PREVALÊNCIA DE AGRAVOS À SAÚDE ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO MASCULINO

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M141e Macêdo, Mikaelle de Souza.

Estilo de vida e prevalência de agravos à saúde associados ao envelhecimento masculino. / Mikaelle de Souza Macêdo. – Cuité: CES, 2015.

104 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Envelhecimento. 2. Saúde do homem. 3. Idosos. I.
Título.

CDU 544.527.23

Mikaelle de Souza Macêdo

ESTILO DE VIDA E PREVALÊNCIA DE AGRAVOS À SAÚDE ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO MASCULINO

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca examinadora:

Prof. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. MSc. Jocelly de Araújo Ferreira
Membro Interno – UFCG

Profa. MSc. Bernadete de Lourdes André Gouveia
Membro Interno – UFCG

Cuité, 12 de Novembro de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico essa vitória a duas pessoas que nunca deixaram meu céu cair e que fizeram de tudo pra que chegasse até aqui, pessoas iluminadas e abençoadas por Deus a quem devo a vida e todo amor desse mundo, e, sobretudo me orgulho em chamar de MÃE (*Maria de Fátima de Souza Macêdo*) e PAI (*Ednaldo Ferreira de Macêdo*).

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a **Deus**, pois nada disso seria possível sem a intercessão do Senhor! Agradeço pelo dom da vida, especialmente pelas glórias, bênçãos e vitórias, e por estar ao meu lado em todos esses momentos. Glorifico sempre ao Senhor por todas as oportunidades em minha vida. Sem Ti eu nada seria nada, Senhor!

Aos meus pais, **Ednaldo Ferreira de Macêdo** e **Maria de Fátima de Souza Macêdo**. É difícil expressar em palavras toda forma de amor, porém resumo minha gratidão em apenas uma palavra: OBRIGADA! Por todos os ensinamentos, broncas, conselhos, amor, carinho, união, dedicação, cumplicidade, companheirismo, honestidade e afeto, ingredientes que me tornaram a pessoa que sou hoje, digna de todo o amor proporcionado por vocês. Não existe exemplo de pessoas mais dignas, que batalharam a vida inteira para ensinar a suas filhas a melhor forma de conquistar seus objetivos, e sempre utilizando a palavra LUTAR em toda a sua vida. Obrigada por depositarem toda confiança e ser o alicerce em minha vida, e com isso, me enche de forças para continuar LUTANDO e almejando todos os meus objetivos, pois minha vitória é de vocês e devo isso tudo a vocês. Amo-os incondicionalmente.

Às minhas irmãs **Marceanne Macêdo** e **Marciele Macêdo**, por acreditarem em mim e vibrarem com cada conquista em minha vida. São peças fundamentais em minha vida, em que agradeço imensamente por me colocarem no colo e me defenderem de todo o mal. Nossos laços vão além da irmandade, somos cúmplices, amigas e confidentes. Nenhuma palavra traduzirá meu amor por vocês, por isso agradeço todos os dias a Deus por ter duas joias raras em minha vida. Amo vocês!

Aos meus avós **Amâncio Ferreira** e **Rosa Ferreira**, maior exemplo de vida expressado por mais de 50 anos de amor e união. Envelhecer pra vocês não é obstáculo e sim alegria, pois vivem cada dia como se não houvesse o amanhã. Grata em compartilhar essa conquista com vocês e tê-los como inspiração para poder trabalhar com Saúde do Idoso. Meus tesouros, amo vocês, meu amor maior!

À minha sobrinha **Valentinna Lima**, por todo apoio que me deste, além dos momentos de lazer e descontração do TCC. Minha pequena, eu te amo demais e minha vida se transformou

após a sua chegada, pois me fizeste conhecer o amor verdadeiro que existe entre tia e sobrinha. Te amo!

Ao meu cunhado **Clovis Lima**, ao meu primo **Hugo Isney** e toda a minha **Família**, quero agradecer por todo apoio, dedicação e confiança que sempre depositaram em mim. Vocês constituem a minha melhor e maior torcida, pois vibraram com minhas vitórias e sempre incentivaram a alcançar os meus objetivos. Vocês são peças fundamentais em minha vida.

À minha amiga e irmã que a Universidade me concedeu **Amanda Lopes**, por todas as broncas, puxões de orelha, brigas, xingamentos... Enfim, sei que esta é sua forma de demonstrar o carinho e amor que sente. Minha amiga, cúmplice e irmã, agradeço a Deus por ter me presenteado com sua amizade, pois sei que posso contar sempre com você! Obrigada por todos os momentos felizes, pelo amor, amizade, carinho, ensinamentos e apoio. Em ti posso confiar sempre, e de maneira recíproca nossa amizade sempre permanecerá, e ninguém conseguirá abalar nossos laços. Muito obrigada!

Aos amigos **Alanna Gama**, **Laura Crystine**, **Marina Gabriela** e **Wágner Dantas**, por me apoiarem em todos os momentos e sempre me incentivarem a continuar por mais que existissem obstáculos. Deus nos uniu e tenho certeza que não iremos nos separar, por mais que a distância atrapalhe. Vocês são peças importantíssimas em minha vida! Obrigada por partilhar de momentos maravilhosos ao lado de vocês. Quero agradecer também a todos os meus amigos, que sempre me incentivaram e fizeram parte da minha vida. A distância faz com que não estejam presentes, porém o amor sempre permanecerá o mesmo, estando sempre em meu coração!

À amiga, coordenadora e professora, **Jocelly de Araújo Ferreira**, por sempre se fazer presente em minha vida, seja ela de maneira pessoal ou profissional, agradeço imensamente pelos votos depositados e por me apoiar em todos os momentos. Obrigada por todos os ensinamentos, disposição, amizade, confiança e apoio. A admiração que tenho por ti é imensa, e quero levá-la pelo resto de minha vida.

À minha **Turma 2010.2**, por todos os momentos compartilhados, sejam estes de alegria, tristeza, dúvidas, brigas, intrigas, cumplicidade, diversão, companheirismo, trocas de experiências e pelos bons momentos vividos. Todos de alguma forma contribuíram em minha

vida. Torcerei sempre para que conquistem seus sonhos, e sei que serão excelentes profissionais. Sucesso a todos nós!

Ao meu orientador, **Matheus Figueiredo Nogueira**, por sempre ter acreditado no meu potencial, pela paciência, ensinamentos, competência, dedicação e confiança. És um profissional admirável, de caráter, dignidade e humildade incalculável, e tenho você como um espelho em minha vida profissional. Sou imensamente grata por ter me acolhido como sua orientanda, e ter me apresentado como membro do NEPEQ. Qualquer forma de agradecimento é insuficiente para demonstrar o quanto você colaborou em toda a minha vida acadêmica, e não teria orientador melhor! Os méritos dessa conquista também são seus! Muito obrigada!

À Banca Examinadora, **Profa. MsC. Jocelly de Araújo Ferreira e Profa. MsC. Bernadete de Lourdes André Gouveia**, por participarem da minha vida acadêmica e contribuírem no engrandecimento deste estudo e de forma positiva em minha vida. São profissionais exemplares e nunca mediram esforços para me ajudar quando precisei. Sou eternamente grata por terem me acolhido e terem mostrado fascinante mundo da Enfermagem.

Aos **Mestres** da Unidade Acadêmica de Enfermagem, por esperar e exigir o melhor de mim. Obrigada pelos ensinamentos, trocas de conhecimentos e experiências que foram importantes na vida acadêmica e pessoal.

Às **Secretárias de Saúde do Curimataú Ocidental** (Cuité, Nova Floresta, Sossego, Barra de Santa Rosa e Remígio) por terem permitido a realização da nossa pesquisa.

Aos membros do **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de vida – NEPEQ**, pelo apoio e dedicação. Tenho certeza que sem vocês não teríamos realizado um excelente trabalho e não teríamos conquistado nossas vitórias. Muito obrigado!

Aos **Idosos** participantes dessa pesquisa, que tiraram um pouco do seu tempo para nos acolher e permitir a realização da entrevista, e contribuindo assim com seus ensinamentos de vida.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu concluísse mais esta etapa da minha vida e me deram forças para nunca desistir e permanecer lutando sempre.

*“A mente que se abre a uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original”.*

Albert Einstein

RESUMO

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional é um fato que vem crescendo de maneira acentuada em todo o país, e com o processo de envelhecimento ocorrem diversas alterações no organismo que o vulnerabilizam a várias doenças com o avançar da idade. É nítida a ausência de interesse da população idosa em relação ao processo do envelhecimento, e bem como irão envelhecer. Essa preocupação é ainda mais relevante em especial à população idosa masculina, pois acreditam serem seres viris, fortes e longe de qualquer adoecimento. Por esta razão é relevante conhecer os agravos que o envelhecimento acarreta para que ações de atenção integral à saúde possam ser elaboradas e implementadas efetivamente. **OBJETIVOS:** Nesse sentido, a pesquisa objetivou investigar a prevalência de agravos à saúde associados ao envelhecimento entre homens idosos do Curimataú Paraibano. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo observacional e descritivo, com abordagem quantitativa e amostra constituída por 195 idosos. A coleta de dados foi realizada através de um questionário contendo 4 seções, sendo estas listadas como perfil pessoal, social, estilo de vida e problemas de saúde autorreferidos. **RESULTADOS:** Os resultados foram analisados com base na estatística descritiva e inferencial, sendo o teste de qui-quadrado utilizado para verificar a associação entre variáveis categóricas. Os resultados evidenciam a maior participação de idosos com idade entre 60 a 74 anos (média 72,55 anos), raça/cor branca, casados, morando com conjuge, católicos, de baixa ou nenhuma escolaridade e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Em relação aos fatores de risco, destaca-se que a maioria não fuma, não consome bebida alcoólica, não pratica atividade física e apresenta baixo nível de estresse. Conforme os problemas de saúde associados ao envelhecimento destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (47,7%), lombalgia (31,8%), catarata (23,6%) e Diabetes Mellitus (18,5%). Quanto à associação entre o estilo de vida e as doenças autorreferidas houve uma significância entre consumo de álcool e DPOC (p -valor=0,007), consumo de álcool e depressão (p -valor=0,005), exercício físico e doença gastrointestinal (p -valor=0,027), estresse e ansiedade (p -valor=0,001), tabagismo e doença cardíaca (p -valor=0,050), estresse e doença cardíaca (p -valor=0,036), e entre exercício físico e lombalgia (p -valor=0,050). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebe-se o quão é importante ações de educação em saúde, a fim de sensibilizar e informar os homens idosos sobre práticas de promoção da saúde, minimizando assim o risco de adoecimento na velhice e proporcionando melhores níveis de qualidade de vida.

Descritores: Envelhecimento. Saúde do Homem. Idosos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The aging group population has increased all over the country. In this aging process the human body suffer alterations that turns it vulnerable to many diseases. It is clear to see the lack of the elderly population interest in how the aging process will effect each individual. This lack of interest is more visible by the male population, they tend to be believe they are strong, viril and won't get sick. For this reason it is important to know how the aging process can affect, by that, preventive measures can be elaborated and implemented. **GOALS:** In this point, a study investigating the effect of the aging process associated in the elderly male group of Curimatau Paraibano. **METHODOLOGY:** It's a observational and descriptive study, quantitative data in a sample of 195 elderly. Data was collected by a questionnaire of 4 sections, personal, social, lifestyle and health issues. **RESULTS:** The results were analyzed based in a descriptive statistics, the test was by fourths to verify the association in the categories. The results show that the majority of the elderly population is between 60 and 74 year of age(median of 72,55), white, married, living with the spouse, catholics, low schooling and monthly income of 1 to 2 minimum salary. In relationship with the risk factors, it is seen that the majority are non smoking, non alcohol drinkers, but also they don't practice physical activities even though they have a low level of stress. The risk factor most visible are Hypertension Arterial (47,7%), Low back pain (31,8%), catharats (23,6%) e Diabetes (18,5%). In association to lifestyle and diseases we see that the use of alcohol and DPOC (0,007), alcohol and depression (0,005), physical activity and gastrointestinal diseases (0,027), stress and anxiety (0,001), smoking and heart disease (0,050), stress and heart disease (0,036), physical activity and low back pain (0,050). **FINAL CONSIDERATIONS:** It is conclusive the importance of health education, in the means of inform the male elderly population about propagating health and minimizing the risk of health disease for the elderly and giving better quality of life.

Descriptors: Aging. Men's Health. Seniors.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Perfil socioeconômico e demográfico simplificado de idosos do sexo masculino acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=195) 49
- Tabela 2** - Caracterização do estilo de vida de idosos do sexo masculino acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=195) 58
- Tabela 3** - Agravos à saúde associados ao envelhecimento identificados em idosos do sexo masculino acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=195) 61
- Tabela 4** - Associação entre as variáveis do estilo de vida e os problemas de saúde autorreferidos por idosos do sexo masculino acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=195) 66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD - Atividades de Vida Diárias
AVE - Acidente Vascular Encefálico
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CES - Centro de Educação e Saúde
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DM - Diabetes Mellitus
DNCT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DVP - Doença Vascular Periférica
GIEPERS - Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais
HAS - Hipertensão Arterial sistêmica
HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NEPEQ - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
PNPI - Política Nacional da Pessoa Idosa
SNC - Sistema Nervoso Central
SUS - Sistema Único de Saúde
SMS - Secretária Municipal de Saúde
TP - Transtorno do Pânico
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG - Universidade Federal de Campina Grande
USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Objetivos	16
<i>1.1.1</i>	<i>Objetivo Geral</i>	<i>16</i>
<i>1.1.2</i>	<i>Objetivos Específicos</i>	<i>16</i>
2	HIPÓTESES	17
3	REVISÃO DA LITERATURA	24
3.1	Processo de envelhecimento	25
3.2	Agravos à saúde associados ao envelhecimento	28
3.3	Estilo de vida do homem idoso	39
4	METODOLOGIA	42
4.1	Tipo de estudo	43
4.2	Local do estudo	43
4.3	População e amostra	44
4.4	Instrumento para coleta de dados	44
4.5	Procedimentos para coleta de dados	45
4.6	Análise dos dados	46
4.7	Aspectos éticos	47
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
5.1	Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes.....	49
5.2	Caracterização do estilo de vida dos participantes.....	58
5.3	Agravos à saúde associados ao envelhecimento.....	61
5.4	Avaliação da influência do estilo de vida na prevalência de doenças associadas ao envelhecimento.....	65
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	74
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 Introdução



Fonte: Google imagens, 2015.

Ao longo dos anos o termo velhice vem sendo amplamente discutido pela população mundial, em particular por pesquisadores das ciências sociais e da saúde. O fato associa-se ao envelhecimento populacional que vem ocorrendo de modo acentuado em países como o Brasil, demandando, por sua vez, uma nova concepção de práticas de atenção à saúde e assistência social a este vasto contingente de idosos. Portanto, o envelhecimento faz da velhice uma fase da vida permeada por um desequilíbrio das funções orgânicas que concorrem para a ocorrência de doenças (DAWALIBI, 2014).

A velhice é um ciclo da vida, ato constituinte de um ciclo natural, componente essencial para uma experiência única e diferenciada. Nesta perspectiva, a velhice torna-se um grave problema social, devido o envelhecimento populacional, e em condições não saudáveis, sendo assim acometida pela prevalência de doenças crônicas e degenerativas. Esta por sua vez leva ao declínio funcional do idoso e a maior dependência para realização das atividades de vida diária, podendo chegar até uma restrição total no leito (ARAÚJO, 2005).

A população de pessoas idosas está aumentando no Brasil, devido à diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, a melhoria das condições básicas de sobrevivência, o desenvolvimento da medicina e avanços tecnológicos. Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BRASIL, 2010), o envelhecimento populacional no Brasil vem ocorrendo de modo muito acelerado e as projeções apontam que até 2025 o país terá a sexta população de idosos do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas. Em 2060, a perspectiva de vida sobe para 78 anos para homens e 84,4 anos para as mulheres, um aumento de 6,8 anos para os homens e 5,9 para as mulheres.

O envelhecimento é um processo natural, individual e gradativo, onde ocorrem modificações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas em consequência da ação do tempo. É um processo onde ocorrem manifestações somáticas no ciclo natural da vida, pois se caracteriza pela perda progressiva da capacidade de adaptação e de reserva do organismo diante das mudanças que irão influenciar de maneira decisiva na vida do idoso (SILVA, 2009).

A literatura distingue três vertentes ao envelhecimento, são elas: a biológica, a psicológica e a social. Reportando-se à vertente biológica, é possível destacar que ocorrem diversas transformações nos sistemas orgânicos e funcionais, como por exemplo, a diminuição da densidade óssea, a flacidez da pele, a perda de cabelo, o surgimento de cabelos brancos, o decréscimo da massa muscular e a diminuição da acuidade visual ou auditiva (RAMOS, 2008).

Embora as alterações anteriormente citadas durante o envelhecimento sejam de ordem fisiológica, o acúmulo dessas ao longo o curso da vida pode levar a uma limitação na capacidade funcional do idoso. Sob outra perspectiva, algumas das modificações estruturais e funcionais associam-se ao estilo de vida adotado durante o envelhecimento. O somatório dessas mudanças vulnerabilizam o idoso ao desencadeamento de certas doenças crônicas como o diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença de Alzheimer, osteoporose, obesidade, cânceres de mama, pele ou próstata, dentre outros agravos (COUTO et al., 2010).

Diante disto, esta perspectiva repercute em aumento da demanda frente aos serviços de saúde, visto que a prevalência de doenças crônicas e limitações funcionais são frequentes e evidentes nesta parcela da população. Estes fatores configuram um novo panorama de atenção à saúde, marcado por problemas de saúde de longa duração e utilização de procedimentos terapêuticos de alto custo (VERAS, 2009). Não obstante, no cenário de ampliação do envelhecimento populacional e da carga de doenças crônicas associadas, a velhice masculina emerge como um substancial paradigma a ser explorado, sobretudo pelas limitadas discussões na ciência e na atenção à saúde desse segmento populacional.

De acordo com Gomes e Nascimento (2006), na década de 90 a temática “saúde e homem” começou a ser abordada, numa contextualização e perspectiva diferenciada, passando a refletir a singularidade do ser saudável ao ser doente entre os segmentos masculinos. Pensando nisso, houve uma ressignificação do ser masculino, ao buscar uma saúde mais integral do homem. Nessa lógica, para Santos (2011), a atenção à saúde do homem vem se destacando ao evidenciar um maior número de óbitos masculinos por: câncer de pênis e próstata, doenças cardíacas, violência, entre outras. Esse quadro de mortalidade, e morbidade associada, sustenta-se pelo cultural receio masculino na busca por serviços de saúde, principalmente para não carregar o rótulo de serem fracos, deixando a postura de fortes e viris.

Frente a esta problemática e na tentativa de promover uma atenção integral à saúde masculina, o Ministério da Saúde publicou em novembro de 2008 a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), vinculada à atenção básica à saúde e articulada com os demais níveis de atenção. Esta política tem o objetivo de promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, bem como o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. A PNAISH tem como princípios a humanização e a qualidade das ações e serviços,

que implicam a promoção, o reconhecimento e o respeito à ética e aos direitos do homem, de acordo com as suas peculiaridades socioculturais (BRASIL, 2008).

Frente a tais constatações e reconhecendo a importância de investigar a associação entre o processo de envelhecimento masculino, o estilo de vida adotado durante o curso da vida e os problemas de saúde associados, é inquestionável a necessidade de tornar conhecida a prevalência desses agravos relacionados ao envelhecimento masculino, o que objetivamente justifica a idealização desta pesquisa. Destarte, tomando como ponto de partida a investigação em municípios de pequeno porte como Cuité, Sossego, Remígio, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa, todos localizados na região do Curimataú ocidental paraibano, este conhecimento permitirá um repensar global acerca das ações, políticas e programas de atenção à saúde do homem idoso, fomentando a edificação de novas estratégias a serem implementadas com foco na melhoria da qualidade de vida.

