

Como estão vivendo os idosos em extrema longevidade de uma cidade do Centro-Oeste brasileiro?*

*How are the older adults in the extreme longevity of a city
in the Midwest of Brazil living?*

*¿Cómo viven los ancianos en extrema longevidad en una
ciudad del Medio Oeste brasileño?*

Sergio Chociay Junior
Isadora Cecília Salgado Gama
Tainá Aparecida da Silva
Nathália de Oliveira Andrade
Nadine Motta Figueiredo
Mariana de Paula Santana
Gustavo Henrique Martins Rodrigues Montalvão
Marcelo Kwiatkoski
Rosimeire Aparecida Manoel Seixas
Bruna Moretti Luchesi

RESUMO: O estudo avaliou 89 idosos em extrema longevidade (90 anos ou mais) do município de Três Lagoas, MS, objetivando caracterizá-los quanto às variáveis sociodemográficas e de saúde. Os idosos eram, em sua maioria, do sexo feminino, sem companheiro, hipertensos, com problemas de visão e audição, com risco de desnutrição e déficit na fluência verbal. Essas características podem auxiliar na compreensão desse segmento populacional, permitindo o planejamento de políticas públicas em saúde.

Palavras-chave: Idoso de 80 Anos ou mais; Longevidade; Saúde do Idoso.

ABSTRACT: *The study evaluated 89 elderly people in extreme longevity (90 years or older) in the city of Três Lagoas, MS, aiming to characterize them according to socio-demographic and health variables. Most of the elderlies were female, without a partner, hypertensive, with vision and hearing impairments, were at risk of malnutrition and had a deficit in verbal fluency. These characteristics can help the understanding of this population, allowing the planning of public health policies.*

Keywords: *Aged 80 and over; Longevity; Health of the Elderly.*

RESUMEN: *El estudio evaluó 89 ancianos con extrema longevidad (90 años o más) en la ciudad de Três Lagoas, MS, con el objetivo de caracterizarlos en términos de variables sociodemográficas y de salud. Los ancianos eran en su mayoría del sexo femenino, sin pareja, hipertensos, con problemas de visión y audición, con riesgo de desnutrición y déficit en la fluidez verbal. Estas características pueden ayudar a comprender este segmento de la población, permitiendo la planificación de políticas públicas de salud.*

Palabras clave: *Adulto mayor de 80 años o más; Longevidad; Salud del Anciano.*

Introdução

O processo de envelhecimento populacional, caracterizado por modificações fisiológicas graduais e progressivas na vida do idoso, é de grande importância no cenário internacional. Em razão disso, deve-se considerar que seu impacto na saúde é muito relevante, à medida que, quando associado a doenças crônicas pré-existentes, pode revelar inúmeros déficits (Oliveira, Pinhos, & Bós, 2019). Quanto à realidade brasileira, é pertinente ratificar que esse fenômeno demográfico é significativo, interferindo, sobretudo, em aspectos econômicos e de cuidado em saúde, o que requer novos planejamentos para suprirem as demandas desse segmento populacional (Silva, Marin, & Rodrigues, 2015).

No contexto de envelhecimento, destacam-se os idosos longevos, de 90 anos ou mais. Ao longo dos anos, diferentes denominações foram dadas aos idosos que vivem por mais tempo que a média geral, acima dos 75 anos. Designações como quarta e quinta idade, longevidade avançada, extrema longevidade ou a referência direta à década a qual

pertencem, a exemplo dos nonagenários, centenários e supercentenários, os quais confirmam as previsões de transição demográfica. O desenvolvimento socioeconômico dos países somado a outros fatores como os avanços da medicina, urbanização e o desenvolvimento de novas tecnologias, aumentam a expectativa de vida, porém, também contribuem para uma maior probabilidade de pior qualidade de vida, e uma aumentada incidência de doenças crônicas, fragilidade e comorbidades incapacitantes (Côrte, & Brandão, 2018).

Perante essas modificações demográficas, surge a necessidade de adequar e implementar novas estratégias de atenção à saúde. Para que isso ocorra, é essencial a elaboração de métodos baseados em evidências científicas, o que é dificultado na prática, levando-se em consideração que as literaturas, internacional e nacional, sobre indivíduos longevos ainda são insuficientes. Portanto, torna-se imprescindível o estabelecimento de estudos acerca dessa população, de modo que suas vulnerabilidades e fragilidades possam ser investigadas e analisadas (Pereira, *et al.*, 2014).

Para que se compreenda integralmente a saúde de um indivíduo, é essencial entender não somente seus aspectos biológicos, mas, também, os psicossociais, como a sua identidade, estabelecida a partir dos grupos a que ele pertence e das relações estabelecidas ao longo do tempo (Marinho, & Reis, 2016). Enquanto esses fatores não forem observados, e tendo-se em vista o despreparo da sociedade para lidar com essa faixa etária, os idosos longevos tornar-se-ão cada vez mais suscetíveis à desvalorização de suas aposentadorias, à insuficiência de atividades de lazer e assistência, à falta de informação, e à precariedade de investimentos públicos em saúde (Silva, Marin, & Rodrigues, 2015).