Diante do exposto, surgiram os seguintes questionamentos: quais os agravos à saúde associados ao envelhecimento mais prevalentes na população idosa masculina na região do Curimataú paraibano? Quais os principais fatores comportamentais evidenciados na população masculina idosa no que concerne o estilo de vida? Qual a associação entre o estilo de vida adotado durante o curso de vida e o desenvolvimento de agravos associados ao envelhecimento? Para responder tais questões, o estudo buscará alcançar os objetivos descritos a seguir.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

- Evidenciar a prevalência de agravos à saúde associados ao envelhecimento entre homens idosos do Curimataú Paraibano.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil socioeconômico e demográfico simplificada dos participantes do estudo; e
- Investigar a influência do estilo de vida na prevalência de agravos à saúde associados ao envelhecimento.

2 Hipóteses



Fonte: Google imagens, 2015.

Para assegurar a representação da significância estatística do estudo foram testadas 84 (oitenta e quatro) hipóteses, a partir da utilização do teste de qui-quadrado, a fim de averiguar a existência de associação entre os agravos à saúde associados ao envelhecimento e as variáveis comportamentais (tabagismo, consumo de álcool, prática de exercício físico e nível de estresse autorreferido), aceitando como valores estatisticamente significantes quando o valor de p for $\leq 0,05$. Ressalta-se que para cada hipótese levantada existe aquela referida como H_0 (Hipótese Nula – quando não há associação entre as variáveis) e a H_1 (Hipótese Alternativa – aceita quando a hipótese nula é rejeitada, assumindo, portanto, a existência de associação estatística entre as variáveis testadas).

As hipóteses testadas foram:

H_0 = Não há associação entre tabagismo e anemia;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e anemia;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e anemia;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e anemia;

H_0 = Não há associação entre atividade física e anemia;
 H_1 = Há associação entre atividade física e anemia;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e anemia;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e anemia;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e ansiedade/pânico;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e ansiedade/pânico;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e ansiedade/pânico;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e ansiedade/pânico;

H_0 = Não há associação entre atividade física e ansiedade/pânico;
 H_1 = Há associação entre atividade física e ansiedade/pânico;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e ansiedade/pânico;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e ansiedade/pânico;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e artrite reumatoide/artrose;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e artrite reumatoide/artrose;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e artrite reumatoide/artrose;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e artrite reumatoide/artrose;

H_0 = Não há associação entre atividade física e artrite reumatoide/artrose;
 H_1 = Há associação entre atividade física e artrite reumatoide/artrose;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e artrite reumatoide/artrose;

H_1 = Há associação entre nível de estresse e artrite reumatoide/artrose;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e asma ou bronquite;

H_1 = Há associação entre tabagismo e asma ou bronquite;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e asma ou bronquite;

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e HAS;

H_0 = Não há associação entre atividade física e asma ou bronquite;

H_1 = Há associação entre atividade física e HAS;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e asma ou bronquite;

H_1 = Há associação entre nível de estresse e asma ou bronquite;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e audição prejudicada;

H_1 = Há associação entre tabagismo e audição prejudicada;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e audição prejudicada;

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e audição prejudicada;

H_0 = Não há associação entre atividade física e audição prejudicada;

H_1 = Há associação entre atividade física e audição prejudicada;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e audição prejudicada;

H_1 = Há associação entre nível de estresse e audição prejudicada;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e câncer;

H_1 = Há associação entre tabagismo e câncer;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e câncer;

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e câncer;

H_0 = Não há associação entre atividade física e câncer;

H_1 = Há associação entre atividade física e câncer;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e câncer;

H_1 = Há associação entre nível de estresse e câncer;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e DPOC;

H_1 = Há associação entre tabagismo e DPOC;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e DPOC;

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e DPOC;

H_0 = Não há associação entre atividade física e DPOC;

H_1 = Há associação entre atividade física e DPOC;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e DPOC;

H_1 = Há associação entre nível de estresse e DPOC;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e diabetes mellitus;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e diabetes mellitus;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e diabetes mellitus;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e diabetes mellitus;

H_0 = Não há associação entre atividade física e diabetes mellitus;
 H_1 = Há associação entre atividade física e diabetes mellitus;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e diabetes mellitus;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e diabetes mellitus;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e depressão;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e depressão;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e depressão;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e depressão;

H_0 = Não há associação entre atividade física e depressão;
 H_1 = Há associação entre atividade física e depressão;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e depressão;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e depressão;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e AVE;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e AVE;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e AVE;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e AVE;

H_0 = Não há associação entre atividade física e AVE;
 H_1 = Há associação entre atividade física e AVE;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e AVE;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e AVE;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e doença cardíaca;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e doença cardíaca;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e doença cardíaca;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e doença cardíaca;

H_0 = Não há associação entre atividade física e doença cardíaca;
 H_1 = Há associação entre atividade física e doença cardíaca;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e doença cardíaca;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e doença cardíaca;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e doença GI alta;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e doença GI alta;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e doença GI alta;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e doença GI alta;

H_0 = Não há associação entre atividade física e doença GI alta;
 H_1 = Há associação entre atividade física e doença GI alta;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e doença GI alta;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e doença GI alta;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e doença vascular periférica;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e doença vascular periférica;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e doença vascular periférica;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e doença vascular periférica;

H_0 = Não há associação entre atividade física e doença vascular periférica;
 H_1 = Há associação entre atividade física e doença vascular periférica;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e doença vascular periférica;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e doença vascular periférica;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e doença neurológica;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e doença neurológica;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e doença neurológica;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e doença neurológica;

H_0 = Não há associação entre atividade física e doença neurológica;
 H_1 = Há associação entre atividade física e doença neurológica;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e doença neurológica;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e doença neurológica;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e HAS;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e HAS;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e HAS;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e HAS;

H_0 = Não há associação entre atividade física e HAS;
 H_1 = Há associação entre atividade física e HAS;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e HAS;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e HAS;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e incontinência (urinária/fecal);
 H_1 = Há associação entre tabagismo e incontinência (urinária/fecal);

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e incontinência (urinária/fecal);

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e incontinência (urinária/fecal);

H_0 = Não há associação entre atividade física e incontinência (urinária/fecal);

H_1 = Há associação entre atividade física e incontinência (urinária/fecal);

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e incontinência (urinária/fecal);

H_1 = Há associação entre nível de estresse e incontinência (urinária/fecal);

H_0 = Não há associação entre tabagismo e obesidade;

H_1 = Há associação entre tabagismo e obesidade;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e obesidade;

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e obesidade;

H_0 = Não há associação entre atividade física e obesidade;

H_1 = Há associação entre atividade física e obesidade;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e obesidade;

H_1 = Há associação entre nível de estresse e obesidade;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e osteoporose;

H_1 = Há associação entre tabagismo e osteoporose;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e osteoporose;

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e osteoporose;

H_0 = Não há associação entre atividade física e osteoporose;

H_1 = Há associação entre atividade física e osteoporose;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e osteoporose;

H_1 = Há associação entre nível de estresse e osteoporose;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e problemas de coluna;

H_1 = Há associação entre tabagismo e problemas de coluna;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e problemas de coluna;

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e problemas de coluna;

H_0 = Não há associação entre atividade física e problemas de coluna;

H_1 = Há associação entre atividade física e problemas de coluna;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e problemas de coluna;

H_1 = Há associação entre nível de estresse e problemas de coluna;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e visão prejudicada;

H_1 = Há associação entre tabagismo e visão prejudicada;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e visão prejudicada;

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e visão prejudicada;

H_0 = Não há associação entre atividade física e visão prejudicada;
 H_1 = Há associação entre atividade física e visão prejudicada;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e visão prejudicada;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e visão prejudicada;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e ferida crônica;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e ferida crônica;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e ferida crônica;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e ferida crônica;

H_0 = Não há associação entre atividade física e ferida crônica;
 H_1 = Há associação entre atividade física e ferida crônica;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e ferida crônica;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e ferida crônica;

3 Revisão da Literatura



Fonte: Google imagens, 2015.

3.1 Processo de envelhecimento

O envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, por possuírem um ciclo natural da vida, independentemente. É caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais, e é permeado por alterações que podem ser observadas no organismo do ser humano idoso, sejam elas ósseas, nervosas, circulatórias, musculares, endócrinas, pulmonares e imunológicas (AMENDOLA, 2012). A velhice, por sua vez, é percebida como um desgaste natural das estruturas orgânicas que, com isso, passam por transformações no desenvolvimento individual, tendo como características algumas perdas, entre elas a diminuição na expectativa de vida, perda da capacidade funcional, vulnerabilidade há doenças crônicas e entre outras (JARDIM, 2006).

A população vem envelhecendo nos últimos anos, este fato é considerado um fenômeno mundial, que vem ocorrendo de forma progressiva tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento. Isto representa um crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários (BRASIL, 2007). Devido as recentes expectativas de aumento da população idosa no Brasil, sobre o envelhecimento populacional estima-se que a cada ano 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. Contudo, o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 - um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009).

De acordo com o Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2010), o Brasil é hoje um país envelhecido, uma vez que o número de pessoas com idade ≥ 60 anos no país é superior aos 21 milhões, o que representa cerca de 11% da população total. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) considera um país estruturalmente envelhecido quando pelo menos 7% da população total são idosos. O crescimento da população idosa brasileira será de aproximadamente 15 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto o da população como um todo será de não mais que 5 vezes, no mesmo período. É importante destacar que segundo dados do IBGE, o Brasil será a sexta população mundial com o maior número de idosos, em 2025, atingindo 35 milhões.

Segundo Santos e Ribeiro (2010), a velhice é a última fase do processo de envelhecer humano, não sendo, portanto, um processo como o envelhecimento, mas um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso. A etapa da vida que se caracteriza como velhice, tem suas peculiaridades, e pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre

os distintos aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido, por exemplo, as condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice.

De acordo com Oliveira et al (2009), o envelhecimento é definido como um processo biológico grandioso que está relacionado a fatores intrínsecos, próprios do organismo, como a morte celular; e extrínsecos, àqueles do meio externo que vem atuar no indivíduo, como doenças e estilo de vida. Corroborando com essa ideia, Smeltzer e Bare (2009) apontam que algumas alterações provocadas pelo processo normal de envelhecimento são geneticamente programadas e universais em determinada espécie, sendo chamadas de intrínsecas; enquanto os fatores extrínsecos advêm por influências do meio externo como: as doenças, poluição do ar e luz solar excessiva, os quais podem acelerar o processo de envelhecimento.

Segundo Vieira (2006), o envelhecimento decorre de uma determinada programação orgânica de crescimento e maturação, considerando seu caráter universal e de variação de um indivíduo para o outro, podendo ser entendido em várias dimensões que buscam explicar os seus fenômenos. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) tem definido, entre outros conceitos, o envelhecimento como uma diminuição da adaptabilidade aos estímulos ambientais. Essa diminuição está diretamente ligada a fatores genéticos, físicos, alimentares, sociais e psicoemocionais, como também aos desequilíbrios dos neurotransmissores do cérebro.

O envelhecimento é progressivo e degenerativo, caracterizado por menor eficiência funcional, com enfraquecimento dos mecanismos de defesa, diminuição da cognição, das respostas reflexas e do estado de alerta, além de enfraquecimento da estrutura óssea e diminuição da função e da massa muscular (VERAS, 2009). Portanto, o envelhecimento consiste em um processo desenvolvido ao longo do tempo, tendo com ela algumas características marcantes, como a redução da capacidade funcional, calvície, cabelos brancos, redução da capacidade de trabalho e da resistência, como também se associam perdas dos papéis sociais, solidão, perdas psicológicas, motoras e afetivas. Na maioria das pessoas, tais manifestações somáticas e psicossociais começam a se tornar mais evidentes a partir do fim da terceira década de vida ou pouco mais, ou seja, muito antes da idade cronológica que demarca o início da velhice.

Para Wong e Carvalho (2006) é uma etapa do desenvolvimento normal, que envolve várias alterações no organismo, entre elas estão às neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas. Outrossim, as alterações fisiológicas no idoso incluem os cabelos brancos, calvície,

rugos, diminuição dos reflexos, compressão da coluna vertebral, enrijecimento articular como a atrofia muscular, fraqueza funcional, descalcificação óssea, aumento da espessura da parede dos vasos, aumento nos níveis de gordura, diminuição da capacidade coordenativa dentre outras.

Alguns especialistas que tratam sobre o estudo do envelhecimento, referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O idoso jovem geralmente se refere a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar em atividade, dispostos, cheio de vida e vigorosos. Os idosos velhos, de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária, ocorrendo assim alguma complicação para o mesmo (PAPALIA; OLDS; FELMAN, 2006).

Desse modo, o envelhecimento culturalmente está associado a doenças e perdas, e geralmente entendido como apenas um problema clínico ou médico. Neri e Freire (2000, p. 2) reforçam este pensamento ao mencionarem que *“na base da rejeição ou da exaltação acrítica da velhice, existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência”*. Este pensamento denota, portanto, que o envelhecimento simplesmente está ligado à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade funcional.

A velhice, nessa perspectiva, passou a ser tratada como um estágio da vida definido pela decadência física e ausência de papéis sociais. Com o avanço da idade, dá-se um processo contínuo de perdas e de dependência, refletindo na falta de condições biopsicossociais aos idosos, sendo responsável por um conjunto de imagens negativas associadas à velhice (PAPALÉO NETTO, 2011).

Por tudo que foi discutido pode-se afirmar que o envelhecimento é tratado também como um fruto da sociedade na qual habitamos, ou seja, além dos fatores biológico, cronológico e psicológico, o meio e as condições em que vivemos influenciam no processo de envelhecimento e na forma em que chegamos à velhice. Desta maneira, o processo de envelhecimento é influenciado pela sociedade e pelo indivíduo. A partir destas definições, percebe-se que a velhice, embora caracterizada pela existência das alterações físicas, sua essência transcende este aspecto, devendo ser considerados seus fatores sociais, culturais, psicológicos, econômicos, entre outros. Dessa forma, o idoso deve ser visto como sujeito capaz de construir sua própria história, acumulando vivências e experiências das várias etapas da vida.

Isso é o que propõe as discussões sobre o envelhecimento ativo e saudável, transformando o pensamento cristalizado de que o envelhecimento e a velhice estão associados a perdas, dependência, exclusão, aposentadoria, doenças, etc. Infelizmente a população ainda possui uma visão retrógrada sobre os idosos e esta precisa ser modificada. O idoso dos dias atuais não é mais uma pessoa frágil, incapaz e dependente. Ele está se mostrando cada vez mais participativo na vida social, merecendo todas as oportunidades de viver bem e com saúde.

Quando se pensa na velhice com possibilidades de expectativas, possibilidades, autonomia e independência, esta fase da vida pode ser propícia à reflexão do já vivido, à transformação de posturas, conceitos e valores sociais, à assunção de outra relação perante a realidade circundante, à reconstrução da identidade e à própria forma com que nos relacionamos com a diferença. É necessário expandir uma nova compreensão em relação ao conceito da terceira idade, como por exemplo, o termo contemporâneo associado aos aspectos positivos do envelhecer, tais como as novas possibilidades de aprendizagem, vínculos afetivos, práticas de lazer e satisfação, dentre outros (FREITAS et al., 2011).

A velhice deve ser concebida como uma fase natural e positiva da vida, podendo ser representada por um período de recordações e memórias do que antecedeu sua história, mesmo que em contrapartida seja uma fase de vida em que se enfrentam muitas dificuldades, a finitude e a proximidade com a morte (FERNANDES; GARCIA, 2011). Nesse ínterim, a velhice é o período em que ocorrem os declínios físicos inerentes à idade e o idoso deve buscar o equilíbrio entre as limitações e potencialidades para utilizar e aperfeiçoar suas habilidades e capacidades para vivenciar esta etapa da vida. Na atualidade, entende-se o envelhecimento como um processo saudável, onde os idosos utilizam de suas capacidades para aprender e aprimorar conhecimentos, fazendo disso uma nova maneira de enxergar a vida, onde nada é visto como “incapacitante”, todos tendo as mesmas oportunidades e avanços (VERAS, 2009).

3.2 Agravos à saúde associados ao envelhecimento

Embora o envelhecimento seja um processo natural, induz o organismo a várias alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso. Associadas às alterações decorrentes do envelhecimento, mudanças como aposentadoria, perda de amigos, solidão e isolamento social, deixando os idosos vulneráveis e mais propensos à intensificação de hábitos menos saudáveis, como o consumo abusivo de

álcool e o tabagismo. Dentre os inúmeros agravos à saúde relacionados direta ou indiretamente com o processo do envelhecimento, é possível citar:

I) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

As doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano no Brasil, e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) participa de quase metade delas. Estudos mostram que, entre os idosos, sua prevalência varia de 52% a 63%, o que permite identificar a HAS como um problema de saúde pública, conferindo ao paciente um alto risco cardiovascular (OLIVEIRA, 2008).

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica de origem multifatorial e leva ao aumento da pressão sanguínea. Considera-se hipertensão quando a pressão sanguínea é igual ou superior a 140/90 mmHg (FERRAZO et al., 2014).

II) Anemia

A anemia é uma condição caracterizada pela deficiência na concentração da hemoglobina (elemento do sangue com a função de transportar oxigênio dos pulmões para nutrir todas as células do organismo) ou na produção das hemácias (o mesmo que eritrócitos ou glóbulos vermelhos). A anemia é considerada uma preocupação para a saúde populacional quando a frequência dos valores de hemoglobina abaixo dos pontos de corte referendados para as diversas faixas etárias compromete mais de 5% dos indivíduos. Na atualidade é considerado um problema de saúde pública em escala mundial e é o distúrbio hematológico de maior prevalência que acomete a população idosa. Estudos realizados com a população idosa apontam cifras oscilando entre 2,9% a 61,0%, em homens, e 3,3% a 41,0%, em mulheres (MACEDO et al., 2013).

III) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Enfisema)

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) refere-se a vários distúrbios que afetam a movimentação do ar para dentro e para fora dos pulmões, caracterizando a limitação crônica do fluxo aéreo. O enfisema pulmonar é um alargamento anormal e persistente dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, acompanhado de destruição de suas paredes, sem fibrose óbvia. Acomete com frequência os indivíduos idosos e sua mortalidade é 5 vezes maior em pacientes desta faixa etária. O idoso, quando exposto a condições ou fatores que favoreçam a doença, tem mais facilidade em adquiri-la. Assim, as alterações estruturais do parênquima pulmonar provocadas pelo fumo são muito maiores nos idosos (TARANTINO, 2008).

É considerado um processo natural do envelhecimento a degeneração das fibras elásticas nos bronquíolos respiratórios, ductos alveolares e alvéolos. Frente a essa alteração a

densidade do parênquima pulmonar diminui, devido ao alargamento dos ductos alveolares. Essa condição favorece o acometimento pelo enfisema pulmonar (HOCHHEGGER et al., 2012).

IV) Diabetes Mellitus

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2012), o diabetes mellitus é uma síndrome clínica heterogênea caracterizada por anormalidades endócrino-metabólicas que modificam a homeostasia do homem. Essa anormalidade tem como elementos fundamentais uma deficiência absoluta ou relativa da função secretora da insulina pelo pâncreas, e/ou uma ação deficiente de insulina nos tecidos alvos que podem levar as complicações micro e macrovascular. Atualmente, estima-se que 3 a 5% da população mundial sejam diabéticos, e que metade desconheça esta condição. No Brasil, do total geral de diabetes, 90% são do tipo II, 5 a 10% do tipo I, 2% do tipo secundário e 2 a 5% gestacional, tornando-se, portanto um dos principais problemas do homem da atualidade. Na população idosa a prevalência do diabetes atinge 18,6% da população com idade superior a 65 anos.

V) Osteoporose

A osteoporose é uma doença ósteo-metabólica onde ocorre uma perda progressiva da massa óssea e uma deterioração do tecido esquelético, tornando os ossos porosos, quebradiços e frágeis. À medida que a massa óssea diminui, há um aumento no risco de fraturas (ROACH, 2003).

É considerada uma doença predominante com o envelhecimento, pois as pessoas idosas absorvem o cálcio consumido pela dieta de maneira menos eficiente e o excretam mais prontamente através dos rins. Isso faz com que as mulheres pós-menopausa e os idosos realmente necessitem consumir quantidades liberais de cálcio. Também com o envelhecimento, há diminuição da calcitonina, que inibe a reabsorção óssea e promove formação óssea e o estrogênio, que inibe a clivagem óssea, também diminui com a idade (SMELTZER et al., 2009).