Para uma abordagem integral do idoso longevo, além de dados sociodemográficos e econômicos, também deve ser analisada a saúde mental, visto que os distúrbios psiquiátricos afetam idosos de todas as faixas etárias, podendo reduzir a capacidade funcional e a qualidade de vida desses indivíduos (Matias *et al.*, 2016). Destacam-se transtornos como depressão e ansiedade, os quais podem estar relacionados a comportamentos suicidas e declínio cognitivo, o que reafirma a importância de se analisarem tais variáveis nessa população (Bendixen, Engendal, & Hartberget, 2018).

As características orgânicas e biomédicas tampouco devem ser desprezadas, uma vez que afetam, igualmente, a saúde e qualidade de vida de idosos longevos.

O declínio funcional pode ser considerado como um desses atributos, já que é marcado pelo acometimento de funções gerais e uma emergência de patologias funcionais que, quando associados a déficits cognitivos, podem revelar perdas de memórias ponderosas e até mesmo quadros demenciais (Chaves *et al.*, 2017). Ademais, a funcionalidade relaciona-se aos parâmetros de mobilidade e locomoção entre idosos, exigindo que sejam investigados entre esse segmento populacional, principalmente, quando se considera, por exemplo, que 50% dos sujeitos com 80 anos ou mais sofrem, pelo menos, uma queda por ano (Oliveira, Pinho, & Bós, 2019).

Outro fator orgânico de grande relevância que deve ser considerado é a desnutrição, visto que os idosos apresentam uma prevalência superior a 20% de desordens nutricionais, as quais aumentam os riscos de quedas, hospitalizações, prejuízos cardiorrespiratórios e até mesmo a mortalidade (Komici *et al.*, 2019). Contudo, independentemente de elencar todas as características orgânicas, é incontestável reafirmar que a compreensão individual de saúde depende de todos os fatores envolvidos – biológicos, psicológicos e sociais –, os quais interagem entre si de modo complexo, permitindo a identificação da qualidade de vida e de possíveis doenças entre esse eixo populacional mais vulnerável (Neves *et al.*, 2018).

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo caracterizar uma amostra de idosos em extrema longevidade quanto às variáveis sociodemográficas e de saúde. A ênfase da pesquisa concentrou-se nas áreas de mobilidade, nutrição, cognição e saúde mental, além dos dados demográficos e de saúde geral, a fim de caracterizar essa população e contribuir para a elaboração de medidas preventivas no futuro.

Método

O estudo é transversal, com abordagem quantitativa. Realizou-se no município de Três Lagoas, MS, que possuía 101.791 habitantes de acordo com o censo de 2010, sendo 9,8% idosos (≥ 60 anos) e, destes, 5% tinham 85 anos ou mais (IBGE, 2011).

A população desse estudo contemplou idosos em extrema longevidade (90 anos ou mais) que foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre novembro de 2018 e novembro de 2019, ano anterior ao início da coleta de dados.

Para a amostra, os critérios de inclusão foram: idade maior ou igual a 90 anos, ter sido atendido pelo SUS do município no ano anterior, ser capaz de responder às questões da entrevista, e morar na zona urbana do município. Os idosos que não foram encontrados em suas casas após duas visitas foram excluídos.

Após buscas no sistema eletrônico de cadastro dos usuários do SUS da cidade, inicialmente, identificaram-se 345 idosos que tinham sido atendidos no ano anterior. A Figura 1 ilustra a seleção da amostra, que foi de n=89 idosos. Destaca-se que, devido às medidas de isolamento social em decorrência do coronavírus, não foi possível visitar sete idosos, optando-se por finalizar a coleta de dados.

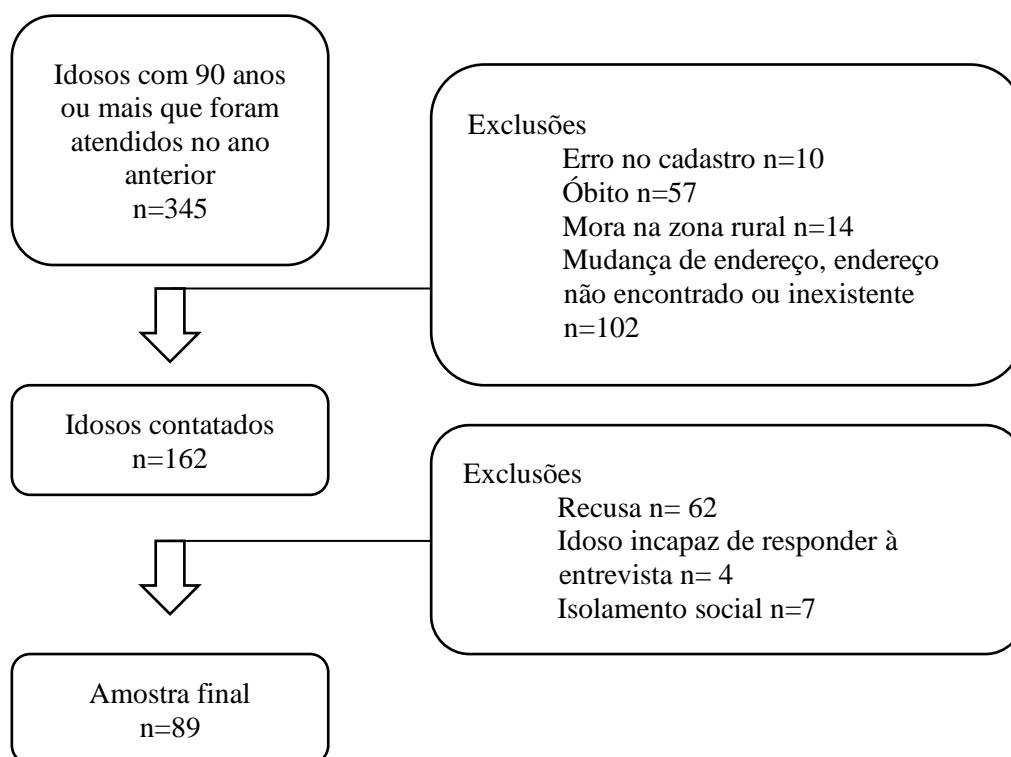


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos participantes. Três Lagoas, MS, 2020

Os dados foram coletados no domicílio dos idosos, por meio de entrevistas individuais e conduzidas por examinadores capacitados, no período de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020, e tiveram duração média de 60 minutos.

Foram coletados os seguintes dados sociodemográficos: sexo (masculino ou feminino), idade (em anos completos), escolaridade (em anos completos), estado civil (casado ou sem companheiro – viúvo, solteiro ou divorciado), e renda individual e familiar (em reais).

A avaliação das características de saúde é descrita a seguir:

- Avaliação subjetiva de saúde: “De modo geral, como o(a) senhor(a) avalia sua vida no momento atual?” (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim).

- Satisfação global com a vida: “O(A) senhor(a) está satisfeito(a) com sua vida hoje?” (muito, mais ou menos, pouco).

- Consumo de medicamentos e número/dia; internação nos últimos seis meses e número; e quedas no último ano e número.

- Doenças autorrelatadas: “Algum médico ou profissional da saúde já lhe disse que o(a) senhor(a) possui hipertensão arterial? E diabetes mellitus?”.

- Déficits visual e auditivo: avaliados a partir das questões 18 e 19 do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) (Moraes *et al.*, 2016) respectivamente, as quais foram: “O(A) senhor(a) tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? Se sim, usa óculos ou lente de contato?” e “O(A) senhor(a) tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? Se sim, usa aparelho auditivo?”.

- Hábitos: avaliação do sono (“O(A) Sr(a) tem dificuldade para dormir?” e “Quantas horas em média dorme por noite?”); "tabagismo atual e anterior e uso de álcool?".

- Rede de apoio social: avaliada pelas variáveis: número de pessoas que moram na casa, número de pessoas próximas, participação em grupos sociais (sim/não), participação em atividades de lazer (sim/não) e pela questão “O(A) senhor(a) se considera socialmente isolado(a)?”.

- Medidas antropométricas: foram verificados: a massa corporal, estatura, circunferências de panturrilha e do abdome em triplicata. Também foi calculado o índice de massa corporal (IMC), sendo considerados obesos os idosos com $IMC \geq 27 \text{kg/m}^2$ e, com baixo peso, os com $IMC < 22 \text{kg/m}^2$ (Brasil, 2014).

- Função física: avaliada pelo *Timed Up and Go* (TUG), que consiste no cálculo do tempo, em segundos, que o indivíduo utiliza para se deslocar da postura sentada para a em pé, percorrer três metros, girar de volta e sentar-se novamente na cadeira. Tempo abaixo de 10 segundos indica independência; entre 10 e 19 segundos, idosos frágeis ou com alguma deficiência, com independência parcial e baixo risco de quedas; entre 20 e

29 segundos, indica déficit significativo nas tarefas da vida diária; e 30 segundos ou mais, dependência total (Dutra, Cabral & Carvalho, 2016; Podsiadlo, & Richardson, 1991).