VI) Ansiedade/Pânico

No ser humano a ansiedade é caracteriza-se por uma emoção ou um alerta tenso e fisicamente exaustivo, focalizado em um perigo ou emergência iminente e inevitável, embora não objetivamente aparente, com uma incerteza dolorosa sobre a possibilidade de se resolver a situação. Em estudos recentes encontram-se dois conceitos básicos e distintos sobre ansiedade em que ambos estão relacionados com a velhice: a ansiedade-estado, referente a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo, e a ansiedade-traço, a qual se refere a uma

disposição pessoal, relativamente estável, a responder com ansiedade a situações estressantes e uma tendência a perceber um maior número de situações como ameaçadoras (GAMA et al., 2008).

O transtorno do pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade, acompanhados de sintomas físicos e afetivos. Trata-se de um grave problema de saúde pública que tem um curso crônico, afetando 3,5% da população geral ao longo da vida. É mais comum em mulheres e idosos, sendo assim na população idosa se agrava devido o medo da solidão e dissentimento com familiares. É acompanhado de ansiedade antecipatória, ou seja, o medo de ter um novo ataque, e evitação fóbica (evitação de locais ou situações nas quais já correu um ataque de pânico) (NARDI; VALENÇA, 2005).

VII) Artrite Reumatoide/Artrose

A artrite reumatoide é uma doença autoimune de etiologia desconhecida, caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que leva à deformidade e à destruição das articulações por erosão do osso e cartilagem. Acomete mulheres duas vezes mais do que os homens, mas sua prevalência aumenta com a idade (PIRES et al., 2012). Muito se fala a respeito das repercussões advindas da artrite reumatoide em idosos, por ser esta uma doença que acomete seis vezes mais pessoas acima de 65 anos do que aos 25 anos (FREITAS et al., 2014).

Artrose ou osteoartrose é uma doença que acomete as articulações especialmente em pessoas com idade superior a 50 anos. Constitui uma alteração articular de origem multifatorial e apresenta inflamação, que não é muito intensa, mas contribui para os sintomas que o indivíduo apresenta e também para a deterioração da articulação acometida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

VIII) Asma ou Bronquite

A Asma é uma das doenças crônicas mais comuns em todo o mundo. Consta de uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia e tosse, particularmente, à noite e pela manhã ao despertar. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes, e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas. A prevalência de asma em homens idosos é de 9,6%, diferentemente das mulheres que fica em torno de 11,8% (ALMEIDA et al., 2014).

A Bronquite é um processo inflamatório de longa duração em que os canais que conduzem o ar inalado até os alvéolos pulmonares comprometem os brônquios causando aumento na produção de muco e tosse. As doenças respiratórias como a asma e bronquite tem

associação com o envelhecimento devido às alterações fisiológicas que acontecem com o decorrer dos anos, o sistema imune, tecido conjuntivo e os vasos vão ficando mais frágeis e contribuindo assim para a ocorrência de sintomas respiratórios (SMELTZER et al., 2009).

IX) Audição Prejudicada

Segundo Ruschel et al. (2007), sons mais importantes traduzidos pela orelha são os que compõem os sons de fala, pois é por meio dela que a comunicação baseada na linguagem é transmitida. Estudos comprovam que a perda auditiva na população idosa ocorre de 5 a 20% nos indivíduos com 60 anos de idade. Essa incidência aumenta para 60% nos indivíduos a partir dos 65 anos. No entanto, sabe-se que a audição decresce não só de forma quantitativa, mas também qualitativamente, sendo comuns aos idosos as queixas de dificuldade em entender a linguagem falada, particularmente quando outras pessoas falam ao mesmo tempo, ou seja, quando há competição com mensagens de fundo.

X) Câncer

O câncer é um conjunto de doenças que têm como característica a multiplicação desordenada de células atípicas, capazes de invadir partes adjacentes do corpo, espalhando-se por diversos órgãos, evento ao qual se dá o nome de metástase, e que pode levar à morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). As células possuem grande capacidade de divisão celular, e quando se unem formam um tumor maligno. O tumor benigno, por sua vez, trata-se apenas da formação de uma massa de células normais que se multiplicam lentamente e são semelhantes às demais. No Brasil, o câncer representa a segunda causa de óbito na população adulta, sendo que, de acordo com as previsões do Instituto Nacional do Câncer, a incidência da doença no ano de 2014 chegará a 576.000 novos casos (INCA, 2014).

A elevada prevalência de doenças degenerativas em idosos, incluindo as neoplasias malignas, dá-se devido o maior tempo de vida do indivíduo e conseqüentemente mais tempo de exposição a fatores de risco que predis põe o câncer. Mudanças dos hábitos alimentares, aumento do sedentarismo, do estresse e a maior expectativa de vida da população colaboraram para o aumento dessa incidência (VERAS, 2011).

XI) Depressão

A depressão é um transtorno de humor ou afetivo que atinge os mediadores bioquímicos envolvidos na condução dos estímulos através dos neurônios. Entre estas células há um espaço livre chamado sinapse, absolutamente fundamental para a troca de substâncias químicas, íons e correntes elétricas. Essas substâncias trocadas na transmissão do impulso entre os neurônios, os neurotransmissores, vão modular a passagem do estímulo representado

por sinais elétricos. Na depressão, há um comprometimento dos neurotransmissores responsáveis pelo funcionamento normal do cérebro (GUTMAN, 2010).

Constitui um transtorno mental com alta prevalência na população geral, e inclusive na população idosa, devido várias alterações que acontecem no percurso da vida, incluindo o abandono, a baixa autoestima e a incapacidade. Acomete cerca de 15% das pessoas ao longo da vida, sendo que as consequências repercutem negativamente em todas as esferas da vida do paciente, sejam psíquicas, biológicas ou sociais. Cerca de 18% das pessoas vão apresentar depressão em algum período da vida. Depressão é também uma doença recorrente, significando que quem já teve um episódio na vida, apresenta cerca de 50% de possibilidades de manifestar outro. quem teve dois a probabilidade aumenta para 70% e, no caso de três quadros bem caracterizados, esse número pode chegar a 90%. (DIAS et al., 2012).

XII) Acidente Vascular Encefálico (AVE)

O acidente vascular encefálico (AVE) é caracterizado por déficits neurológicos temporários ou permanentes, de variadas intensidades, que podem comprometer a independência do indivíduo acometido na realização de atividades de vida diária, tendo como o sinal mais comum a hemiplegia, que consiste na perda do movimento de um lado do corpo. Essa síndrome envolve regiões locais e até globais do SNC, causado por alterações no sistema circulatório encefálico, decorrente de alterações anatômicas ou patológicas dos vasos sanguíneos (BRITO; RABINOVICH, 2008). O risco de acometimento pelo acidente vascular encefálico (AVE) aumenta com a idade e dobra a cada década depois de 55 anos (SCHWARTZ; ZIPES, 2010).

XIII) Doença Cardíaca

Doença cardíaca é qualquer distúrbio que afeta a capacidade do coração de funcionar normalmente. A causa mais comum é um estreitamento ou um bloqueio nas artérias coronárias que fornecem sangue ao músculo cardíaco. Com o passar dos tempos, o sistema cardiovascular sofre uma série de alterações, tais como arteriosclerose, diminuição da distensibilidade da aorta e das grandes artérias, comprometimento da condução cardíaca e redução na função barorreceptora, entre outras. As estatísticas mostram que a maior causa de mortalidade e morbidade é a doença cardiovascular. A doença coronariana é a causa de 70 a 80% de mortes, tanto em homens como em mulheres e a insuficiência cardíaca congestiva, mais comum de internação hospitalar, de morbidade e mortalidade na população idosa. (CHADHA et al., 2013).

XIV) Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia e refluxo gastroesofágico)

A úlcera é uma lesão que pode ocorrer em várias partes do organismo. Quando se fala em úlcera, porém, quase sempre se refere às úlceras pépticas, isto é, àquelas que surgem no estômago, duodeno, na junção do estômago com o intestino delgado e até mesmo no esôfago, que são mais raras. Os ácidos estomacais, especialmente o clorídrico, são muito fortes. Num estômago normal e saudável, sua ação restringe-se somente aos alimentos, mas, em determinadas situações, eles podem atacar o revestimento do trato digestivo e provocar o aparecimento de uma úlcera que destrói a parede estomacal e do duodeno. Estudos epidemiológicos mostraram que as úlceras podem atingir diferentes grupos étnicos, independentemente da idade, do sexo ou da ocupação profissional (PEIXOTO et al., 2009).

A hérnia de hiato é uma abertura anormal do estômago para o tórax, ou seja, é a passagem do diafragma através da qual o esôfago torna-se aumentado, e parte da porção superior do estômago que move-se para cima, dentro da porção inferior do tórax. (SMELTZER; BARE, 2012).

O refluxo gastroesofágico é a passagem do conteúdo gástrico para o esôfago, quando os mecanismos que impedem esse retorno falham. Na maioria das vezes, o conteúdo é ácido. Como a mucosa do esôfago não está preparada para recebê-lo provoca inflamação, causando a esofagite. A evolução para uma piora da esofagite, quando não tratada adequadamente, pode levar ao Esôfago de Barret ou câncer. Em populações com 12% a 25% de prevalência de Doença do Refluxo, a presença dos sintomas pirose retroesternal e regurgitação eleva a certeza diagnóstica para cerca de 40% (CARVALHAES et al., 2011).

São comuns as alterações fisiológicas no idoso que por sua vez possuem um efeito acumulativo e gradativamente vão diminuindo a reserva funcional do indivíduo comprometendo sua capacidade de adaptação às modificações do meio interno ou externo. Contudo, o sistema gastrointestinal tem suas peculiaridades, onde apresentam alterações de formas estruturais, de motilidade e da função secretória, no esôfago ocorre à redução da sua inervação intrínseca apresentando frequentemente episódios de refluxo, no estômago há um aumento no tempo do esvaziamento gástrico, consecutivamente alterando o tempo de absorção de medicamentos. Com o exposto pode-se explicar o motivo das doenças GI alta em idosos, devido o aumento da fragilidade gástrica (NESELLO, 2011).

XV) Obesidade

A obesidade é um dos problemas mais importantes que a Saúde Pública enfrenta no Brasil e em outros países do mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que, atualmente nos países desenvolvidos, ela seja o principal problema de saúde a enfrentar. Em geral, esta doença contribui anualmente para 2,6 milhões de mortes e torna-se um fator de

risco independente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, estando consequentemente associada a um elevado risco de morbidade e mortalidade, bem como à diminuição de anos de vida (OMS, 2010).

Segundo Ferreira, Mota e Duarte (2012), a obesidade é definida como a acumulação excessiva de gordura corporal que deriva de um desequilíbrio crônico entre a energia ingerida e a energia gasta. Neste desequilíbrio, podem apresentar-se diversos fatores que estão relacionados com o estilo de vida (dieta e exercício físico), alterações neuroendócrinas, juntamente com um componente hereditário. O componente genético constitui um fator determinante de algumas doenças congênicas e um elemento de risco para diversas doenças crônicas como diabetes, osteoporose, hipertensão, câncer, obesidade, entre outras.

De acordo Wachholzi, Rodrigues e Yamame (2011), diversas alterações que ocorrem naturalmente no organismo que envelhece são capazes de modificar o estado nutricional. Durante o processo de envelhecimento ocorre uma redistribuição progressiva da gordura com diminuição do pânículo adiposo subcutâneo dos membros e acúmulo intra-abdominal. As mulheres acumulam mais gordura subcutânea que os homens e a perdem em idades mais tardias, mas tendem a trocar seu padrão de dieta e a praticar exercícios mais rapidamente que os homens. A mudança no consumo alimentar juntamente com o envelhecimento contribui para o excesso de peso corporal e o aumento expressivo da obesidade.

XVI) Problemas de Coluna (Lombalgia)

Segundo Reis et al. (2011), a degeneração da coluna vertebral inerente ao processo de envelhecimento, juntamente com o maior tempo de exposição a sobrecargas ao longo da vida, pode tendenciar o idoso a ser acometido pela lombalgia. A lombalgia é definida como dor localizada abaixo da margem da última costela (margem costal) e acima da linha glútea inferior. Existem várias doenças que afetam a coluna vertebral, porém o grupo principal de afecções está relacionado a posturas e movimentos corporais inadequados e às condições do trabalho capazes de produzir impacto à coluna, e a mesma associada ao envelhecimento se dá a um mecanismo fisiológico que alteram a sua capacidade física.

A dor lombar é uma das alterações musculoesqueléticas mais comuns em idosos, afetando 70% a 80% da população adulta em algum momento da vida, tendo predileção por adultos jovens, em fase economicamente ativa. Estudos revelam que as causas advêm de algumas condições, como: congênicas, degenerativas, inflamatórias, infecciosas, tumorais e mecânico-posturais. A coluna cervical quando afetada, pode levar a alteração do eixo corporal e a redução da mobilidade do tronco, ocasionando atrofia e diminuição de força muscular (PARREIRA, 2010).

XVII) Visão Prejudicada

A visão baixa é um termo genérico que descreve o comprometimento da visão que exige que os pacientes usem dispositivos e estratégias, além de lentes corretoras, para realizar tarefas visuais. A visão comprometida é frequentemente acompanhada por dificuldade na realização das atividades funcionais. A catarata é uma turvação ou opacificação do cristalino. A mácula é uma pequena área localizada na porção central da retina, que contém a maior densidade de fotorreceptores. É responsável pela acuidade visual de alta resolução que nos possibilita enxergar os detalhes mais finos, ler textos e reconhecer faces (SMELTZER; BARE, 2012).

Com a idade, na região da mácula, podem ocorrer depósitos de material constituído por restos celulares. Ao exame do fundo do olho, os oftalmologistas enxergam esses depósitos como lesões amareladas que acometem a mácula e a retina em volta dela. Essa degeneração resulta de uma resposta inflamatória crônica disparada pelos restos celulares, que destrói os fotorreceptores, provoca atrofia e libera fatores que causam proliferação de vasos sanguíneos (fatores angiogênicos). Embora responsável por apenas 10% a 15% dos casos, a forma de instalação abrupta é a causa de 80% dos casos de perda grave ou total da visão. A probabilidade de apresentar os primeiros sinais da doença na faixa dos 43 aos 54 anos de idade é de 8%. A prevalência de 30% entre pessoas com mais de 75 anos (ALVES et al., 2008).

XVIII) Ferida Crônica

As feridas são consequências de uma agressão por um agente ao tecido vivo. São lesões isolada ou associada a outras patologias que agridem a pele no cotidiano. As feridas crônicas são decorrentes de doenças pré-existentes ou infecções. Algumas feridas são de difícil cicatrização (EVANGELISTA et al, 2012).

Às vezes, um simples arranhão na perna de uma pessoa que tem varizes, ou um pequeno ferimento nos pés de um portador de diabetes são o suficiente para dar origem a uma lesão crônica, que persiste durante anos, não responde a tratamentos convencionais e corre o risco de apresentar complicações graves. A dificuldade de cicatrização não é exclusiva das feridas crônicas, pode ocorrer também em feridas agudas. É o caso das incisões cirúrgicas infectadas que não fecham e das áreas de trauma com laceração extensa da pele e dos tecidos adjacentes (OLIVEIRA; LORDÃO; OLIVEIRA, 2013). Com o passar dos anos a pele senil apresenta declínio na produção das células epiteliais, causando adelgaçamento de 20 a 30% na espessura da epiderme, redução de número, tamanho e secreção da glândula sudorípara, escasso tecido de sustentação e diminuição da vascularização, a derme desidrata, perdendo

seu vigor e elasticidade. Esses fatores combinados tornam as peles inelásticas e mais friáveis, facilitando as lesões dermatológicas e ocasionando assim agravos maiores na população idosa (JORGE; DANTAS, 2003).

XIX) Incontinência Urinária

O sistema geniturinário tem um funcionamento de maneira adequado nos idosos, embora exista um declínio na massa renal, principalmente por causa de uma perda de néfrons. As alterações na função renal variam muito, aproximadamente um terço dos idosos não apresentam modificações na função do mesmo. Portanto, estas transformações na função renal podem ser uma combinação do envelhecimento e condições patológicas. A incontinência urinária é a perda involuntária da urina pela uretra, podendo ser aguda, ocorrendo durante uma doença, ou pode ser crônica e desenvolver por um período longo. (SMELTZER; BARE, 2010).

A incontinência urinária foi associada à depressão e a baixa autoestima, podendo reduzir a qualidade de vida do paciente ao provocar a restrição nas atividades sociais. Está mais relacionada às mulheres e a população idosa. (SMELTZER; BARE, 2012).

XX) Doenças neurológicas: Parkinson e Esclerose

A doença de Parkinson é uma enfermidade neurodegenerativa de etiologia desconhecida com diversas manifestações motoras e não motoras que podem provocar impacto na qualidade de vida. É um distúrbio do movimento neurológico lentamente progressivo que acaba levando á incapacidades. A doença afeta com mais frequência os homens do que as mulheres. Os sintomas apresentam habitualmente na quinta década da vida pela primeira vez, porém, foram diagnosticados casos em indivíduos com 30 anos (GASPARIM, 2010; SMELTZER; BARE, 2012).

A Esclerose múltipla é uma doença inflamatória crônica e por ser uma doença autoimune age no organismo produzindo anticorpos contra a bainha de mielina, uma camada que envolve as fibras nervosas, dificultando a sinapse e provocando dificuldades de cunho motor e sensitivo. Caracteriza-se por áreas desmielinizadas no encéfalo e na medula espinal, e com etiologia genética ou ambiental, o sistema imunológico começa a agredir a bainha de mielina que recobre os neurônios e assim compromete a função do sistema nervoso (KIKUCHI, 2011).

É uma doença bastante rara que acomete, em geral, indivíduos jovens, provocando dificuldades motoras e sensitivas que comprometem muito a qualidade de vida de seus portadores. A idade é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento, pode-se apresentar em qualquer idade, porém manifesta-se em torno de 20 e 40 anos de idade. Com o

envelhecimento, o sistema nervoso apresenta alterações com redução no número de neurônios, redução na velocidade de condução nervosa, redução da intensidade dos reflexos, restrição das respostas motoras, do poder de reações e da capacidade de coordenações. Contudo, a esclerose múltipla agrava mais e faz com que o idoso fique mais vulnerável a algumas morbidades (SOUZA et al., 2011).

XXI) Doença Vascular Periférica (Varizes)

As doenças venosas constituem a sétima causa mais frequente de doença crônica na espécie humana, com grande demanda dos serviços de saúde não só por razões estéticas, mas também pela ocorrência de complicações, limitação de atividades e pelo sofrimento que impõem aos pacientes. A doença vascular periférica (DVP) se refere a doenças dos vasos sanguíneos (artérias e veias) localizadas fora do coração e cérebro. Entre as DVP, encontram-se as varizes que são veias dilatadas e deformadas, de coloração púrpuro-azulada, que surgem ao longo das pernas e podem causar dor e inchaço (ALVES; MARQUES, 2012).

O idoso com a idade avançada associada a fatores genéticos tem a facilidade de suas veias se tornarem mais elásticas, e com isso apresentam maior incidência e prevalência das doenças vasculares periféricas. Em torno de 10% dos indivíduos acima de 70 anos apresentam alguma alteração ao longo da vida. Inúmeros idosos apresentam anormalidades venosas decorrentes da insuficiência venosa superficial ou profunda, com grandes variedades de sintomas (FARIAS, 2011).

3.3 Estilo de vida do homem idoso

Obter maior longevidade sempre foi um grande desejo do ser humano. Com o passar dos anos, devido o avanço das ciências da saúde e áreas afins, aos poucos esse desejo vem sendo realizado. Atualmente várias pesquisas e estratégias visam identificar como obter melhor qualidade de vida para os anos conquistados a mais (GARRIDO, 2002).

O estilo de vida pode ser entendido como um modo de viver e vivenciar os prazeres da vida, ou seja, a maneira que o ser humano quer ter com seus hábitos e expressões. O indivíduo varia sua forma de viver de acordo com o grupo social e cultura onde o mesmo encontra-se inserido. O envelhecimento bem-sucedido ou vivido abrange uma série de fatores, como o estilo de vida, o próprio estado de saúde do indivíduo, nível de dependência física, capacidade funcional, nível socioeconômico, interação social, estado emocional, atividade intelectual, suporte familiar, valores culturais, éticos e religiosos, além da satisfação com atividades realizadas diariamente e o ambiente de convivência (VECCHIA et al., 2005).