- Nutrição: avaliada pela Mini-Avaliação Nutricional Forma Curta (MNA-SF) (Kaiser *et al.* 2009; Rubenstein *et al.*, 2001), que é composta por simples medidas e seis questões abrangendo avaliação global, antropometria, questionário dietético e avaliação subjetiva de vida. A pontuação total varia de 0 a 14 pontos, sendo que menos que 8 pontos, entre 8 e 11 pontos, e mais que 11 pontos, significam, respectivamente, desnutrição, risco de desnutrição e estado nutricional normal (Soysal *et al.*, 2019).

- Cognição: avaliada pelo teste de fluência verbal, o qual está incluso em diversas baterias de avaliação neuropsicológicas, e avalia a memória semântica, a habilidade de recuperação de informações da memória e do processamento de funções executivas. Consiste na avaliação do maior número de palavras que o indivíduo consegue gerar em um minuto. Foi avaliada a fluência na categoria “animais”. As notas de corte de acordo com a escolaridade são: 9 para indivíduos com até 8 anos de escolaridade; e 13 para 8 anos ou mais (Brucki, *et al.*, 1997).

- Sintomas depressivos: avaliados pelo *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), com nove perguntas que analisam a presença de cada um dos sintomas da depressão maior, sendo: humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), disfunções no sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. A periodicidade de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert. A pontuação vai de 0 a 27, sendo que, quanto maior, maior a presença de sintomas depressivos. Pontuações maiores ou iguais a nove são indicativas de sintomas depressivos (Santos *et al.*, 2013).

- Ansiedade: foi utilizado o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), que visa a avaliar a ansiedade na população idosa de modo rápido e eficiente. Conta com 20 questões em que o idoso declara se concorda ou discorda com a afirmação apresentada. Trata-se de itens referentes a preocupações, tomada de decisões, sentimentos de nervosismo e aborrecimento, além de efeitos fisiológicos desencadeados por situações estressantes. Os valores de 10/11 foram definidos originalmente como ponto de corte para indicativo de ansiedade generalizada (Martiny *et al.* 2011; Pachana *et al.*, 2007).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Parecer n.º 3.678.474/ CAAE: 21397119.0.0000.0021). Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Os dados coletados foram digitados em uma planilha do Microsoft Office Excel™, com realização de dupla digitação, validação e conferência dos dados. Foram exportados para o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 25.0, para a análise descritiva das variáveis quantitativas com medidas de tendência central, variabilidade e variáveis categóricas com tabelas de frequência. As frequências e medidas de posição, como média e intervalo, e medidas de dispersão, como desvio-padrão, foram tabeladas para as análises descritivas.

Resultados

Os dados sociodemográficos dos idosos longevos podem ser observados na Tabela 1. A amostra foi caracterizada, majoritariamente, por sexo feminino, estado civil identificado como sem companheiro, média de 93,3±2,9 anos de idade e 1,4±1,9 anos de escolaridade.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de idosos em extrema longevidade (n=89). Três Lagoas, MS, 2019/2020

Variáveis	Média±desvio-padrão (intervalo)	n	%
Sexo			
Masculino		40	44,9
Feminino		49	55,1
Idade (anos)	93,3±2,9 (90-102)		
Escolaridade (anos)	1,4±1,9 (0-8)		
Estado civil			
Casado		21	23,6
Sem companheiro (solteiro, divorciado, viúvo)		68	76,4
Renda individual (R\$) (n=70)	1153,1±425,9 (0-2300)		
Renda familiar (R\$) (n=50)	2729,4±1675,4 (0-10000)		

A caracterização de saúde é descrita na Tabela 2. Destaca-se que a maioria dos idosos longevos pesquisados estavam mais ou menos satisfeitos com a vida, usavam $3,5\pm 3,2$ medicamentos de uso contínuo por dia, tinham hipertensão arterial, problemas de visão e audição, eram ex-tabagistas, e dormiam mais de oito horas por noite. Foi identificada baixa participação em grupos sociais e em atividades de lazer. Além disso, 39,3% dos idosos tinham indicativo de dependência total de acordo com o TUG, 19,1% de desnutrição e 38,2% de risco de desnutrição. Tinham indicativo de déficit cognitivo de acordo com a fluência verbal, 60,7% dos indivíduos; 23,6% com sintomas depressivos; e 22,5% sintomas de ansiedade.

Tabela 2 – Caracterização de saúde de idosos em extrema longevidade (n=89). Três Lagoas, MS, 2019/2020

Variáveis	Média±desvio-padrão (intervalo)	n	%
Autopercepção da saúde (n=84)			
Muito boa/ Boa		35	39,3
Regular		30	33,7
Ruim/ Muito ruim		19	21,4
Satisfação com a vida (n=84)			
Pouco		17	19,1
Mais ou menos		49	55,1
Muito		18	20,2
Medicamentos uso contínuo	3,5±3,2 (0-20)	79	88,8
Internação últimos 6 meses	0,25±0,5 (0-2)	19	21,3
Queda no último ano	0,66±1,2 (0-5)	32	36,0
Hipertensão arterial		64	71,9
Diabetes Mellitus		14	15,7
Problema de visão (n=88)		60	67,4
Uso de óculos ou lente de contato (n=87)		31	34,8
Problema de audição (n=88)		55	61,8
Uso de aparelho auditivo		7	7,9
Dificuldade para dormir		31	34,8
Horas de sono/ noite	8,7±2,0 (3-14)		
Tabagismo atual		9	10,1
Tabagismo anterior		50	56,2
Consumo de álcool		8	9,0
Pessoas que moram na casa	3,0±1,9 (0-12)		
Pessoas próximas	4,8±3,2 (0-20)		
Participação em grupo social		26	29,2
Participação em atividades de lazer		39	43,8
Isolamento social (n=82)		9	10,1
Estatura (m) (n=70)	1,53±0,9 (1,36-1,76)		
Peso (Kg) (n=69)	56,6±13,3 (27,0-84,6)		
Panturrilha (cm) (n=88)	30,5±4,3 (22,0-39,7)		
Circunferência abdominal (cm) (n=72)	93,1±15,2 (50-122)		

IMC (kg/m²) (n=69)	23,9±4,8 (12,2-34,2)		
Baixo peso		24	27,0
Peso adequado		25	28,1
Sobrepeso		21	23,6
TUG (segundos) (n=60)	35,9±17,8 (9,8-80,0)		
Independente		1	1,1
Independência parcial		10	11,2
Déficit significativo		14	15,7
Dependência total		35	39,3
MNA-SF (n=87)	10,0±3,0 (2-16)		
Desnutrição		17	19,1
Risco de desnutrição		34	38,2
Normal		36	40,4
Fluência Verbal (n=80)	8,6±4,5 (0-22)		
Alterado		54	60,7
PHQ-9 (n=81)	6,0±5,8 (0-23)		
Indicativo de sintomas depressivos		21	23,6
GAI (n=83)	5,2±5,1 (0-18)		
Indicativo de ansiedade		20	22,5

Kg = quilogramas. Cm = centímetros. M= metros. IMC = Índice de Massa Corporal. TUG = *Timed Up and Go*. MNA-SF = Mini-Avaliação Nutricional Forma Curta. PHQ-9=*Patient Health Questionnaire-9*. GAI = Inventário de Ansiedade Geriátrica

Discussão

Corroborando a literatura, a quantidade de mulheres idosas que alcançam idades mais elevadas, 80 anos ou mais, é superior à dos homens, o que se justifica pela feminização da velhice, fenômeno resultante da transição demográfica, em que o contingente de mulheres idosas se sobressai ao de homens idosos (Maximiano-Barreto, *et al.*, 2019). Biologicamente, a maior longevidade de mulheres pode ser justificada por influências hormonais em respostas inflamatórias e imunológicas, ou maior resistência a danos oxidativos (Austad, & Fischer, 2016).

A feminização da velhice pode ser, também, explicada por uma menor exposição a determinados fatores de risco ocupacionais em mulheres, uma maior preocupação feminina com a própria saúde e o autocuidado, uma utilização rotineira de serviços de saúde, além de uma menor prevalência de alcoolismo e tabagismo, e uma menor exposição à mortalidade por causas externas, quando comparadas aos homens (Araújo Junior *et al.*, 2019). Entrementes, a maior longevidade feminina não necessariamente implica em melhores condições de saúde, especialmente pelas relações de gênero, que limitam o acesso a recursos educacionais e econômicos, submetem a diferenças sociais e

predispõem a maiores índices de violência e sobrecarga (Almeida, *et al.*, 2015; Sousa, *et al.*, 2018).

A amostra coletada contemplava apenas idosos com 90 anos ou mais, e a média etária foi de 93,3 anos. Em 2020, o número de idosos nessa faixa etária era de 825.847 indivíduos no Brasil, e a expectativa é que esse valor ultrapasse cinco milhões em 2060 (IBGE, 2020). Aproximadamente 76% dos participantes da pesquisa não tinham companheiros; porém, a literatura vigente não apresenta análises substanciais quanto ao estado civil específico para nonagenários e os impactos de tal fator nas condições de saúde, apoio social e emocional. Apesar disso, um estudo realizado no estado do Sergipe evidenciou que mais da metade dos indivíduos com 65 anos ou mais eram casados ou viviam acompanhados (Barros, *et al.*, 2018). Contrastando-se a essa estimativa, em estudo transversal, com 58 octogenários, os dados continham maior proporção de viúvos quando comparados com casados, 62% e 24%, respectivamente (Jorge Lima, *et al.*, 2017). Pode-se inferir, pois, que o avançar das décadas, comumente, liga-se à perda de cônjuges, o que pode significar diminuição da rede de apoio e da quantidade de pessoas disponíveis para auxiliar nos casos de limitações funcionais.