O processo de envelhecimento é acompanhado por uma perda da capacidade funcional e a mesma está associada ao declínio na habilidade para desempenhar as atividades da vida diária (AVD). Sendo uma das maiores razões para a perda da autonomia e da independência dos idosos, tornando as pessoas dependentes de outras, resultado de um estilo de vida sedentário vivido ao longo dos anos (SILVA et al., 2014).

As alterações biológicas com o decorrer do tempo são fatores determinantes para o estilo de vida adotado durante a velhice e nas idades pregressas. Se o idoso pratica e praticou atividade física durante toda a sua vida, essas alterações serão minimizadas e a autonomia funcional será mantida. É importante salientar que hábitos e mudanças no estilo de vida devem ser estimulados ao idoso, porém não é algo que se adquire no meio exterior. Estudos gerontológicos apontam consensualmente para a importância de o indivíduo idoso ser o promotor de atitudes positivas que o levarão a enfrentar, com qualidade, esta sua etapa evolutiva (CUNHA et al., 2010).

As condições de saúde da população idosa podem ser compreendidas por indicadores específicos do processo saúde/doença, destacando-se o perfil de morbidade, mortalidade e qualidade de vida desta faixa etária. A adoção de um estilo de vida ativo proporciona diversos benefícios à saúde, uma vez que é considerado como um importante componente para a melhoria da qualidade de vida e da independência funcional do idoso. Porém, tão importante quanto investigar os benefícios biopsicossociais adquiridos pela prática da atividade física, é compreender os fatores associados que influenciam a sua adesão e manutenção (TEXEIRA, 2014).

Todavia, o estilo de vida, dentre outros fatores, envolve a subjetividade, no seu contexto social, e o processo saúde-doença perpassa pela dimensão psicoemocional, que não pode e não deve ser subestimada ou ignorada. Logo, os agravos à saúde não se resumem apenas em seus aspectos fisiopatológicos, pois estes têm associação com os demais aspectos psicológicos, espirituais e sociais. Outro fator a ser considerado, é que saúde para a pessoa idosa não se restringe apenas ao controle e a prevenção de doenças, para esta população saúde é a interação entre a saúde física, a mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (SILVA, 2009).

De acordo com Fontes et al (2011), quando falamos em saúde homem, observamos que o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois, à medida que o homem é visto como um ser viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva,

poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança, onde implicaria possivelmente desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída.

Os homens, na construção de gênero, se expõem a riscos que acabam por intervir em sua saúde. Muitas vezes, eles apresentam comportamentos que não são saudáveis, quando relacionados a uma masculinidade idealizada proveniente da cultura masculina. A incidência da mortalidade do sexo masculino deve-se aos aspectos socioculturais que ainda prevalecem entre os homens, aspectos esses estabelecidos pela própria sociedade desde os primórdios, estimulando os homens a não buscarem medidas de prevenção e monitorização da saúde (FIGUEIREDO, 2005).

O homem jovem, “livre e moderno” em seu contexto de construção psicossocial acaba abusando da “liberdade” que lhe é conferida desde a infância e é visto constantemente em um estilo de vida que não lhe confere saúde, como exemplo o abuso na ingestão de álcool, drogas ilícitas, sexo desprotegido e com múltiplas parceiras e envolvidos frequentemente em acidentes de trânsito. Nesse contexto, é notória a percepção de um estilo de vida não satisfatório na velhice, e assim ocasionando vários agravos em sua saúde (LAURENTINI, MELLO E GOTLEIB, 2005).

Para Silva (2009), o modelo hegemônico masculino e a forma transcultural que é vista a masculinidade, aborda como sendo um fator primordial para a conduta de um estilo de vida inapropriado, devido sustentarem uma invulnerabilidade inexistente, os homens assumem, muitas vezes, comportamentos pouco saudáveis, e os mesmo estão associados à masculinidade adquirida e ao modelo hegemônico.

4 Metodologia



Fonte: Google imagens, 2015.

4.1 Tipo de estudo

Consta de uma pesquisa de campo com uma estrutura observacional descritiva de abordagem quantitativa. Gil (2010) refere que a observação constitui um componente primordial para a pesquisa e nada mais é que o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano, podendo utilizar-se como um procedimento científico na medida em que servir como objetivo formulado de pesquisa sistematicamente planejado e for submetida a verificação e controles de validade e precisão.

A pesquisa descritiva, por sua vez, observa, registra e analisa as características de determinada população ou fenômeno, ou ainda, afirmação de relações entre as variáveis, sem manipulá-las, por meio de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Esse tipo de pesquisa desenvolve-se, em especial, nas ciências humanas e sociais abordando dados e problemas que merecem ser estudados, mas que não conta em documentos (CERVO; BERVIAM; DA SILVA, 2007).

A pesquisa quantitativa, segundo Marconi e Lakatos (2007) é caracterizada pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, tanto por meio de percentual, média, desvio-padrão, correlação, análise de regressão, entre outros.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB). As cidades componentes da referida microrregião são: Algodão de Jandaíra, Arara, Barra de Santa Rosa, Cuité, Damião, Nova Floresta, Olivados, Pocinhos, Remígio, Soledade e Sossego. Com vistas à otimização e viabilização do desenvolvimento da pesquisa foram selecionados cinco destes municípios: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego, haja vista a aproximação geográfica com o município sede do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

Foram utilizadas como referência as Unidades de Saúde da Família (USF's) vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), todas localizadas na zona urbana. O cadastro na Estratégia Saúde da Família norteou o encontro dos possíveis participantes do estudo.

4.3 População e Amostra

Conforme dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística publicados no ano de 2010, os cinco municípios possuem um total de 9.606 habitantes com idade igual ou superior a 60 anos, distribuídos da seguinte forma: Barra de Santa Rosa (2001), Cuité (3.040), Nova Floresta (1.576), Remígio (2.614) e Sossego (375). Este número consistiu no universo populacional para este estudo.

A amostra probabilística do tipo aleatória simples, calculada com base em uma prevalência estimada de qualidade de vida satisfatória de 50% e considerando o erro amostral de 5%, nível de confiabilidade de 95% e acréscimo de 20% para possíveis perdas, foi composta por 444 idosos, sendo 92 de Barra de Santa Rosa, 140 de Cuité, 73 de Nova Floresta, 122 de Remígio e 17 de Sossego. Do conjunto amostral global obtido para o estudo, 195 eram do sexo masculino, sendo, portanto, definida como a amostra.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Para a inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios: Ter idade igual ou superior a 60 anos; Ser devidamente cadastrado e acompanhado na Estratégia Saúde da Família; Sexo masculino; Não possuir deficiência cognitiva; Aceitar livremente em participar da pesquisa; e Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Seriam excluídos os usuários que manifestassem a qualquer momento o desejo de não mais participar do estudo ou que não estivessem em condições de participar devido pesquisa. Todavia, não houve perda amostral.

4.4 Instrumentos para Coleta de Dados

Para a realização da pesquisa foi utilizado como instrumento de coleta de dados o “Questionário de Coleta de Dados”, validado no Projeto “Situação de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais” do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais – GIEPERS do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGEnf/UFPB) vinculado ao Ministério da Saúde do Brasil, assim como no projeto “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de

vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano” vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CES/UFCG). O instrumento será detalhado a seguir.

Questionário para Coleta de Dados (Anexo A)

Trata-se de um instrumento de coleta de dados composto por 04 seções, sendo estas descritas como A, B, C e D.

- ✓ Seção A - Informações Pessoais: para contemplar esta seção serão coletadas as seguintes informações pessoais: idade; sexo; cor da pele; estado civil; local de moradia; número de moradores na casa; vínculo de moradia; responsável pelo domicílio; arranjo familiar, filhos próprios e adotivos vivos; presença ou ausência de cuidador; cuidador; religião; e tipo de serviço de saúde utilizado.
- ✓ Seção B - Perfil Social: a averiguação do perfil social é composta pelos seguintes itens: escolaridade; renda mensal do idoso e da família que mora com o idoso; origem de renda; autoavaliação da situação econômica; autoavaliação da memória; atividades anterior e atualmente desenvolvidas; e caracterização da moradia.
- ✓ Seção C - Estilo de vida: visa averiguar os dados relacionados ao tabagismo, consumo de álcool, realização de atividade física e nível de estresse.
- ✓ Seção D - Problemas de saúde autorreferidos: consta da investigação da presença de agravos à saúde autorreferidos pelos participantes, são eles: anemia; ansiedade/pânico; artrite reumatoide/artrose; asma ou bronquite; audição prejudicada; câncer; DPOC (enfisema); diabetes mellitus; depressão; derrame (AVE); doença cardíaca; doença GI alta (úlceras, hérnia, refluxo); doença vascular periférica (varizes); doença neurológica (Parkinson/esclerose); hipertensão arterial; incontinência (urinária/fecal); obesidade; osteoporose; problemas de coluna; visão prejudicada (catarata); e ferida crônica.

4.5 Procedimentos para Coleta de Dados

Tendo em vista que o projeto original em que este é embasado obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados foi realizada a partir da aplicação do questionário entre os meses de novembro de 2014 a março de 2015. Após a identificação das Unidades de Saúde da Família e o contato com a equipe multiprofissional, em particular o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde, foram elencados os possíveis idosos participantes e estes foram selecionados conforme a acessibilidade e interesse em participar do estudo. Quando o idoso aceitava participar do estudo, estando em acordo com os critérios de inclusão, a equipe de pesquisadores procediam à coleta das informações, seja no domicílio ou na Unidade de Saúde da Família. Anteriormente ao preenchimento do questionário, os pesquisadores apresentam o TCLE e informam os objetivos da pesquisa, sendo este assinado em duas vias (ficando uma via com o participante e a outra arquivada com o pesquisador).

A equipe de pesquisadores foi composta pelo pesquisador responsável (Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN), cinco enfermeiros egressos do Centro de Educação e Saúde e 13 alunos regularmente matriculados no Curso de Bacharelado em Enfermagem, todos membros efetivos/colaboradores do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem (GEPISE) cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

4.6 Análise dos Dados

A análise dos dados quantitativos do estudo foi operacionalizada com a digitação das informações no programa *Excel* versão 2010, codificando todas as variáveis contidas nos instrumentos. Em seguida os dados foram importados para o aplicativo IBM SPSS *Statistics* 20.0, para as seguintes análises: Univariada - calculando-se frequências simples, para as variáveis nominais e ordinais; e medidas de posição (mínimo, máximo e média) e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis quantitativas; e Bivariada - tabelas de contingência, para variáveis qualitativas. O teste de Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para averiguar a associação estatística existente entre diversos problemas de saúde (doenças associadas ao envelhecimento) com as variáveis comportamentais relativas ao estilo de vida, aceitando significância estatística nas associações cujo *p-valor* é $\leq 0,05$.

4.7 Aspectos Éticos

Inicialmente para a realização deste estudo, solicitou-se a autorização da direção do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, bem como das Secretarias de Saúde dos cinco municípios envolvidos na pesquisa. Após a assinatura dos termos de autorização, o projeto original foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da UFCG, obtendo a aprovação sob parecer nº 844.702 em 28 de outubro de 2014. Logo, de modo a cumprir as exigências éticas em pesquisas, todos os procedimentos para o desenvolvimento desta investigação, tiveram como base as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Baseando-se nessa Resolução, foi garantido de acordo com os aspectos éticos e legais para a relevância do estudo, o respeito ao participante da pesquisa, tendo sua autonomia e sua dignidade preservada, certificando-se sobre a sua vontade de contribuir, ou desistir da pesquisa, além do reconhecimento da sua vulnerabilidade. Ainda foram avaliados: os riscos e os benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência); a adequação da pesquisa aos princípios científicos que a justificam; a fundamentação em fatos científicos e a utilização de métodos adequados para responder às questões estudadas; e obtenção do consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa e/ou seu representante legal.

5 Análise e Discussão dos Resultados



Fonte: Google imagens, 2015.

O capítulo intitulado por *Análise e Discussão dos Resultados* apresenta informações relativas à prevalência de agravos à saúde associados ao envelhecimento entre homens idosos do Curimataú Paraibano, de acordo com os 05 (cinco) municípios selecionados para a pesquisa: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego. A amostra foi composta por 195 participantes, e os dados foram obtidos diretamente de homens idosos no âmbito das Unidades de Saúde da Família ou nos seus próprios domicílios, por meio da aplicação do questionário de Coleta de Dados (Anexo A) do projeto “Qualidade de vida do idoso e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano” vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande.

Para uma melhor sistemática de apresentação e compreensão dos resultados, foram estruturados os seguinte sub-tópicos: Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; Caracterização do estilo de vida dos participantes; Agravos à saúde associados ao envelhecimento; e Avaliação da influência do estilo de vida na prevalência de doenças associadas ao envelhecimento.

5.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes

A amostra do estudo foi composta por 195 (cento e noventa e cinco) participantes, todos com idade igual ou superior aos 60 (sessenta) anos de idade, obrigatoriamente cadastrados na Estratégia Saúde da Família dos municípios supracitados. Os dados sociodemográficos simplificados estão apresentados na Tabela 1, abrangendo 12 variáveis, sendo elas: faixa etária, cor/raça, estado civil, arranjo familiar, responsabilidade pelo domicílio, presença de cuidador, identificação do cuidador, religião, serviço de atenção à saúde de primeira escolha, alfabetização funcional, escolaridade e renda familiar.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico simplificado de idosos do sexo masculino acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=195).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Faixa etária</i>	60 a 74	119	61,0%
	75 a 89	70	35,9%
	Acima de 90	06	3,1%
<i>Medidas descritivas</i>	<i>Média = 72,55</i>		
	<i>Desvio padrão = 7,981</i>	<i>Mínima = 60</i>	<i>Máxima = 103</i>

<i>Cor/Raça</i>	Branca	72	36,9%
	Parda	74	37,9%
	Amarela	03	1,5%
	Preta	44	22,6%
	Indígena	02	1,0%
<i>Estado civil</i>	Solteiro	21	10,8%
	Casado	132	67,7%
	Divorciado	11	5,6%
	Separado	04	2,1%
	Viúvo	25	12,8%
	União consensual	02	1,0%
<i>Arranjo familiar</i>	Sozinho	23	11,8%
	Somente com o cônjuge	68	34,9%
	Cônjuge e filhos	54	27,7%
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	09	4,6%
	Somente com os filhos	08	4,1%
	Arranjos trigeracionais	17	8,7%
	Arranjos intrageracionais	02	1,0%
	Somente com os netos	02	1,0%
	Não familiares	01	0,5%
Outros arranjos	11	5,6%	
<i>Responsabilidade pelo domicílio</i>	Próprio idoso	174	89,2%
	Cônjuge	08	4,1%
	Filho(s)	10	5,1%
	Outro familiar	03	1,5%
<i>Presença de cuidador</i>	Sim	80	41,0%
	Não	115	59,0%
<i>Identificação do cuidador</i>	Cônjuge	40	20,5%
	Cônjuge e filhos	09	4,6%
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	01	0,5%
	Somente os filhos	18	9,2%
	Outro idoso	02	1,0%
	Cuidador particular	05	2,6%
	Outros	05	2,6%
	Não tem cuidador	115	59,0%
<i>Religião</i>	Católica	159	81,5%
	Evangélica	20	10,3%
	Nenhuma	16	8,2%
<i>Serviço de atenção à saúde de primeira escolha</i>	Sistema Único de Saúde	152	77,9%
	Convênios de saúde	12	6,2%
	Serviços privados	27	13,8%

	Farmácias	03	1,5%
	Benzedeiras	01	0,5%
<i>Alfabetização funcional</i>	Sim	93	47,7%
	Não	102	52,3%
<i>Escolaridade</i>	Não alfabetizado	102	52,3%
	01 a 04 anos estudados	51	26,2%
	05 a 08 anos estudados	35	17,9%
	09 a 11 anos estudados	--	--
	Acima de 12 anos estudados	07	3,6%
<i>Medidas descritivas</i>	<i>Média = 2,37</i>		
	<i>Desvio padrão = 3,532</i>	<i>Mínima = 0</i>	<i>Máxima = 25</i>
<i>Renda Familiar</i>	<i>Média = 1.799,53</i>		
	<i>Desvio padrão = 1.106,369</i>	<i>Mínima = 788</i>	<i>Máxima = 12.000</i>
	Total	195	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Conforme demonstrado na Tabela 1, evidencia-se a predominância de idosos jovens e ativos na sociedade 61,0%, sendo estes com idade de 60 a 74 anos. Da mesma forma, Barros e Neri (2012) constataram uma prevalência de idosos jovens em um estudo realizado com 1.432 participantes, em que 56,0% enquadravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos, 32,7% estavam na faixa etária de 70 a 79 anos e os demais 11,3% possuíam 80 anos ou mais; dessa maneira assemelhando-se com os percentuais relativos ao presente estudo.

O aumento gradativo do número de idosos é resultante, principalmente, da redução da taxa de fecundidade associada à taxa de mortalidade infantil diminuída, e também relacionado à maior expectativa de vida e à melhora das condições de saúde, que vem crescendo ao longo dos anos. É importante ressaltar a mudança nesse grupo populacional, devido o aumento na dinâmica demográfica, em que desde a década de 40 se observa um crescimento nessa população (LUZ et al., 2014). Com isso tem-se uma elevação da expectativa de vida devido o aumento de tecnologias e programas públicos voltados à população idosa, mais precisamente à população masculina (PILGER; MENON; MATIAS, 2011).

Como observado na Tabela 1, a idade mínima de idosos foi de 60 anos e a máxima foi de 103 anos, tendo como média a idade de 72,55 anos. Com o avanço da idade tornam-se visíveis vários desafios para os idosos e entre eles estão a dependência social e a física, impedindo o envelhecer com mais saúde (CUNHA et al., 2012). A autonomia para os idosos, por sua vez, é um processo difícil considerando que a população acredita que são seres incapazes para o autocuidado. O termo autonomia é derivado do grego *autos* (próprio, eu) e

nomos (regra, domínio, governo, lei), significando o poder de tomar decisões sobre si mesmo e assumir o controle de sua vida. Respeitar a autonomia é ter um idoso com liberdade de direitos, ter escolhas individuais, ter valores e princípios que são respeitados. No processo saúde-doença é de fundamental importância, pois torna um idoso capaz de tomar suas próprias decisões, saber agir e ter um cuidado maior com a sua saúde (OLIVEIRA; ALVES, 2010).

De acordo com a variável cor/raça, verifica-se que 37,9% (n=74) dos idosos são de cor/raça parda, em paralelo com a cor/raça branca que tem uma expressiva significância de 36,9%, sendo esta representação condizente com a região do Curimataú ocidental. Segundo o Censo Demográfico 2010, no Brasil existe a predominância da cor/raça branca e parda, sendo distribuídas nas regiões do nosso país, onde a norte/nordeste encontra-se 42,5% de cor/raça branca e 49,4% de cor/raça parda (IBGE, 2010). Nesta mesma ideia, a representação de homens brancos é de 47%, seguidos de pardos e negros que equivalem a 52% dos ocupantes do território brasileiro, corroborando com esta pesquisa.

No que se refere ao estado civil, 67,7% dos idosos são casados, revelando que a constituição familiar tradicional ainda ocorre em maior proporção na atualidade. Neste contexto, é relevante ressaltar que o matrimônio e a constituição de uma família considerada como ímpar para a saúde individual do idoso, pois torna-se, a fonte de confiança, o cuidado, o amor, a maturidade, e a sabedoria para se ter uma melhor qualidade de vida e consecutivamente ser um idoso saudável (SCORSOLINI-COMIN, 2011). De acordo com o Censo Demográfico de 2010, os resultados preliminares sobre a caracterização das pessoas e domicílios, a proporção de casados há 10 anos ou mais no Brasil era de 54,8% no ano de 2000 e subiu para 55,4% no ano de 2010 (IBGE, 2010).

Ainda em relação ao estado civil é notável destacar que o somatório do número de idosos solteiros, viúvos, separados e divorciados equivale a 31,3 % da amostra, tornando-se um resultado significativo e que pode ser considerado como uma das grandes problemáticas no cuidado com a saúde desta população. O número isolado de idosos viúvos adquire também um percentual expressivo de 12,8%. Segundo Wichmann et al. (2013), a ausência de um companheiro é uma das grandes problemáticas enfrentadas pelos idosos, por afetar a sua vida psicossocial. Os relacionamentos conjugais são primordiais para os idosos, porém a maneira de viver pode influenciar nesse contexto, pois muitos idosos sentem-se incapazes ou frágeis para viver sozinhos. Alguns problemas são enfrentados com o avanço da idade e conseqüentemente agrava-se pela falta de um companheiro, pode-se citar: as dificuldades em

manter uma vida social saudável, a intimidade, as adversidades socioeconômicas, disfunções emocionais (solidão e tristeza), os cuidados com a saúde, entre outros.

No que diz respeito ao arranjo familiar, ou seja às composições familiares convencionais ou pós-modernas, toma-se como exemplo filhos criados por pai e mãe separados, idosos morando sozinhos, entre outros. Nesse contexto, o resultado expressa que 34,9% dos idosos moram somente com o cônjuge, provavelmente outro idoso.

A população idosa é considerada um grupo vulnerável, por não participar do processo produtivo do país, e terem renda insuficiente e apresentarem incapacidades físicas e mentais advindas da idade, sendo julgados como um grupo com autonomia comprometida pela falta de renda e/ou de saúde (PAULO; WAJNMAN; OLIVEIRA, 2013). Esses se enquadram como determinantes importantes das condições de vida da população idosa e da organização dos arranjos familiares e podem ser muito afetados pelas políticas sociais. Tendo como base todas essas justificativas é perceptível a problemática da pessoa idosa viverem sozinhos, devido uma falta de estrutura e apoio, justamente por terem condições fisiológicas alteradas que não permitam a realização das atividades de vida diárias.

O resultado da variável responsabilidade pelo domicílio é de grande expressividade, onde 89,2% dos idosos são responsáveis pelas suas residências e conseqüentemente pelas despesas, o que não é relativamente surpreendente, pois é uma condição típica do sexo masculino, uma vez que a cultura hegemônica do homem, o condicional ao papel de provedor do lar, de fortaleza e virilidade.

Os idosos têm uma participação relevante no que diz respeito à vida financeira e econômica, de acordo com as situações em que são os chefes da família, ou seja, tem a reponsabilidade de prover o sustento da casa. E essa ideia iniciou desde séculos passados, onde o homem saía de casa pra trabalhar e a mulher tomava conta das atividades domésticas. Com o passar dos tempos essa contextualização foi modificando, porém a masculinidade não permite tal mudança (MAFRA et al, 2013). Sob outra perspectiva, nas últimas décadas a mulher tem sido destaque por conquistar espaço na sociedade. Ela abandonou a figura de dona de casa para assumir cargos importantes em empresas e ser mais atuante no mercado de trabalho. A mulher acumula funções trabalhistas, domésticas e maternais, e com isso desmitifica o machismo imposto pela sociedade. Na realidade a mulher está lutando de igual para com os homens e buscando mais oportunidades na vida (RIZZOTTO, 2014).

Para muitos idosos a autonomia é um elemento essencial para a manutenção da qualidade de vida e preservação da sua dignidade. Nesta pesquisa fica evidente que a maioria dos idosos não tem cuidador, equivalendo a 59,0% dos participantes. De acordo com Flores et

al. (2010), o que justifica para a maioria dos idosos não ter cuidador é a percepção de que suas atitudes são julgadas e não ter privacidade no lar, com isso interferindo na maneira de viver dos idosos. Para Separavich (2013), o homem tem dificuldade em reconhecer suas próprias necessidades de saúde, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer, mantendo até hoje a questão cultural da invulnerabilidade masculina. A verdadeira masculinidade afeta essa população, pois a grande maioria com pensamentos consolidados afirmam não precisar de cuidados, por serem seres invulneráveis, competentes, agressivos, racionais e ter uma sexualidade sem limites.

O "cuidar" é um ato de vida, que tem por finalidade assegurar a manutenção e a continuidade da existência humana, pertencendo à esfera das responsabilidades familiares executá-lo (WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013). O cuidado é indispensável quando se trata da população idosa, devido às doenças crônicas e a mudanças que acarretam a sua vida. Com isso, é de suma importância ter um cuidador, o que fora evidenciado quando 20,5% apontaram serem cuidados pelo cônjuge. Prática esta relativamente comum em nossa sociedade, em que ambos envelhecem juntos e, conseqüentemente, cuidam um do outro.

O cuidado é uma condição de sobrevivência com dignidade. Considerando-se uma atitude amorosa, torna-se uma dádiva quando se constrói de forma imprescindível o respeito, o afeto e o amor pelo próximo. Salienta-se que o vínculo matrimonial representa significativamente esse cuidador, devido crenças, valores de cada família, estilo de vida e a maneira como um representam para o outro. Esses fatores destacam-se em relação aos cuidados prestados com o idoso (ARAÚJO et al., 2013).

Com relação à variável religião, houve uma predominância da católica entre os idosos, totalizando 81,5% dos participantes. Segundo Zenevicz, Morigychi e Madureira (2013), a religião é um sistema de crenças e práticas aos seres humanos, em que encontram-se universos e culturas específicas, influenciando de forma direta ou indiretamente no processo saúde/doença e na tomada de decisões, pois afetam a percepção de atitudes. O Brasil é reconhecidamente um país de formação histórica católica, divindade espiritual de grande relevância e prevalência no nosso país.

No processo do envelhecimento, uma estratégia normalmente utilizada a fé para enfrentamento das crises, estresses, desafios, desejos e vontades para as pessoas idosas. Essa prática fornece subsídios de fortalecimento para a vida, como a esperança de uma vida após a morte, auxilia na redução da ansiedade, aumenta as esperanças, abre as portas para a imensidão e explica o significado da nossa existência (ALMINHANA; MENEZES JUNIOR; ALMEIDA, 2013). A religiosidade para as pessoas idosas proporciona uma série de

benefícios à saúde, por ser uma forma pessoal de conversar com Deus, acreditando-se que fortalece e ampara nos momentos de angústia e sofrimento.

Outro resultado refere-se aos idosos que não possuem nenhuma religião, quando 8,2% declaram ser ateu. Não ter religião nos tempos atuais é uma forma relativamente aceita socialmente, diferentemente de declarar que “não acreditar em Deus” que entoa de maneira mais forte para a população. Pode-se ainda dizer que “*não ter religião é uma afirmação ou fato de o ser apresentar-se como católico e ao mesmo tempo não ser praticante de tal crença*” (MONTERO; DULLO, 2014, p. 60), assim como relatos de não ser católico, evangélico ou acreditar em outro tipo de crença, não significa não ter Deus em suas vidas. Apenas é uma condição em que se acredita no criador do universo, porém não frequenta nenhum templo para adoração do mesmo.

Ainda com relação à caracterização dos participantes do estudo, investigou-se qual serviço de saúde os mesmos utilizavam como primeira escolha. O resultado apontou que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema que oferta os serviços de saúde mais procurados por toda população brasileira, representados por 77,9% que buscam o SUS como serviço de saúde de primeira escolha. De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o principal objetivo dessas políticas em saúde para os idosos é que estes alcancem a idade avançada com melhores condições de saúde e adquirindo um envelhecimento saudável, assegurando meios e ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, e na mesma linha garantindo uma integralidade da atenção, indo diretamente ao encontro de distintas realidades e necessidades dos indivíduos.

Considerando a saúde de maneira ampliada, são necessárias no cenário brasileiro atual mudanças que direcionem a produção de um ambiente favorável de forma social e cultural para a população idosa, sobretudo pelos números expressivos apresentados em pesquisas de idosos que buscam os serviços de saúde, particularmente no final da vida, apresentando mais problemas de saúde, com doenças crônicas e conseqüentemente realizando tratamentos de custos altos. É fato que as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens. De acordo com IBGE, 71,2% dos homens utilizam os serviços do SUS, diferentemente das mulheres que foram 83,4%. Tais números justificam o conceito da masculinidade, onde os homens acreditam não adoecer e ao mesmo tempo não precisam de tais cuidados. Outra justificativa é alegar o horário de funcionamento dos serviços de saúde, normalmente incompatível com as suas atividades laborais (BRASIL, 2010).

De acordo com a variável alfabetização funcional, verifica-se que 52,3% dos idosos estudados não são alfabetizados, o que consolida a preocupação com a trajetória da população

brasileira no que se diz respeito à educação. A analfabetização funcional significa o ser humano ser capaz de utilizar a escrita e a leitura para enfrentar as demandas do seu contexto social, usando de suas habilidades para dar continuidade ao aprendizado ao longo de sua vida. Alfabetização é uma aprendizagem relacionada à escrita e leitura, ou seja, um processo de transferência do sistema fonológico para o sistema ortográfico. Considera-se também um método de compreensão e expressão de significados por meio de um código, que é a escrita (LEITE E GAZOLI, 2012).

A variável escolaridade corrobora a alfabetização funcional, pois 52,3% dos idosos não possuem nenhuma escolaridade, ou não frequentaram a escola ao longo de sua vida. As condições sociais podem estar relacionadas com o perfil da escolaridade. Uma grande parte dos idosos afirma que vários obstáculos os impediam de ir à escola, entre eles: a necessidade de trabalho; a falta de estímulo e a influência dos pais; a precariedade dos serviços naquela época; a distância e a falta de transporte para o deslocamento até os centros educacionais; e a renda por não terem condições de custear os estudos. Um fato comum na realidade dos países em desenvolvimento são as pessoas com nenhum grau de escolaridade, particularmente se tratando de idosos que viveram sua infância em condições desfavoráveis e na época onde o ensino não era prioridade (REIS et al., 2009).

Silva et al. (2012) também obtiveram resultados equivalentes em suas investigações, ao observar um percentual de 48,4% de analfabetos, seguido de 41,9% de semianalfabetos e, por fim, uma pequena proporção de 9,7% de idosos alfabetizados. Este fato reflete mais uma vez as condições sociais vivenciadas no século passado em que o acesso à educação era restrito. Porém na atualidade, existem vários programas voltados para educação de idosos, dando oportunidade à aprendizagem. Para alfabetizar essa população é necessário compreender sua história de vida, enfatizando os fatores sociais, culturais e pessoais, exercendo um papel significativo nesse processo (PEREIRA; AQUINO, 2012).

Os resultados do Censo Demográfico no ano de 2010 confirmam que na região nordeste, em municípios com até 50 mil habitantes, há uma grande proporção de analfabetos, em torno de 60% de idosos que não sabiam ler e escrever nessas cidades (IBGE, 2010). Neste contexto, numerosas políticas públicas combatem o analfabetismo, pois essa problemática é de caráter social e não individual. Para a sociedade, o impacto relacionado à saúde diz respeito ao maior número de enfermidades, ocorrendo consecutivamente à diminuição na educação e no trabalho, e dificultando na melhoria de empregos, na produtividade e no desenvolvimento social. Para que isso aconteça de forma igualitária é preciso que seja entendido como um direito universal, independente da idade ou caráter social do indivíduo.

Em países como Brasil o poder público só preserva maiores políticas para os jovens aprendizes, esquecendo-se dessa população que mesmo com o envelhecimento tem a oportunidade de aprender o que lhe foi roubado na juventude (GADOTTI, 2013).

Ao analisar a renda familiar, observou-se que a média é de R\$ 1.799,53, valor este praticamente equivalente a dois salários mínimos, para o casal de idosos. Importante ressaltar que os participantes relataram que sua renda é proveniente de uma aposentadoria, e que grande parte trata-se da aposentadoria advinda da agricultura. Para atender as necessidades humanas básicas, este valor é mínimo, relatado pela maioria dos idosos. Isso enfatiza a necessidade da existência de programas voltados à prevenção e ao tratamento das doenças como subsídio para o autocuidado, uma vez que a renda recebida por estes idosos tem por finalidade cobrir todas as suas despesas mensais (REIS et al., 2009).

A aposentadoria é uma forma de gratificar pelo tempo de serviço prestado, seja ele público ou privado. Porém, essa remuneração é baixíssima comparada com os custos altíssimos de vida, aumentando proporcionalmente à idade, sobretudo quando se têm em vista que esta é uma população que, em grandes proporções, encontra-se em situações adversas de pobreza. É evidente que a renda é um fator representativo na determinação das condições de saúde do idoso, devido haver uma maior necessidade de medicações, atenção com alimentação, além de outras despesas que o próprio envelhecimento provoca. Outrossim, a maioria dos idosos veem de uma realidade em que são provedores do lar, pois amparam parentes desempregados e enfrentam condições de doença. É preocupante esses idosos possuírem uma baixa renda mensal, pois comumente se encontram em condições de vulnerabilidade, de exposição aos riscos de agravos à saúde, e ao mesmo agravamento de doenças crônicas pré-existentes (CLARES et al., 2011).

A Previdência Social ou Seguro Social é um programa de pagamentos em dinheiro e/ou serviços prestados ao indivíduo e/ou a seus dependentes, tendo ações articuladas para amparar o indivíduo em eventos decorrentes de morte, doença, invalidez, desemprego e incapacidade econômica em geral. É visível que a renda representa um fator determinante na condição de saúde do idoso, porque nessa fase observa-se uma necessidade maior de cuidados com alimentação, medicação, e doenças do próprio processo do envelhecimento. Por isso a importância da aposentadoria para o idoso, possibilitando suprir as necessidades que o envelhecimento acarreta, além de ser um direito após anos de trabalho prestado (CLARES et al., 2011).

5.2 Caracterização do estilo de vida dos participantes

O processo de envelhecimento caracteriza-se, de modo genérico, por tornar os indivíduos com maior suscetibilidade a diversificadas doenças, sendo o estilo de vida adotado ao longo dos anos um determinante próprio deste resultado. Nesta seção serão apresentados os resultados relacionados ao estilo de vida dos idosos, bem como os fatores associados ao processo do envelhecimento.

Tabela 2 – Caracterização do estilo de vida de idosos do sexo masculino acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=195).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
Tabagismo	Sim	37	19,0%
	Não	158	81,0%
Consumo de bebida alcoólica	Sim	41	21,0%
	Não	154	79,0%
Exercício físico	Sim	63	32,3%
	Não	132	67,7%
Nível de estresse	<i>Média = 3,74</i>		
	<i>Desvio padrão = 3,013</i>	<i>Mínima = 0</i>	<i>Máxima = 10</i>
	Total	195	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No que concerne à variável tabagismo, como pode ser observado na Tabela 2, verifica-se que 81,0% dos idosos entrevistados alegam não serem fumantes. Considerando este um resultado extremamente satisfatório, é oportuno destacar que o hábito de fumar acarreta vários problemas de saúde. Mesmo não sendo atualmente tabagistas, muitos dos idosos afirmaram praticar este hábito na juventude, que para a época era um comportamento cotidiano e que eram leigos acerca dos fatores maléficos decorrentes do tabagismo.

O tabagismo é uma epidemia mundial, considerada um grande problema de saúde pública e que demanda um grande enfrentamento por parte dos profissionais de saúde, gestores e sociedade em geral. No Brasil, o Censo Demográfico 2010 aponta que 59,6% dos homens e 40,4% das mulheres são fumantes. Na população geral, os óbitos ocorrem na faixa etária de 35 a 69 anos. Explica-se que o hábito de fumar seja responsável por 85% dos óbitos relacionados com enfisema pulmonar, 45% por infarto agudo do miocárdio, além de 30% por

algum tipo de câncer, sendo o de pulmão o mais frequente (NEPOMUCENO; ROMANO, 2014).

Analisando as políticas de controle do tabagismo, identifica-se que estas contribuem de maneira significativa para a cessação do tabagismo, por isso a importância de campanhas e outras práticas voltadas para auxiliar a população. Portanto, surge a necessidade de estratégias de educação em saúde voltadas aos idosos que visem reforçar os benefícios de um estilo e hábito de vida saudável, sem consumo do tabaco. Conforme a Política Nacional de Promoção da Saúde, inúmeras medidas podem ser adotadas para prevenir e/ou controlar o tabagismo, entre elas: sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas; realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de “comunidades livres de tabaco”, divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos; investir na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco; mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários, capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo e seus riscos, tanto para quem fuma, quanto para quem convive (BRASIL, 2010).

Quanto à variável consumo de álcool, identificou-se um percentual de 79,0% de idosos que referiram não ingerir bebidas alcoólicas, o que representa um resultado significativo. Os entrevistados afirmaram que consumiram bebidas quando mais jovens, mas que com o passar dos anos foram abandonando esse mau hábito. Luz et al. (2014) realizaram um estudo com 424 idosos da região norte do Rio Grande do Sul, em que os resultados obtidos, 85,6% dos idosos não consumiam bebida alcoólica e não tinha hábito de fumar. Informação esta, que corrobora com os dados obtidos no presente estudo.

O consumo de bebidas alcoólicas é um dos hábitos mais aceitáveis pela sociedade e o início da ingestão acontece em idade precoce. Sabe-se que estão relacionadas ao desenvolvimento de diversas doenças, como as cardiovasculares e hepáticas, diabetes, e particularmente em algumas neoplasias. Vale ressaltar ainda que é uma das maiores causas de morte em acidentes de trânsito (PINTO et al., 2010).

O alcoolismo traz déficits no funcionamento comportamental e intelectual do idoso e o seu uso abusivo pode exacerbar o processo do envelhecimento normal ou envelhecimento fisiológico. A concentração de álcool no sangue ocorre devido à diminuição do líquido corporal, sendo esse um fenômeno fisiológico, e consecutivamente dá-se a redução da diluição do álcool no sangue. Isso significa que por mais que os idosos consigam metabolizar de maneira eficaz, os mesmos apresentam maior risco de intoxicação e são susceptíveis aos efeitos adversos do álcool (SILVA, 2008). Nessa conjuntura, é viável a efetiva implementação de ações educativas frente ao uso abusivo do álcool, investir mais em ações que abordem a

temática, distribuir material educativo para sensibilização da população e apoiar as campanhas quanto às restrições ao acesso de bebidas alcoólicas.

Ao analisar a variável exercício físico, observou-se que 67,7% dos homens declararam não praticar nenhum tipo de atividade física. Considera-se que a redução das atividades é um forte indicador de fragilidade, e muitos dos idosos relataram que a incapacidade funcional era o principal fator para a não realização dos exercícios físicos. Esse resultado, portanto, é bastante preocupante e pode gerar impactos graves na saúde uma vez que a prática de atividades físicas é de importância para a qualidade de vida, a mobilidade e autonomia do idoso, além de aumentar a força e a potência muscular, e prevenir quedas e fraturas, pois o idoso torna-se mais susceptível a tais situações (LENARDT, 2013).

O processo de engajamento do idoso na prática de atividade física vai além de estímulos e benefícios, uma vez que alguns idosos têm dificuldades em razão de ter medo de sofrer algum tipo de lesão ou mesmo violência em local público, pelo cansaço eminente da idade, a limitação física, a falta de companhia ou até mesmo tempo para se exercitar, dentre outros motivos tidos como obstáculos na realização da atividade física (MACIEL, 2010). Para alcançar um envelhecimento com qualidade de vida e saudável, a prática regular de atividade física tem um papel primordial na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de proporcionar benefícios físicos e psicossociais.

Quanto ao nível de estresse, os resultados apontaram um baixo índice, com média de 3,74, configurando assim um excelente resultado quando se considera a escala oscilante entre 0 e 10. Denomina-se estresse um conjunto de reações inespecíficas e gerais do organismo frente a estímulos persistentes que são capazes de alterar o equilíbrio homeostático e estão relacionadas a mudanças bioquímicas, psicológicas, cognitivas e comportamentais do indivíduo (FARIAS et al., 2011).

De acordo com Talarico et al. (2009), na senescência ocorrem mudanças físicas, psíquicas e sociais. Esses se tornam fatores determinantes para a incidência de estresse no idoso, interferindo muitas das vezes no seu convívio social, diminuindo a autonomia e independência, acarretando em prejuízos ao seu bem-estar. Outros fatores importantes que acometem o idoso tratando-se de estresse são: doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), instabilidade financeira, aposentadoria, senilidade, morte de familiares, entre outras. É uma condição que, relacionada a outras alterações no estilo de vida, afetam a saúde num contexto geral ao idoso. Pessoas idosas que possuem baixo ou nenhum nível de estresse têm uma melhor condição e expectativa de vida (VERAS, 2012).