A maioria dos idosos tinha renda mensal média de um salário mínimo, o que é respaldado por estudos com indivíduos de 80 anos ou mais de idade (Jorge *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2014). Apesar dos distintos momentos de coletas dos dados utilizados para comparação e do valor relativo da renda mínima, viver sob tais condições implica em menos acesso a momentos de lazer e piores condições de saúde.

No que tange à satisfação global com a vida, pouco mais da metade dos nonagenários entrevistados responderam à opção “mais ou menos”. Segundo Soares, *et al.* (2019), a autoavaliação positiva sofre influências dos papéis sociais, objetivos de vida, interações com outras pessoas e comparação com indivíduos da mesma faixa etária e que compõem o círculo social. A mobilidade plena foi considerada um aspecto determinante para melhores avaliações de satisfação, já que ela influencia na autoestima e autoconfiança, predispõe a maiores interações sociais e atividades, além de impactar positivamente na autopercepção de contentamento. Em estudo realizado por Banhato, Ribeiro e Guedes (2018), com uma amostra de 427 idosos, residentes em Juiz de Fora, MG, 56% dos entrevistados com 85 anos ou mais relataram alta satisfação com a vida.

Dentre as características avaliadas pelo estudo e que contribuíram para o índice positivo dos idosos a partir de 65 anos, estão os anos de estudo, em que, quanto menores

os níveis de escolaridade, maior a satisfação. Os fatores fragilidade, perda cognitiva, e sintomas depressivos influenciaram negativamente na autopercepção de satisfação (Banhato, Ribeiro, & Guedes, 2018). A maioria dos idosos entrevistados (88%) utilizavam medicamentos de modo contínuo. Os fármacos estão associados ao aumento da dependência funcional de idosos longevos, e a maioria das composições são usadas para tratamento de doenças do sistema cardiovascular (Jorge *et al.*, 2017). Uma revisão integrativa apontou que o uso de múltiplos medicamentos é um fator de preocupação em idosos com mais de 80 anos, já que o tempo prolongado de uso e a maior quantidade de diferentes tipos de remédios predispõem a maiores riscos de interações e efeitos indesejados (Manso, *et al.*, 2019).

A prevalência de 36% de quedas nos idosos nonagenários encontrada se assemelha ao descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014), que identificou porcentagem de quedas entre os idosos com 70 anos ou mais de, aproximadamente, 32 a 42%. Em um estudo transversal, 45% dos indivíduos com 80 anos ou mais relataram quedas no último ano, e esse fator se relacionava com a velocidade da marcha reduzida (Lenardt *et al.*, 2019). Em estudo observacional, com 32 idosos divididos em longevos e não longevos, ambos apresentaram alto risco de quedas; no entanto, o maior uso de medicamentos antidepressivos entre os idosos com idade mais avançada proporcionou maior fator de risco (de Arruda *et al.*, 2019).

A alta prevalência de hipertensão encontrada (71,9%) constitui um valor significativamente maior que o descrito por Jorge *et al.* (2017), de 55,2%, o qual estava significativamente associado a uma menor escolaridade, indicando que o menor acesso à informação pode contribuir com a instalação de doenças crônicas no sistema circulatório e comorbidades associadas. Uma revisão sistemática e meta-análise evidenciou que a redução da pressão arterial se relaciona com menor risco de demência e comprometimento cognitivo; contudo, a média de idade dos participantes era de 69 anos (Hughes *et al.*, 2020).

Observando-se o percentual de ex-tabagistas (56,2%), pode-se relacionar esse dado com o percentual de idosos longevos portadores de hipertensão arterial. O tabagismo é responsável por inúmeras doenças crônicas que acometem os idosos, como doenças cardiovasculares, que incluem a hipertensão, doenças pulmonares, câncer e outros,

associados ainda à piora do estado de saúde e qualidade de vida (Silva, Silva, & Schungue, 2019).

Quando observada a prevalência de tabagismo atual e a queda no seu percentual, Sousa (2015) enfatiza que a cessação do tabagismo traz benefícios em qualquer idade; mesmo pessoas com mais de 65 anos que interrompem este hábito mostram taxas de infarto do miocárdio, coronariopatias e mortalidade inferiores aos que mantiveram o vício em tabaco.

Alguns fatores relacionados ao envelhecimento são os fatores incapacitantes e a fragilidade, caracterizados por disfunções individuais orgânicas ou estruturais, como problemas relacionados à visão, audição, mobilidade e cognição. Esses acometimentos causam restrições de participação do idoso na vida social e familiar por receio de se tornar alvo de desprezo, causando interferência no desempenho de suas atividades individuais (Bauer *et al.*, 2017). Os dados do presente estudo revelaram a baixa adesão dos idosos entrevistados na participação de grupos sociais (29,2%) e de atividades de lazer (43,8%), o que pode ser um dos grandes problemas que afetam negativamente a saúde do idoso. Entretanto, apesar desses dados poderem ser considerados como fatores predisponentes ao isolamento social, apenas 10,1% dos idosos longevos entrevistados relataram se sentir socialmente isolados, o que é positivo, à medida que o convívio social gera impacto benéfico na autoestima e na resiliência dos idosos. Nesse ínterim, as interações sociais relacionam-se com o envelhecimento ativo, visto que preservam a capacidade funcional do idoso, aumentando sua qualidade de vida (Manso, Comosako, & Lopes, 2018).

Ademais, a baixa acuidade visual e auditiva está diretamente relacionada com o avanço da idade, e, nos idosos, são fatores de risco para quedas e isolamento social (Barbosa *et al.*, 2016; Bauer *et al.*, 2017). Os resultados evidenciam que apenas 34,8% dos idosos usam lentes de contato para correção e apenas 7,9% fazem uso de aparelho auditivo. A catarata é considerada a principal causa de cegueiras e perdas visuais relacionadas ao fator senilidade, acometendo 75% das pessoas com mais de 70 anos de idade (Pereira *et al.*, 2019). As queixas de perda auditiva são maiores em idosos mais longevos, pelo fato de que a presbiacusia apresenta característica progressiva com a idade; porém, quanto maior a escolaridade, menores as chances de apresentar perdas auditivas, devido ao maior cuidado e à adoção de medidas preventivas, além de que ela pode estar associada ao declínio cognitivo do idoso (Bauer *et al.*, 2017).

Os idosos longevos apresentaram dificuldade em executar o TUG, caracterizando um declínio de habilidade funcional, o que resulta em um maior risco de quedas (Griebler *et al.*, 2019). Brito (2013) define a queda como um tipo de deslocamento corpóreo que ocorre inadvertidamente para um nível que esteja em inferioridade à posição do idoso, e que tem como característica a não intencionalidade do ato, além da incapacidade que tem este idoso em reverter à posição em tempo hábil ou com precisão, o que acaba levando-o a uma instabilidade física corporal. Fatores intrínsecos relacionados à queda nos idosos são descritos, por exemplo, por presença de comorbidades crônico-degenerativas, alterações osteomusculares, alterações na marcha, efeitos de medicamentos e capacidade funcional reduzida no idoso (Lima *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2017).

O estado nutricional do idoso revela importância quando se classifica seu estado de saúde e sua qualidade de vida; porém, nessa faixa etária, é importante atentar-se que há um desequilíbrio entre o consumo e o gasto energético, o que pode ocasionar distúrbios que levarão a quadros de desnutrição ou obesidade, comuns nessa faixa etária (Silva *et al.*, 2018). O MNA-SF identificou o risco de desnutrição nos idosos, que pode correlacionar-se com outro parâmetro identificado nos resultados, o baixo IMC. A desnutrição e a perda de peso, identificadas em idosos com possíveis comprometimentos como perdas sensoriais, podem levar a disgeusia e hiposmia com o decorrer do envelhecimento (MahanEscott-Stump, & Raymond, 2012).

As alterações identificadas no teste de fluência verbal em idosos longevos podem revelar a presença de quadros relacionados ao déficit cognitivo ou indivíduos com baixa escolaridade (Neves, 2020). Apesar de ter sido adotada nota de corte adaptada de acordo com a escolaridade no teste de fluência verbal, o número de anos de estudos dos idosos do presente estudo foi baixo, o que pode ajudar a explicar os resultados encontrados. As alterações nas habilidades cognitivas estão atreladas ao estilo de vida sedentário do indivíduo e a pouca estimulação; portanto, garantir a funcionalidade é essencial para manter a autonomia de um idoso (Neto, 2017).

Os sintomas de depressão podem ser mais comuns com o aumento da idade, o que pode ser justificado pela perda progressiva de competências físicas e mentais dos idosos (Teixeira *et al.*, 2016). Os sintomas de depressão e ansiedade estavam presentes em torno de 23% da amostra. Esses transtornos podem estar relacionados ao declínio cognitivo,

baixa escolaridade e sedentarismo, e maior prevalência no sexo feminino (Maximiano-Barreto, & Fermoseli, 2017).

Teixeira *et al.* (2016) constataram que a prática de atividades físicas sugere uma melhor qualidade de vida do idoso e atenua os efeitos negativos inerentes ao envelhecimento, melhorando a sua autoestima e diminuindo os índices de depressão entre os idosos, por estimular a autonomia, sociabilidade e funções cognitivas. Além disso, afirma-se que os fatores associados de depressão em idosos podem ser correlacionados com a quantidade de medicamentos, que em maior número podem predizer o desenvolvimento de sintomas depressivos (Cardoso *et al.*, 2018).