O estilo de vida e os hábitos adquiridos desde a juventude ajudam de forma gradativa ao envelhecer no ponto de vista fisiológico. As ações para a melhoria na qualidade de vida do idoso são voltadas primordialmente para promoção e proteção da saúde. A Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa propõe várias estratégias que favorecem um modo de vida mais saudável (ZAITUNE et al., 2010). Frente a essa Política, há abordagens que são sugeridas para atingir um envelhecimento saudável e ativo na sociedade, entre elas está à prática regular de atividade física, que assume um papel primordial na promoção da saúde e prevenção de doenças, proporcionando benefícios físicos, psicológicos e sociais.

Na atenção primária, ações de educação em saúde, programas e pesquisas devem ser executadas de maneira inovadora e ter um foco e avaliação que possam identificar as variáveis que possam interferir direta ou indiretamente no processo do envelhecimento (BORGES; SEIDL, 2014). Uma forma de inserir essa população é criando grupos de idosos, em que eles possam debater sobre a velhice, sentirem-se responsáveis pelo seu envelhecimento e da mesma forma opinar e construir estratégias para a promoção e melhoria das condições de saúde e vida.

Espera-se, deste modo, que o idoso alcance uma vida mais longa, onde possam estar fisicamente ativos e seguros de suas necessidades na participação social, proteção, segurança e cuidados, além de preservação de um ótimo estado físico de saúde e um baixo nível de doenças crônicas e degenerativas. Uma velhice bem-sucedida é resultado do equilíbrio do indivíduo no processo do envelhecimento (GARBACCIO; SILVA; BARBOSA, 2014).

5.3 Agravos à saúde associados ao envelhecimento

Neste tópico serão apresentados os resultados obtidos quanto à investigação dos agravos à saúde autorreferidos por idosos bem, como a análise e discussão conforme a literatura pertinente e convergente com a associação relativa ao fenômeno do envelhecimento.

Tabela 3 – Agravos à saúde associados ao envelhecimento identificados em idosos do sexo masculino acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=195).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Anemia</i>	Sim	06	3,1%
	Não	189	96,9%
<i>Ansiedade</i>	Sim	23	11,8%
	Não	172	88,2%

<i>Artrite reumatoide/Artrose</i>	Sim	26	13,3%
	Não	169	86,7%
<i>Asma/Bronquite</i>	Sim	04	2,1%
	Não	191	97,9%
<i>Audição prejudicada</i>	Sim	28	14,4%
	Não	167	85,6%
<i>Câncer</i>	Sim	06	3,1%
	Não	189	96,9%
<i>DPOC</i>	Sim	04	2,1%
	Não	191	97,9%
<i>Diabetes mellitus</i>	Sim	36	18,5%
	Não	159	81,5%
<i>Depressão</i>	Sim	06	3,1%
	Não	189	96,9%
<i>Acidente Vascular Encefálico</i>	Sim	03	1,5%
	Não	192	98,5%
<i>Doença Cardíaca</i>	Sim	15	7,7%
	Não	180	92,3%
<i>Doença Gastrointestinal</i>	Sim	18	9,2%
	Não	177	90,8%
<i>Doença Vascular Periférica</i>	Sim	14	7,2%
	Não	181	92,8%
<i>Doença neurológica</i>	Sim	07	3,6%
	Não	188	96,4%
<i>Hipertensão Arterial</i>	Sim	93	47,7%
	Não	102	52,3%
<i>Incontinência Urinária</i>	Sim	05	2,6%
	Não	190	97,4%
<i>Obesidade</i>	Sim	03	1,5%
	Não	192	98,5%
<i>Osteoporose</i>	Sim	09	4,6%
	Não	186	95,4%
<i>Lombalgia</i>	Sim	62	31,8%
	Não	133	68,2%
<i>Catarata</i>	Sim	46	23,6%
	Não	149	76,4%
<i>Ferida crônica</i>	Sim	03	1,5%
	Não	192	98,5%
Total		195	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Observando-se a Tabela 3, a doença de maior prevalência entre os homens idosos do Curimataú ocidental paraibano foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com percentual de 47,7%. Consta de uma doença característica do idoso em todo o país, embora seja cada vez mais precocemente diagnosticada na população jovem e adulta. Pesquisa realizada em 2013 pelo IBGE mostra que 31,3 milhões (21,4%) da população brasileira acima de 18 anos foram diagnosticados com HAS, tendo a maior proporção nas mulheres com 24,2%, e dentre os homens 18,3%. A investigação ressalta ainda que mais de 50% da população acometida são de idosos.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos problemas de saúde com maior magnitude, configurando-se um dos grandes fatores de morbidade e mortalidade, e sendo a causa de cerca de 14% das mortes no mundo (SILVEIRA et al., 2013). Existem vários fatores de risco que contribuem para a HAS e entre eles destaca-se o sedentarismo, má alimentação, falta de acesso aos serviços de saúde, baixo nível socioeconômico, dificuldade de compreender o processo saúde/doença, falta de informação, etilismo, tabagismo, utilização de terapias não farmacológicas, dentre outros (MÁRTIRES; COSTA; SANTOS, 2013).

Na população idosa, dentre as DCNT que a acomete, a HAS é de maior prevalência, também evidenciado neste estudo. Existem comparações que as próprias alterações no processo do envelhecimento tornam o idoso mais propenso ao desenvolver a HAS. Nesse contexto, a HAS, além de ser um dos principais fatores de risco para a mortalidade nessa faixa etária, também causa grandes alterações na qualidade de vida da pessoa idosa, fato que muitas vezes retira o valor da longevidade conquistada (ESPERANDIO et al., 2013).

De acordo com Jesus et al. (2014) em pesquisa realizada no Nordeste e Sudeste brasileiro, revelou-se que as principais causas da mortalidade masculina estão relacionada com doenças do aparelho circulatório e tumores malignos. Por isso, a importância de enfatizar as estratégias voltadas para as necessidades de saúde do homem, tornando mais visível essa população nos serviços de saúde e tentar construir um vínculo que propicie o conhecimento de suas condições de saúde, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e resgate integral da sua saúde (CARVALHO et al., 2013).

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa, a lombalgia encontra-se em segundo lugar, com 31,8%, como o problema de saúde mais autorreferido pelos homens idosos participantes. A lombalgia é uma disfunção que acomete ambos os sexos, porém a maior prevalência está na população idosa, e é caracterizada por uma dor súbita e geralmente de duração curta. A lombalgia tem causas intrínsecas e extrínsecas, porém as extrínsecas são a mais comumente encontradas em homens idosos, principalmente devido os esforços

requeridos para a atividade do trabalho e vida diária, e o desequilíbrio entre a carga funcional. Além disso, é importante salienta-se que há um estresse postural e lesões agudas que podem causar deterioração de estruturas (RACHED et al., 2013).

A dor lombar é o motivo mais frequente de morbidade e incapacidade, e associa-se a um prevalente impacto social e econômico. Estudos epidemiológicos como apontam que a lombalgia acomete a população no geral entre 50% a 80%, sendo que é mais comumente em homens acima de 40 anos, e pode-se relacionar com a decorrência da maior prevalência e consequências da osteoporose. Constantemente afeta a população economicamente ativa, porém com o envelhecimento ocorre a diminuição da função dos órgãos, tornando o idoso mais fragilizado e suscetível a processos patológicos, como a lombalgia (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2010).

A fragilização vem naturalmente com o processo do envelhecimento na pessoa idosa, diminuindo assim a sua capacidade adaptativa perante novas vivências, levando ao risco de inúmeras patologias, e entre elas as da coluna lombar. Isso caracteriza modificações no estilo de vida, tornando o idoso mais dependente do ambiente familiar, sobretudo da pessoa responsável por seu cuidado, condicionando uma relação de dependência, o que certamente influenciará negativamente na sua qualidade de vida (HOFFMANN, 2010).

Dando continuidade à investigação proposta pela pesquisa, em terceiro lugar das doenças associadas ao envelhecimento encontrada nos idosos está a Catarata, com 23,6%. É um dos agravos à saúde que mais acomete os idosos, sendo um problema de saúde pública com elevados números de incidência e prevalência. A catarata é uma lesão ocular que atinge e torna opaco o cristalino, comprometendo assim a visão.

Segundo a Organização Mundial da Saúde no ano de 2010, a catarata é uma desvantagem visual comumente encontrada no mundo, e é considerada uma das principais causas de cegueira, sendo responsável por cerca de 50% dentre os 50 milhões de casos. A prevalência pode chegar à metade dos indivíduos acima de 65 anos. Com o envelhecimento da população mundial, projeções apontam para números ainda maiores: acredita-se que nos próximos 15 anos o número de portadores de catarata dobrará em relação à prevalência atual (MACEDO et al., 2013).

A principal causa no desenvolvimento da catarata é o envelhecimento, acometendo principalmente os indivíduos acima de 50 anos. Outra causa importante é o diabetes mellitus, uma vez que a hiperglicemia tem a capacidade de alterar as proteínas cristalinas, sendo cerca de 25% de todos os novos casos de cegueira atribuídos a esta morbidade. O principal fator de risco para catarata é a idade. A literatura mostra que quanto maior a idade, maior o risco de

ser diagnosticado com catarata, fatores genéticos podem justificar essas causas. A incidência da catarata na população masculina idosa está relacionada a acidentes automobilísticos, agressões físicas ou violência doméstica, traumas e quedas ocorridos no próprio domicílio (AIRES; FARIAS 2013).

O Diabetes Mellitus (DM) também consiste em uma doença associada ao envelhecimento, e neste estudo 18,5% dos idosos relataram ser acometidos por essa doença crônica. O DM é uma síndrome metabólica em que a hiperglicemia é um achado comum, causada por uma secreção inadequada de insulina. Em pesquisa realizada por Clares et al. (2011) com amostra de 52 idosos, houve prevalência de hipertensão (48,1%) e diabetes (15,4%), assemelhando-se, com os percentuais relativos ao presente estudo.

Uma das principais causas do diabetes são os maus hábitos alimentares ao longo da vida, por isso que esta doença se faz tão presente na população idosa. Em idosos acima de 60 anos a prevalência oscila entre 15% a 20%, com elevações nestes percentuais em idosos com mais de 75 anos. Mais de 50% do total de pessoas com DM mostram estar acima dos 60 anos (LOPES; ARGIMON, 2009).

A prevalência de DM entre os sexos não apresenta diferença, tornando-se maior nas mulheres com idade avançada, por causa da maior longevidade. Contudo, a incidência entre os homens aumenta com o passar dos anos, devido a qualidade de vida dessa população. Dentre os fatores que afetam os homens idosos, destacam-se: alimentação inadequada, tabagismo, consumo abusivo do álcool, sedentarismo e consumo excessivo de açúcar. Esses fatores aumentam o risco para complicações e desenvolvimento de outras doenças crônicas associadas à idade (KLAFKE et al., 2014).

5.4 Avaliação da influência do estilo de vida na prevalência de doenças associadas ao envelhecimento

Quando realizado o teste de Qui-quadrado de Pearson para averiguar a associação estatística existente entre diversos problemas de saúde (agravos associados ao envelhecimento) com as variáveis comportamentais relativas ao estilo de vida, como mostra a Tabela 4, houve significância estatística nas associações em destaque, cujo *p-valor* foi $\leq 0,05$. É importante destacar que dentre as variáveis elencadas, apenas o estresse não possuía caráter dicotômico, logo, para a transformação da variável (com base na média obtida de 3,74) considerou-se a ‘ausência de estresse’ todas as respostas iguais ou inferiores a 3 e a ‘presença de estresse’ todas as respostas superiores a 3.

Tabela 4 - Associação entre as variáveis do estilo de vida e os problemas de saúde autorreferidos por idosos do sexo masculino acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=195).

Variável comportamental	Problemas de saúde autorreferidos						
	Anemia	Ansiedade	Artrite	Asma	Audição	Câncer	DPOC
<i>Tabagismo</i>	0,362	0,837	0,971	0,110	0,871	0,362	0,756
<i>Álcool</i>	0,077	0,317	0,448	0,844	0,675	0,199	0,007
<i>Exercício físico</i>	0,086	0,838	0,471	0,752	0,984	0,405	0,752
<i>Estresse</i>	0,796	0,001	0,158	0,365	0,488	0,198	0,061

Variável comportamental	Problemas de saúde autorreferidos						
	Diabetes	Depressão	AVE	D. Cardíaca	Doença GI	DVP	D.Neuro
<i>Tabagismo</i>	0,937	0,884	0,398	0,050	0,372	0,642	0,192
<i>Álcool</i>	0,845	0,005	0,368	0,155	0,634	0,521	0,656
<i>Exercício físico</i>	0,350	0,956	0,200	0,507	0,027	0,134	0,299
<i>Estresse</i>	0,920	0,252	0,061	0,036	0,072	0,132	0,135

Variável comportamental	Problemas de saúde autorreferidos						
	Hipertensão	Incontinência	Obesidade	Osteoporose	Lombalgia	Catarata	Ferida
<i>Tabagismo</i>	0,182	0,273	0,398	0,538	0,140	0,241	0,398
<i>Álcool</i>	0,585	0,242	0,368	0,928	0,128	0,892	0,368
<i>Exercício físico</i>	0,225	0,551	0,228	0,508	0,050	0,441	0,969
<i>Estresse</i>	0,544	0,724	0,751	0,097	0,118	0,093	0,102

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Conforme se observa na Tabela 4, evidencia-se associação entre consumo de álcool e DPOC ($p\text{-valor}=0,007$), referindo haver significância estatística entre as variáveis. O envelhecimento da população brasileira alerta para novos desafios na identificação e manejo dos indivíduos em risco para o abuso de substâncias, principalmente em homens.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença respiratória prevenível, caracterizada pela obstrução crônica ao fluxo aéreo. Apesar de a DPOC afetar principalmente os pulmões, a mesma gera efeitos sistêmicos e está entre principais causas de morbidade crônica e de mortalidade no mundo. O consumo de bebidas alcoólicas em excesso é prejudicial para todo o organismo, pois reduz as defesas do nosso corpo e diminui a função respiratória. Estudos apontam que o consumo de álcool parece não interferir diretamente com

os sintomas da DPOC, porém poderá servir de indicador fortíssimo de maus hábitos, tais como o tabagismo (LANDAL et al., 2014).

Estudos epidemiológicos têm mostrado que o consumo de álcool é um importante fator de risco para inúmeras doenças, bem como para acidentes de trânsito e mortes por causas violentas. O etilismo é um fator de risco que associado a outros acentuam e agravam o quadro geral de um paciente com DPOC e está diretamente relacionado através do sistema renina angiotensina, que por sua vez aumenta a pressão arterial, sobrecarregando a grande e pequena circulação que tem relação com o sistema pulmonar (SMELTZER; BARE, 2012).

Conforme exposto na Tabela 4, houve também associação entre consumo de álcool e depressão (p -valor=0,005). Este resultado condiz com a literatura, onde estudos indicam que com o uso abusivo do álcool aumentam-se as chances do aparecimento de sintomas depressivos e ansiedade, podendo estar relacionado com os sintomas de abstinência do álcool, além dos sintomas físicos frequentemente observados (como tremor, sudorese, taquicardia), também existem sintomas afetivos da abstinência (como ansiedade, irritabilidade e depressão) (ABELHA, 2014). A depressão se caracteriza pela perda de interesse e prazer por tudo, pelo sentimento de tristeza e baixa da autoestima. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) estima que atualmente, no mundo, 350 milhões de pessoas vivam com depressão.

De acordo com Pillon et al. (2010), o alcoolismo na terceira idade é um problema complexo, multifatorial e causado por uma epidemia invisível. Sabe-se que o uso frequente do álcool traz danos muitas vezes irreversíveis para a população idosa, comprometendo seu bem-estar físico, mental e acarretando graves problemas no processo do envelhecimento. Luce (2012) refere que a solidão é um grande fator para o consumo do álcool e conseqüentemente a depressão, pois muitos idosos ficam sozinhos, não frequentam grupos sociais, são abandonados pela família, e já faziam uso da bebida na juventude, utilizando a mesma para não sentirem-se inúteis, desvalorizados, angustiados e depressivos.

A associação entre exercício físico e doença gastrointestinal também foi constatada no presente estudo (p -valor=0,027), conforme demonstrado na Tabela 4. No processo do envelhecimento ocorre uma série de mudanças que afetam a ingestão, digestão, absorção e metabolismo dos nutrientes, destacando-se as alterações fisiológicas no intestino, como a diminuição do trânsito colônico. A realização da atividade física comprova o aumento da motilidade intestinal e minimizam os efeitos deletérios do envelhecimento, como a diminuição de doenças do trato gastrointestinal, a redução na massa muscular, colaborando para a manutenção da capacidade física e autonomia do idoso (SILVA et al., 2012). O sistema

digestivo pode ser considerado como sendo a porta de entrada do organismo e problemas com o seu funcionamento podem repercutir por todo o corpo.

Todavia, vários estudos como fundamentam que a prática de atividade física ajuda a regular a função digestiva e alegam ser uma condição prévia de uma boa saúde na velhice. Os problemas de saúde estão relacionados com a perda da capacidade funcional, essas perdas podem ser compensadas na atividade física, pois contribui para a redução e controle de fatores de risco para doenças cardiovasculares, doenças gastrointestinais e doenças isquêmicas do coração (ZAITUNE et al., 2010). A Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, afirma que uma das estratégias propostas para atingir um envelhecimento saudável e ativo é a prática frequente de atividade física, que além de assumir um papel fundamental na promoção da saúde nas diferentes estratégias de prevenção e tratamento de doenças, proporciona benefícios físicos, psicológicos e sociais advindos de sua prática (MACIEL, 2010).

Com relação à variável comportamental estresse, os testes estatísticos revelam significância na associação com a ansiedade (p -valor=0,001) e com a doença cardíaca (p -valor=0,036). O estresse pode ser definido como a soma de respostas físicas e mentais, causadas por vários estímulos que podem ser externos e internos. O estresse produz uma série de consequências no organismo e estão associados com problemas enfrentados no dia-a-dia, podendo causar complicações cardiovasculares, transtornos mentais, lesões musculoesqueléticas, fadiga e ansiedade, o que ora é confirmado nesta investigação. Particularmente, a ansiedade está entre as consequências e alterações fisiológicas e psicológicas mais comumente no idoso. Essas consequências podem variar de acordo com gênero, tipo de trabalho e as características do indivíduo (MEDEIROS NETO et al., 2012).

O estado de ansiedade é caracterizado como estado emocional transitório do organismo, ao passo que o traço de ansiedade refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis de propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras. Na velhice relaciona-se estresse e ansiedade com morte de companheiros, perda de parentes e filhos, apresentando assim sintomatologia psiquiátrica. Isso também pode variar de acordo com a magnitude do problema, ou se está passando por mais problemas em sua vida (SILVEIRA; ENUMO; BATISTA, 2014).

Vale destacar também que o estresse é um dos maiores problemas enfrentados na atualidade. Todavia, é entendido como um fenômeno inevitável e agravado quando estão relacionados à frustrações e decepções. Desse modo é indubitavelmente permissível associar o estresse com o as doenças cardíacas. O sistema cardiovascular tem como resposta ao estresse o aumento da frequência cardíaca, da contratilidade, débito cardíaco e pressão arterial.

Determinadas situações de estresse induzem a vasoconstricção periférica, levando ao espessamento do músculo liso e à perda da elasticidade do vaso (NASCIMENTO, 2008).

Outras duas associações demonstraram o resultado do *p-valor* igual a 0,050, e para não incorrer em erros, também foram aceitos como estatisticamente significativos: doença cardíaca associada ao tabagismo e lombalgia associada ao exercício físico.

Com relação à associação existente entre tabagismo e doença cardíaca, pontua-se que a nicotina contida no cigarro é uma droga que causa dependência, em que a mesma eleva o ritmo cardíaco e a pressão arterial, ocasionando vasoconstricção, estimulando a progressão de lesões coronárias e cerebrais, bem como nefropatias, neuropatias e, principalmente, doenças cardiovasculares (SANTOS; MOREIRA, 2012).

O cigarro é o responsável por mais mortes que todas as outras drogas psicoativas juntas. A fumaça ambiental produzida pelos cigarros é o maior responsável por causar danos à saúde, principalmente em idosos com tendência a doenças cardíacas. Essas partículas produzidas através da fumaça são componentes químicos tóxicos ou cancerígenos, e comprometem significativamente a qualidade do ar (INCA, 2008).

A nicotina e o alcatrão, substâncias contidas no fumo, causam efeitos quando são absorvidas pelo organismo. Após a absorção chegam rapidamente no Sistema Nervoso Central (SNC), onde agem como estimulantes do “prazer”. O consumo do tabaco é um fator de risco para seis das oito causas principais de morte no mundo: doenças cardíacas isquêmicas, acidentes vasculares cerebrais, infecções das vias aéreas inferiores, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), tuberculose e cânceres de pulmão, traqueia e brônquio (DINIZ et al., 2011).

Com o passar do tempo, o sistema cardiovascular sofre uma série de alterações, tais como diminuição da distensibilidade da aorta e das grandes artérias, arteriosclerose, redução na função barorreceptora e comprometimento da condução cardíaca. Essas alterações podem estar relacionadas com os hábitos de vida não saudáveis que os homens adquirem na juventude e perpetuam pela velhice, a exemplo do tabagismo que é um dos fatores de risco de importante significado para o aumento de doenças cardiovasculares (LIMA; CÔRREA; REHM, 2013).

Quanto à associação entre exercício físico e lombalgia, fato este confirmado por Mazo et al. (2013), ao reconhecer que a prática regular de exercício físico mantém as atividades ósseas normais, influenciando, na preservação das funções ósseas.

A lombalgia está associada ao desequilíbrio de estruturas passivas ósteo-ligamentares e ativas musculares, resultando em uma instabilidade do complexo lombo-pélvico e episódios

dolorosos relacionados à mesma. Dessa maneira, a prática regular de atividade física proporciona uma melhora nos fatores envolvidos com a síndrome da dor lombar, que são elas: fraqueza muscular (principalmente na região abdominal), baixa flexibilidade articular no dorso e nos membros inferiores (DINIZ et al., 2013).

A atividade física é primordial para manutenção da independência funcional do idoso, por melhorar a força muscular, a coordenação motora e o equilíbrio. Além disso, o osso apresenta maior susceptibilidade à perda de massa óssea pela inatividade do que capacidade de ganhá-la com o aumento da atividade física. Os benefícios podem ser adquiridos através de um programa regular de exercícios, os quais devem incluir o controle de alguns outros fatores de risco (BENEVIDES et al., 2013).

6 Considerações Finais



Fonte: Google imagens, 2015.

O presente estudo possibilitou a oportunidade de investigar a prevalência de doenças associadas ao envelhecimento entre homens idosos do Curimataú Paraibano; descrever o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes do estudo; e analisar a influência do estilo de vida na prevalência de doenças associadas ao envelhecimento.

De acordo com os dados obtidos, no que se concerne a caracterização socioeconômica e demográfica da amostra, revelou-se que a maioria dos idosos entrevistados encontra-se na faixa etária entre 60 a 74 anos. No que se refere à escolaridade, a grande maioria têm baixa escolaridade ou são analfabetos. Em relação ao estado civil, a maioria dos idosos é casados, porém a soma das variáveis “viúvo”, “solteiro”, “separado” e “divorciado” representam 31,3% do total, fato que merece relevância. Com relação à variável renda familiar, constatou-se que uma grande maioria possui de 01 a 02 salários mínimos, apresentando níveis consideráveis de pobreza.

Em se tratando das variáveis comportamentais, constatou-se que os idosos em sua maioria não são fumantes e não consome bebida alcoólica, um dado bastante relevante e positivo para uma melhor qualidade de vida. Diferentemente, o sedentarismo foi posto em evidência quando a prática de atividade física foi averiguada. Em relação à variável estresse, a maior parte dos idosos possui o nível de estresse entre a média estabelecida.

No tocante aos agravos de saúde associados ao envelhecimento, houve um importante destaque para a hipertensão arterial sistêmica, com percentual significativo de 47,7%. Lombalgia, catarata e diabetes mellitus também apresentaram percentuais consideráveis, sendo 31,8%, 23,6% e 18,5%, respectivamente. Com relação à correlação aos fatores de risco comportamentais e as doenças autorreferidas pelos idosos, observou-se uma associação estatística significativa entre os seguintes parâmetros: consumo de álcool e DPOC; consumo de álcool e depressão; exercício físico e doença gastrointestinal; tabagismo e doença cardíaca; exercício físico e lombalgia.

Frente às considerações expostas, percebe-se a importância dessa pesquisa para toda a região do Curimataú ocidental e para fronteiras mais amplas, uma vez evidenciada a fragilização da saúde do homem idoso, especificamente pela elevada prevalência de quadros de morbidade, o que interfere significativamente em qualidade de vida. Esse panorama suscita a necessidade de proposição e implementação de um modelo de atenção à saúde do homem integral e de qualidade, observando suas necessidades e interferindo, a priori, nos fatores de risco que podem determinar o adoecimento dessa população. Esse modelo assistencial deve estar embasado na política de atenção à saúde do homem, que carece de maior e melhor operacionalização, sendo a sua eficácia e efetividade subsidiada pelas parcerias entre as três

esferas de gestão, profissionais de saúde e população, respaldado pela intersetorialidade e com foco nas práticas assistenciais de promoção da saúde e prevenção de agravos.

De modo específico, é oportuno destacar a elevada prevalência de homens idosos hipertensos, o que urge para a adoção de um estilo de vida mais saudável e uma prática regular de exercícios físicos, e assim contribuindo de forma significativa para a redução da sua incidência e, conseqüentemente, de complicações como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica. Dessa maneira, se faz necessário potencializar não apenas o acompanhamento no âmbito do Programa Hiperdia, por parte de toda a equipe de saúde da família, dos idosos já diagnosticados com a doença, mas também maximizar ações que objetivem sensibilizar a população saudável quanto os riscos ao adoecimento por hipertensão, bem como para a transformação de hábitos culturalmente arraigados e que são fundamentais para a preservação do estado de saúde satisfatório.

Os profissionais de saúde, especificamente o enfermeiro atuante na atenção primária, tem um papel primordial de estimular essa mudança, pois o mesmo tem cotidianamente a oportunidade de lidar com essa população, sendo importante conhecedor de todas as suas fragilidades e necessidades e habilitado para desenvolver ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos homens idosos. Um dos papéis primordiais é encorajar os idosos ao cuidado com a saúde, e mais precisamente orientando a adquirir hábitos mais saudáveis, como na alimentação, realização de exercícios físicos de várias modalidades, abandono do tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, redução do nível de estresse, além de participação ativa nas atividades da comunidade. A adoção, mesmo que progressiva, deste perfil, refletirá em importante contribuição para melhor condição do estado de saúde da pessoa idosa.

Referências



Fonte: Google imagens, 2015.

ABELHA, L. Depressão, uma questão de saúde pública. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 223, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/1414-462X201400030001&pid=S1414-462X2014000300223&pdf_path=cadsc/v22n3/1414-462X-cadsc-22-03-0223.pdf&lang=pt> Acesso em: 22 junho 2015.

AIRES, Y. R. F; FARIAS, C. R. L. Perfil da catarata em idosos da região da Borborema. **Envelhecimento Humano**. Campina Grande, 2013. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_3341_1c114a1efa0e91e2433c6b646c79eb94.pdf Acesso em: 02 julho 2015.

ALMEILDA, M. M et al. Asma e rinite no idoso – Estudo epidemiológico nacional. **Rev Port Imunoalergologia**. Lisboa, v. 22, n. 1 2014. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-97212014000100004&lang=pt > Acesso em: 02 dezembro 2014.

ALVES, C. P; MARQUES, A. Varizes dos Membros Inferiores. Exame ecodoppler: classificação dos refluxos venosos e estratégia de tratamento cirúrgico. **Rev. Port. Cir.** Lisboa, n. 22, 2012. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182012000300007&lang=pt > Acesso em: 04 dezembro 2014.

ALVES, L. F. A et al. Avaliação dos efeitos da altitude sobre a visão. **Rev. bras. oftalmol.** Rio de Janeiro, v. 67, n. 5, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802008000500010&lang=pt> Acesso em: 01 de dezembro de 2014.> Acesso em: 17 junho 2015.

ALMINHANA, L. O; MENEZES JUNIOR, A; ALMEIDA, A. M. Personalidade, religiosidade e qualidade de vida em indivíduos que apresentam experiências anômalas em grupos religiosos. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000400004&lang=pt> Acesso em: 04 julho 2015>

AMENDOLA, F. Construção e Validação de um índice de Vulnerabilidade de Famílias e incapacidades e dependentes. **Tese de doutorado**. v. 22, p. 34-36, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-25052012-093437/pt-br.php> > Acesso em: 18 outubro 2014.

ARAÚJO, L. F; COUTINHO, M. P. L; CARVALHO, V. A. M. L. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 25 n. 1, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100010&lang=pt> Acesso em: 12 outubro 2014.

ARAÚJO, J. S. A et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua-PA. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100015&lang=pt> Acesso em: 21 junho 2015.

BENEVIDES, A. C. S. et al. Adesão à prática de atividade física em mulheres participantes de programas de prevenção e tratamento de osteoporose. **Fiep Bulletin On-line**, v.83, 2013. Disponível em: <https://fiepbulletin1.websiteseuro.com/index.php/fiepbulletin/article/view/2920/569>> Acesso em: 17 outubro 2014.

BORGES, L. M; SEIDL, E. M. F. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. **Psico-USF**. Itatiba, v. 19, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712014000300006&lang=pt> Acesso em: 01 julho 2015.

BORIM, F. S. A; BARROS, M. B. A; NERI, A. L. Autoavaliação de saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n.4. Rio de Janeiro, abr, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n4/16.pdf>> Acesso em: 28 junho 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção á saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Pactos pela saúde**. v. 12, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf> Acesso em: 03 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica n19. Brasília – DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B> Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 7 ed.3. Brasília, 2010. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3edpdf> Acesso em: 01 julho 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa, 2006. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf>> Acesso em: 20 junho 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabagismo**, 2011: Pacote MPOWE. 2008. Disponível em: <
http://www.actbr.org.br/seminarios/aliancas-estrategicasIV/Apresentacoes-pdf/Relat%C3%B3rio%20global%20da%20OMS%20sobre%20a%20epidemia%20do%20tabagismo,%202011_Vera%20Costa%20e%20Silva.pdf> Acesso em: 28 junho 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**, Brasília, DF, 2009. Disponível em:
 <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 11 out 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:
 <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000009352506122012255229285110.pdf>> Acesso em: 28 junho 2015.

BRITO, E. S; RABINOVICH, E. P. Desarrumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. **Saúde soc**. São Paulo, v. 17, n. 2, 2008. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200015&lang=pt> Acesso em: 03 de dezembro de 2014. Acesso: 12 outubro 2014.

CHADHA, S et al. Doença cardíaca carcinoide. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 100, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000100021&lang=pt> Acesso em: 04 dezembro 2014.

CARVALHAES et al. Doença do refluxo gastroesofágico: diagnóstico. Diretrizes em foco. **Rev Assoc Med Bras**. São Paulo, v. 57, n. 5, p. 499-507, 2011. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n5/v57n5a05.pdf>> Acesso em: 10 dezembro 2014.

CARVALHO, M. V et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 100, n. 2, 2013. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200009&lang=pt> Acesso em: 03 julho 2015.

CLARES, J. W. B. et al. Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 12, 2011. Disponível em:
 <<file:///D:/Meus%20documentos/DOWNLOADS/325-1390-1-PB.pdf>> Acesso em: 11 julho 2015.

COUTO, M. T et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-70, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext> Acessado em: 28 novembro 2014.

CUNHA, J. X. P et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a18v36n95.pdf>> Acesso em: 01 julho 2015.

CUNHA, R. C. L et al. Efeitos de um programa de caminhada sob os níveis de autonomia funcional de idosas monitoradas pelo programa saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n2/a10v13n2.pdf> > Acesso em: 10 dezembro 2014.

DAWALIBI, N. W; GOULART, R. M. M; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803505#aff1> Acesso em: 01 novembro 2014.

DIAS, F. M. V et al. Perfil dos indivíduos diagnosticados com depressão maior no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. estud. Popul.** São Paulo, v. 29, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982012000200016&lang=pt> Acesso em: 02 dezembro 2014.

DINIZ, A. B et al. Avaliação da cognição, atividade física e aptidão física de idosos: uma revisão crítica. **Estud. psicol. (Natal).** Natal, v. 18, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000200017&lang=pt> Acesso em: 21 junho 2015.

DINIZ, A. R. Aporte de material de decíduo e nutrientes para o solo em plantio de eucalipto e floresta secundária. **Pesq. Flor. Bras.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 65, p. 19-26, 2011. Disponível em: <<http://pfb.cnpf.embrapa.br/pfb/index.php/pfb/article/viewFile/147/201>> Acesso em: 12 junho 2015.

ESPERANDIO, E. M. et al. Prevalência e fatores associados a hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, v.16, n.3, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 12 julho 2015.

EVANGELISTA, D. G.; MAGALHÃES, E. R. M.; MORETÃO, D. I. C. et al. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min.** V.2, n.2, p:254-263, 2012.

FARIAS, S. M. C. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Revista Escola de Enfermagem USP.** São Paulo, v. 45, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v45n3/v45n3a25.pdf>> Acesso em: 04 julho 2015.

FARIAS, R. G; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Rev. Texto contexto - enfermagem.** v. 21 n. 1, p. 167-76, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a19v21n1.pdf> > Acesso em: 14 novembro 2014.

FERNANDES, M. G. N; GARCIA, L. G. O. Corpo envelhecido na percepção de homens idosos. **Revista Brasileira de enfermagem.** Brasília, v. 64, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300010&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12 dezembro 2014.

FERRAZZO, K. L. Pré-hipertensão, hipertensão arterial e fatores associados em pacientes odontológicos: estudo transversal na cidade de Santa Maria-RS, Brasil. **Rev. odontol. UNESP.** Araraquara, v. 43, n. 5, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772014000500305&lang=pt > Acesso em: 28 novembro 2014.

FERREIRA, F; MOTA, J. A; DUARTE, J. Prevalência de excesso de peso e obesidade em estudantes adolescentes do distrito de Castelo Branco: um estudo centrado no índice de massa corporal, perímetro da cintura e percentagem de massa gorda. **Revista Portuguesa de Saúde Pública,** Lisboa, v. 30, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252012000100006&lang=pt > Acesso em: 01 dezembro 2014.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1>> Acesso em: 01 novembro 2014.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 24, n.3, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000300020&script=sci_arttext>

Acesso em: 11 junho 2014.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GADOTTI, M. QUALIDADE NA EDUCAÇÃO: UMA NOVA ABORDAGEM. **Congresso de educação básica**. Diretor do Instituto Paulo Freire. Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_02_2013_16.22.16.85d3681692786726aa2c7daa4389040f.pdf> Acesso em: 15 julho 2015.

GAMA, M. M. A et al. Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE). **Rev. Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 30, n. 1, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000100007&lang=pt> Acesso em: 02 dezembro 2014.

GARBACCIO, J. L; SILVA, A. G; BARBOSA, M. M. Avaliação do índice de estresse em idosos residentes em domicílio. **Rev. rene**. Minas Gerais, v. 15, n. 2, p. 308-15. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1660/pdf>> Acesso em: 28 junho 2015.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462002000500002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 26 julho 2015.

GASPARIM, A. Z. Deglutição e reflexo de tosse na doença de Parkinson. **Rev. soc. bras. Fonoaudiologia**. São Paulo, v. 15, n. 4, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342010000400027&lang=pt> Acesso em: 05 de dezembro de 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-11, 2006.

GUTMAN, G. Estresse, ansiedade e depressão; não necessariamente nessa ordem. **Rev. Latino Americano Psicopatológico Fundamental**. São Paulo, v. 13, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000200016&lang=pt> Acesso em: 03 dezembro 2014.

HELFENSTEIN JUNIOR, M; GOLDENFUM, M. A; SIENA, C. Lombalgia Ocupacional. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, v. 56, n. 5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000500022&lang=pt> Acesso em: 05 julho 2015.

HOCHHEGGER, B et al. Índice de enfisema pulmonar em coorte de pacientes sem doença pulmonar conhecida: influência da idade. **Jornal brasileiro de pneumologia**. São Paulo, v. 38 n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132012000400012&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 novembro 2014.

HOFFMANN, M. A prevalência de doenças lombares em pacientes de terceira idade na cidade de concórdia – SC. **Ágora: R. Divulg. Cient**. Mafra, v. 17, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/viewFile/43/154> Acesso em: 04 julho 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 13 novembro 2014.

JARDIM, V. C. F. S; MEDEIROS, B. F; BRITO, A. M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2006. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 12 outubro 2014.

JESUS, M. C. P et al. Marcadores de saúde do homem em um município de pequeno porte. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400650&lang=pt> Acesso em: 03 julho 2015.

JORGE, S. A; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem Multidisciplinar do tratamento de Feridas**. São Paulo, Atheneu, 2003.

KLAFKE, A. et al. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no

Brasil, 2006-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n.3, p.455-462, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n3/1679-4974-ress-23-03-00455.pdf>> Acesso em: 02 julho 2015.

LAURENTI, R. MELLO, J. M. H. P. GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**. 2005.

LEITE, S. A. S. GAZOLI, D. G. D. Afetividade no processo de alfabetização de jovens e adultos. **EJA EM DEBATE**. Florianópolis, v. 1, n. 1, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Mikaelle/Downloads/977-3028-1-PB.pdf>> Acesso em: 12 julho 2015.

LENARDT, M. H et al. Atividade física de idosos e fatores associados à pré-fragilidade. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 26, n. 3, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300011&lang=pt> Acesso em: 10 julho 2015.

LIMA, M. C. P; CÔRREA, F. K; REHM, J. Consumo de álcool e risco para doença coronariana na região metropolitana de São Paulo: uma análise do projeto GENACIS. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 16, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100049&lang=pt> Acesso em: 20 junho 2015.

LOPES, R. M. F; ARGIMON, I. T. L. Prejuízos cognitivos em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Cuadernos de neuropsicología**. Santiago, v.3, n.2, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-41232009000200005&script=sci_arttext> Acesso em: 14 julho 2015.

LUZ, E. P et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200303&lang=pt> Acesso em: 07 julho 2015.

MACEDO, B. G et al. Medo de cair e qualidade de vida em idosos com catarata. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300014&lang=pt> Acesso em: 11 julho 2015.

MACEDO, B. R. Anemia e capacidade funcional em idosos brasileiros hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1322-1332, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/07.pdf>> Acesso em: 20 dezembro 2014.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz: rev. educ. fis.** Rio Claro, v.16, n.4, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65742010000400023&lang=pt> Acesso em: 02 julho 2015.

MAFRA, S. C. T et al. O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil: uma discussão a partir do censo demográfico 2010. **VI workshop de análise ergonômica do trabalho III encontro mineiro de estudos em ergonomia viii simpósio do programa tutorial em economia doméstica.** 2013. Disponível em:

<<http://www.ded.ufv.br/workshop/docs/anais/2013/Simone%20Caldas%20Tavares%20Mafr%20-%20%20%20%20%20%20%20Tem%C3%A1tica%20Envelhecimento.pdf>> Acesso em: 01 julho 2015.

MÁRTIRES, M. A. R; COSTA, M. A. M; SANTOS, C. S. V. S. Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 3, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300028&lang=pt> Acesso em: 03 julho 2015.

MAZO, G. Z, et al. Aptidão física, exercícios físicos e doenças osteoarticulares em idosos.

Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Pelotas, 2012. Disponível em:

<http://www.sbaafs.org.br/_artigos/552.pdf> Acesso em: 02 julho 2013.

MEDEIROS NETO, C. F. et al. Análise da percepção da fadiga, estresse e ansiedade em trabalhadores de uma indústria de calçados. **J. Bras. Psiquiatr.** Natal, v. 61, n. 3, p. 133-8.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n3/03.pdf>> Acesso em: 15 julho 2015.

MONTERO, P; DULLO, E. Ateísmo no Brasil: da invisibilidade à crença fundamentalista.

Novos estud. – CEBRAP. São Paulo, n. 100, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002014000300057&lang=pt> Acesso em: 01 julho 2015.

NARDI A. E; VALENÇA A. M. Transtorno do pânico: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

NASCIMENTO, M. C et al. Estresse laboral e gênero enquanto fatores associados ao risco de doenças cardiovasculares. **Salusvita.** Bauru, v. 27, n. 3, p. 383-397, 2008. Disponível em:

<http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v27_n3_2008_art_06.pdf> Acesso em: 02 julho 2015.

NEPOMUCENO, T. B; ROMANO, V. F. Tabagismo e relações de poder na produção da saúde. **Saúde soc.** São Paulo, v. 23, n. 2, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200701&lang=pt> Acesso em: 28 junho 2015.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Orgs.). E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus, 2000.

NESELLO, L. A. N; TONELLI, F. O; BELTRAME, T. B. Constipação intestinal em idosos freqüentadores de um centro de convivência no município de Itajaí-SC. **Ceres: Nutrição e Saúde**. v. 6, n. 3, 2011. Disponível em:<
<file:///D:/Meus%20documentos/DOWNLOADS/2125-11181-1-PB.pdf> > Acesso em: 10 outubro 2014.

OLIVEIRA, I. R., ALVES, V. P. A pessoa idosa no contexto da bioética: sua autonomia e capacidade de decidir sobre si mesma. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 91-8, 2010. Disponível em: <
<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5368/3848>> Acesso em: 01 julho 2015.

OLIVEIRA, R. D. et al. Correlação entre Autonomia Funcional e Qualidade de Vida em Idosas. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em: <
<file:///C:/Users/Georg/Downloads/967-3832-1-PB.pdf>> Acesso em: 20 dezembro 2014.

OLIVEIRA, S. M. J. V. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Rev Text Context Enferm**. v. 17, n. 2, p. 241- 9, 2008.

OLIVEIRA, S. M.; LORDÃO, A. V.; OLIVEIRA, I. C. C. Atuação da enfermagem no cuidado de feridas crônicas em Idosos: relato de experiência. João Pessoa-PB, 2013. Disponível em:

<http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_44_170577e1dabb5140b8c36307376b8efe.pdf> Acesso em: 02 julho 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cancer**. 2014. Disponível em: <
<http://www.who.int/cancer/en/>> Acesso em: 25 Outubro 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Physical inactivity: a global public health problem. 2010. Disponível em:<http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/> Acesso em: 12 outubro 2014.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da Velhice: Histórico, definição do Campo e termos Básicos. In: Elisabete Viana de Freitas; Lígia Py. (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Grupo Editora Nacional/Guanabara Koogan, 2011, p. 10.

PAPALIA, E. D.; OLDS, S. W; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento humano. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PARREIRA, J. G; VIANNA, A. M. F; CARDOSO, G. S; KARAKHANIAN, W. Z; CALIL, D. PERLINGERO, J. A. G. Lesões graves em vítimas de queda da própria altura. *Rev.Assoc.Med Bras*, v. 56, p. 660-4, 2010.

PAULO, M. A; WAJNMAN, S; OLIVEIRA, A. M. C. H. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. **Revista Brasileira de Estatística Populacional**, v. 30. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:

<<file:///D:/Meus%20documentos/Documents/monografia/artigos%20utilizados/PAULO%20013%20BPC.pdf>> Acesso em: 04 dezembro 2014.

PEIXOTO, P et al. O Cianoacrilato na Terapêutica Endoscópica de Úlceras Pépticas em Doentes de Alto Risco: a propósito de 8 casos. **J Port Gastrenterol**. Lisboa, v. 16, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-81782009000300003&lang=pt> Acesso em: 05 dezembro 2014.

PEREIRA, M. E. L; AQUINO, M. E. S. P. Alfabetização e bem estar de idosos nas práticas pertinentes ao projeto Vida Saudável na Melhor Idade. **ISBN 978-85-62830-10-5**, VII CONNEPI, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Mikaelle/Downloads/3388-14320-1-PB.pdf>> Acesso em: 22 junho 2015.

PILGER, C; MENON, M. H; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.5. São Paulo, set/out, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf> Acesso em: 25 novembro 2014.

PILLON, S. C. et al. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 1, 2010.

PINTO, F. R et al. Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado. **Rev Assoc Med Bras**. São Paulo, v. 57, n. 2, p. 171-176, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n2/v57n2a14.pdf>> Acesso em: 09 julho 2015.

PIRES, A. F. et al. A importância da hidroterapia na artrite reumatóide (AR) em idosos. **Pós-graduação em reabilitação em ortopedia e traumatologia em ênfase em terapia manual**. Goiânia, 2012. Disponível em: <<http://www.portalbiocursos.com.br/artigos/ortopedia/61.pdf>> Acesso em: 15 dezembro 2014.

RACHED, R. D. V. A. et al. Lombalgia inespecífica crônica: reabilitação. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v.59, n.6, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000600005>

Acesso em: 14 julho 2015.

RAMOS, A.L.D.S.L. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovasculares e Adesão ao Tratamento em Pacientes Cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em Unidade de Referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005.2008.75f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fortaleza, Ceará. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5472/2/1065.pdf>>

Acesso em: 16 dezembro 2014.

REIS, L. A. et al. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.2. Maringá, abr/jun 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a09.pdf>> Acesso em: 02 março 2015.

REIS, L. A. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2008. Disponível em:

<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100009&lng=pt> Acesso em: 04 dezembro 2014.

RIZZOTTO, C. C. Discursa, lola, discursa: estratégias discursivas de um blog feminista. **Galáxia (São Paulo)**. São Paulo, v. 14, n. 28, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-25532014000200020&lang=pt> Acesso em: 28 junho 2015.

ROACH, S. S. **Introdução à enfermagem gerontológica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RUSCHEL C. V; CARVALHO C. R; GUARINELLO, A. C. A eficiência de um programa de reabilitação audiológica em idosos com presbiacusia e seus familiares. **Rev Soc Bras de Fonoaudiol.** V. 12, n. 2, p. 95-8, 2007.

SANTOS, M. G.D. et al. Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 90, n. 4, p. 301-308. abr. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000400012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 11 abril 2015

SANTOS, M. B.; RIBEIRO, S. A. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** Maceió, V. 14, n. 4, p. 613-624, 2011.

SANTOS, J. C; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos\diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.5. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/13.pdf> > Acesso em: 15 julho 2015.

SCORSOLINI-COMIN F. Laços de família: a conjugalidade como dimensão de análise do desenvolvimento. **Polêm!ca Revista Eletrônica**, v.10, n.2, 2011. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/2862/2007> > Acesso em 10 março 2015.

SEPARAVICH, M. A. CANESQUI, A. M. (2013), Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 22, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/rt/printerFriendly/76441/0>> Acesso em: 11 junho 2015.

SILVA, A. A. Alcoolismo em idosos. **Revista científica eletrônica de psicologia – issn: 1806-0625.** São Paulo, ano VI, n. 10, 2008. Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/CN6X7bZuvfDjTHy_2013-5-13-12-27-19.pdf> Acesso em: 27 junho 2015.

SILVA, M. F. et al. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000400004&lang=pt> Acesso em: 21 junho 2015.

SILVEIRA, K. A; ENUMO, S. R. F; BATISTA, E. P. Indicadores de estresse e estratégias de enfrentamento em professores de ensino multisseriado. **Psicol. Esc. Educ.** Maringá, v. 18, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572014000300457&lang=pt> Acesso em: 11 julho 2015.

SILVEIRA, J et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cad. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200005&lang=pt> Acesso em: 02 julho 2015

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 10 ed. vol. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETOLOGIA. **Definição, diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus**. Relatório de atividades, 2012. Disponível em: <<http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/classificacao-da-diabetes-mellitus-mainmenu-175>> Acesso em: 10 julho 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Revista Brasileira de Reumatologia**. Uma visão baseada em cenciometria, 2012. Disponível em: <<http://www.reumatologia.com.br/PDFs/RBR511PT.pdf>> Acesso em: 10 de dezembro 2014.

SCHWARTZ, J. B; ZIPES, D. P. Doença Cardiovascular em Idosos. *In*. LIBBY, P. et al. **Braunwald: Tratado de Doenças Cardiovasculares**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 2 ed. p. 1923 – 1950.

SILVA, V. Velhice e envelhecimento: Qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do sesc-estrito. Universidade Federal de Santa Catarina. **Centro Socioeconômico. Departamento de Serviço Social**. Florianópolis/SC. 06 de Julho de 2009. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial287076.pdf>> Acesso em: 07 de Outubro de 2014.

SILVA, M. M et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 395-405, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n2/1809-9823-rbagg-17-02-00395.pdf>> Acesso em: 10 de dezembro de 2014.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETOLOGIA. **Definição, diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus**. Relatório de atividades, 2012. Disponível em: <<http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/classificacao-da-diabetes-mellitus-mainmenu-175>> Acesso em: 10 dezembro 2014.

SOUZA, C. F. M et al. A Doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: Uma revisão de literatura. **Revista de Neurociência**, v. 19, n. 4, 2011. Disponível em: <http://files.comunidades.net/bispojosimar/doenca_de_parkinson.pdf> Acesso em: 15 de novembro de 2014.

Apêndices



Fonte: Google imagens, 2015.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no curimataú ocidental paraibano”, que tem dentre seus objetivos: construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do curimataú ocidental paraibano. Trata-se de um estudo exploratório-observacional, sendo coordenado pelo Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG (Campus Cuité) Matheus Figueiredo Nogueira.

O estudo é relevante porque fornecerá subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

A participação é voluntária, o que significa que o (a) Sr (a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo. Caso decida aceitar o convite irá responder a um questionário e a uma entrevista, com questões abertas e fechadas, apresentados pelo próprio pesquisador. Não haverá pagamento pela participação na pesquisa, mas poderá haver ressarcimento caso haja alguma despesa para sua participação.

Não se espera que haja riscos em consequência da realização da pesquisa, porém esta pode oferecer desconforto devido ao tempo investido para a realização da entrevista e risco de constrangimento diante das questões abordadas e a tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente. Para evitar essas situações adotaremos o cuidado do agendamento prévio das entrevistas de acordo com a sua disponibilidade e a mesma será conduzida no ritmo e tempo mais adequados possível.

Os dados serão guardados no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida, localizado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e a divulgação dos resultados será feita sem nenhum tipo de identificação dos voluntários.

O (A) Sr (a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos responsáveis, no endereço: Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Sítio Olho D’água da Bica, Cuité – PB, pelo telefone (83) 3372-1900.

Consentimento Livre e Esclarecido – Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente.

_____ - PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

Endereço do pesquisador responsável:

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

Sítio Olho d’água da Bica, Cuité – PB.

Telefone: (83) 3372 1900.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB.

Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “Qualidade de vida de idosos com ferida crônica” serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Cuité – PB, 10 de dezembro de 2014.

Prof. Matheus Figueiredo Nogueira
Universidade Federal de Campina Grande
(Pesquisador responsável)

Anexos



Fonte: Google imagens, 2015.

ANEXO A

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Seção A: Informações Pessoais		<i>CODIFICAÇÃO</i>
A1	Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/____.	<i>AIDADE:</i> _____ <i>ADATA:</i> _____
A2	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	<i>ACOR:</i> _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo (a) (6) União consensual (99) NS/NR	<i>AESTCIV:</i> _____
A5	Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o (a) Sr (a)? Nº de pessoas: _____.	<i>ANCASA:</i> _____
A6	Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AMORA:</i> _____
A7	Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho (a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR	<i>ACHEFE:</i> _____
A8	Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? Nº de filhos: _____(99) NS/NR	<i>AFILHOP:</i> _____
A9	O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim (2) Não	<i>ACUID:</i> _____
A10	Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso (6) Cuidador particular (7) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AQCUID:</i> _____
A11	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica	<i>ARELIG:</i> _____

	(3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique) _____ (99) NS/NR	
A12	Quando o (a) Sr (a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o (a) Sr (a) utiliza como primeira opção? (1) Sistema Único de Saúde (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia (5) Benzedeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR	ASERATS: _____
Seção B: Perfil Social		CODIFICAÇÃO
B1	a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar "0")	BLERES: _____ BESCOL: _____
B2	Qual é a renda mensal em Reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR	BRENDI: _____ BREFN: _____
B3	Qual(is) dessas rendas o (a) Sr(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria: _____ B3b) Pensão: _____ B3c) Aluguel: _____ B3d) Trabalho Próprio: _____ B3e) Doações (família, amigos, instituições) : _____ B3f) Outras _____	BAPOS: _____ BPENS: _____ BALUGUEL: _____ BTRAPO: _____ BDOA: _____ BOUTR: _____
B4	No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) Sr (a) avalia suas necessidades básicas (como: alimentação, moradia, saúde, etc). (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS/NR	BNECBAS: _____
B5	Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BECONCOMP: _____
B6	Como o (a) Sr (a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS/NR	BAVEMEM: _____
B7	Comparando com um ano atrás, o (a) Sr (a) diria que agora sua memória está... (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BMEMPOS: _____

B8	O Sr (a) desenvolvia alguma atividade? (na fase adulta) (1) sim (2) não (99) NS/NR B8a) Nenhuma: _____ B8b) Atividades domésticas: _____ B8c) Esporte/dança: _____ B8d) Trabalho voluntário/comunitário: _____ B8e) Trabalho remunerado _____ B8f) Outros: Quais? _____	<i>BNENHU:</i> _____ <i>BATVDOM:</i> _____ <i>BESPD:</i> _____ <i>BTRABVOL:</i> _____ <i>BTRABREM:</i> _____ <i>BOUTR:</i> _____																						
B9	Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (atualmente) (1) sim (2) não (99) NS/NR B9a) Nenhuma: _____ B9b) Atividades domésticas: _____ B9c) Esporte/dança: _____ B9d) Trabalho voluntário/comunitário: _____ B9e) Trabalho remunerado: _____ B9f) Outros: Quais? _____	<i>NENHUM:</i> _____ <i>BATVDOME:</i> _____ <i>BESPDAN:</i> _____ <i>BTRABVOLU:</i> _____ <i>BTRABREMU:</i> _____ <i>BOUTR:</i> _____																						
Seção C: Estilo de vida		<i>CODIFICAÇÃO</i>																						
C1	O (A) Senhor (a) é fumante? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ unidades/dia	<i>CFUM:</i> _____																						
C2	O (A) Senhor (a) consome bebida alcoólica? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ dias/semana	<i>CALCOOL:</i> _____																						
C3	O (A) Senhor (a) realiza atividade física? (1) sim (2) não (99) NS/NR Modalidade: _____ Frequência: _____ vezes/semana	<i>CATIV:</i> _____																						
C4	Como o (a) Senhor (a) classifica seu nível de estresse? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												<i>CESTRESSE:</i> _____
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Seção D: Problemas de saúde autorreferidos																								
O (A) Sr (a) no momento tem algum destes problemas de saúde?																								
	Problema de Saúde	Sim	Não	NS/NR	Toma medicação prescrita pelo médico? Qual o nome?	<i>CODIFICAÇÃO</i>																		
D1	Anemia	1	2	99		<i>DANEM:</i> _____																		
D2	Ansiedade/Pânico	1	2	99		<i>DANSI:</i> _____																		
D3	Artrite reumatóide/artrose	1	2	99		<i>DREUM:</i> _____																		
D4	Asma ou Bronquite	1	2	99		<i>DASMA:</i> _____																		
D5	Audição Prejudicada	1	2	99		<i>DAUDP:</i> _____																		
D6	Câncer, qual?	1	2	99		<i>DQCANC:</i> _____																		
D7	DPOC (enfisema)	1	2	99		<i>DCANC:</i> _____																		
D8	Diabetes Mellitus	1	2	99		<i>DDIAB:</i> _____																		
D9	Depressão	1	2	99		<i>DDEPR:</i> _____																		
D10	Derrame (AVE)	1	2	99		<i>DDERRA:</i> _____																		
D11	Doença Cardíaca	1	2	99		<i>DCARDI:</i> _____																		

D12	Doença GI Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	1	2	99		DGASTR:____
D13	Doença Vascular Periférica (varizes)	1	2	99		DCIRC:____
D14	Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	1	2	99		DNEURO:____
D15	Hipertensão Arterial	1	2	99		DPRESS:____
D16	Incontinência (Urinária/Fecal)	1	2	99		DINCUR:____
D17	Obesidade	1	2	99		DOBES:____
D18	Osteoporose	1	2	99		DOSTE:____
D19	Problemas de coluna	1	2	99		DCOLU:____
D20	Visão Prejudicada (Catarata)	1	2	99		DCATAR:____
D21	Ferida crônica	1	2	99		DFERID:____
D21	Outras, qual?	1	2	99		DOUTR:____

ANEXO B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Francisco Tonel, 74 - Centro- Remígio - PB. CEP 58398-000
Tele fax: (83) 3364 – 1566 C.N.P.J. Nº. 11.376.311/0001-76
sms.remigio@bol.com.br



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTUTUCIONAL

Eu, Alane Lima de Freitas Souto, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Remígio, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “ *Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as unidades de saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité e Doutorando em saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

PREFEITURA M DE REMÍGIO


Alane L. de Freitas Souto,
Coord. De Atenção Básica

Alane Lima de Freitas Souto

Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família

Remígio - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Marileuza F. Lima Castro, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Nova Floresta, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.



Marileuza F. Lima Castro
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Nova Floresta – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Vanusa da Paz Medeiros, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Sossego, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.



Vanusa da Paz Medeiros

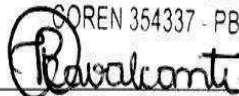
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Sossego – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Coordenadora da ESF
COREN 354337 - PB




Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Cuité – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Cícero Erivaldo Costa Gomes, Secretário de Saúde do Município de Barra de Santa Rosa, Estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano”**, nos meses de agosto a dezembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 22 de julho de 2014.



Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretaria de Saúde

Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretário Municipal de Saúde
Barra de Santa Rosa – PB

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E A DIVERSIDADE DE VIVENCIAR O ENVELHECIMENTO

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34715614.5.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 844.702

Data da Relatoria: 28/10/2014

Apresentação do Projeto:

ANÁLISE DA SEGUNDA VERSÃO APÓS SOLICITAÇÃO DE ADEQUAÇÕES PELO RELATOR:

Trata-se de um estudo exploratório-observacional, de natureza quanti-qualitativa, subsidiado pelo aporte estrutural da Teoria das Representações Sociais, que será realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), especificamente nos seguintes municípios: Cuité, Nova Floresta, Barra de Santa Rosa, Sossego e Remígio, a partir da aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário de Coleta de Dados; Entrevista; Questionários de Whoqol-Old e Whoqol-Bref. Em seguida, os dados serão organizados nos bancos de dados preparados especificamente para cada etapa do instrumento e analisado por meio dos softwares EVOC e IBM-SPSS Statistics 20.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano. E como objetivo secundário: caracterizar o perfil social e de saúde física e mental de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano; conhecer as

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 844.702

Representações; Sociais construídas por idosos acerca da qualidade de vida e do envelhecimento; e explorar a relação entre qualidade de vida, diversidade de vivenciar o envelhecimento e representações sociais de idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação dos questionários ou sentirem-se desconfortáveis devido ao tempo investido. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS

E como benefícios: o estudo poderá fornecer subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

Comentário: Rever no item dos riscos no ponto referente a "tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente" e incluir a forma como será minimizado essa condição. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Além dos comentários já descritos, foram observados também as seguintes inadequações e com suas respectivas sugestões:

O cronograma encontra-se desatualizado e diferente o período de realização do projeto com o apresentado na Plataforma Brasil; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

O projeto se caracteriza como multicêntrico, portanto, sugiro o preenchimento correto na plataforma; DESCONSIDERO SOLICITAÇÃO

Não apresentou a hipótese no projeto; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Não foi apresentado detalhadamente a previsão orçamentária, sendo assim, sugiro que detalhe todos os gastos que terão com a pesquisa. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados na Plataforma Brasil, mas só estava presente no projeto de pesquisa o TCLE e o mesmo não estava devidamente assinada.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 844.702

Comentário: Incluir os termos no projeto de pesquisa e apresentar o TCLE assinado. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Recomendações:

Realizar ou justificar as sugestões feitas nos itens anteriores, a saber:

Rever o item riscos;

Atualizar cronograma na plataforma e no projeto de pesquisa;

Incluir os termos obrigatórios no projeto de pesquisa;

Assinar e Incluir o TCLE;

Rever o orçamento na plataforma.

Comentários: Todas as solicitações acima foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as solicitações foram atendidas, somos de parecer favorável a execução dessa pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A partir do parecer da relatoria o protocolo foi considerado aprovado ad referendum. Coordenação do CEP/HUAC

CAMPINA GRANDE, 24 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br