Como limitações deste estudo, podemos referir a dificuldade do acesso à amostra, muitas vezes com os idosos ausentes do domicílio, ou não residindo na residência do endereço informado pelo sistema eletrônico de cadastro, e o número de óbitos, reduzindo o total da amostra estabelecida inicialmente. O fato de o questionário para a coleta de dados ser constituído a partir de diversas dimensões exigiu maior tempo e atenção, o que pode ter sido cansativo para alguns entrevistados. Além disso, os dados transversais não permitem que sejam estabelecidas relações causais entre as variáveis. Por outro lado, destacam-se fatores que facilitaram a realização do estudo, como o baixo custo, a objetividade na coleta de dados e seu alto potencial descritivo.

Considerações Finais

Compreender as características sociodemográficas e de saúde de idosos em extrema longevidade revela-se como um conhecimento imprescindível para o delineamento de gestão e o planejamento de políticas públicas em saúde. Trata-se, pois, de oferecer visibilidade a esse segmento populacional, de modo que suas demandas possam ser analisadas e entendidas integralmente, permitindo que possam ser supridas, futuramente, pelos serviços públicos de saúde e pela sociedade.

Sabe-se que as literaturas, nacional e internacional, apresentam poucas publicações científicas acerca de idosos longevos. Perante isso, é pertinente inferir que a caracterização desses indivíduos se mostra como um recurso útil não somente para redirecionar estratégias de saúde voltadas a esse público, como, também, para evidenciar essa amostra populacional no contexto científico.

Os instrumentos utilizados apresentam características de fácil aplicação e simples interpretação, podendo ser empregados por meio de profissionais de saúde na atenção primária em saúde. Nesse sentido, poderiam auxiliar na identificação de fragilidades de saúde em idosos longevos, permitindo uma continuidade e uma longitudinalidade no cuidado desses indivíduos.

Verificou-se que os idosos longevos avaliados apresentavam inúmeras vulnerabilidades biopsicossociais, tais como baixa adesão aos grupos sociais e às atividades de lazer, hipertensão arterial, problemas de visão e audição, alto risco de queda, risco de desnutrição e alteração de fluência verbal. Esses dados podem auxiliar na compreensão do extremo envelhecimento e dos processos de saúde-doença implicados nele, servindo, ainda, como um guia clínico para o manejo desses pacientes por profissionais de saúde.

Apesar das fragilidades supracitadas, é, ainda, importante dizer que parte considerável desses idosos manifestaram dados positivos, como a autopercepção de saúde muito boa ou boa. Mediante isso, pode-se inferir que, no grupo estudado, o processo de envelhecimento é heterogêneo quanto às variáveis trabalhadas, exibindo características positivas e negativas. Portanto, a extrema longevidade deve ser significada de modo singular, visto que cada idoso é complexo e necessita ser abordado de acordo com suas especificidades.

Referências

Almeida, A. V., Mafra, S. C. T., Silva, E. P., & Kanso, S. (2015). A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, 14(1), 115-131. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>.

Araújo Júnior, F. B., Machado, I. T. J., Santos-Orlandi, A. A., Pergola-Marconato, A. M., Pavarini, S. C. I., & Zazzetta, M. S. (2019). Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8). <https://www.scielo.br/j/csc/a/HLNLL5ZZLsWRnkRqSJ3x9nm/?lang=pt>.

de Arruda, G. T., Weschenfelder, Á. J., Strelow, C. S., Froelich, M. A., Pivetta, H. M. F., & Braz, M. M. (2019). Risco de quedas e fatores associados: comparação entre idosos longevos e não-longevos. *Fisioterapia Brasil*, 20(2), 156-161. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v20i2.2279>.

Austad, S. N., & Fischer, K. E. (2016). Sex Differences in Lifespan. *Cell Metabolism*, 23(6), 1022-1033. DOI: 10.1016/j.cmet.2016.05.019.

Banhato, E. F. C., Ribeiro, P. C. C., & Guedes D. V. (2018). Satisfação com a vida em idosos residentes na comunidade. *Revista Hupe*, 17(2), 18-26. http://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/673_pt.pdf.

Barbosa, T. S., Queiroz, A. M. S., Silva, B. M., Silva, M. da C., Barreto, S. R. B., & Almeida, S. L. S. (2016). Fatores de risco para quedas na população idosa: revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde*, 10(1), 38. <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2607>.

Barros, Â. M. M. S., Santos, J., Fontes, I. S. S., Silva R. N., & Siqueira A. S. C. N. (2018). Caracterização de morbidades autorreferidas entre idosos residentes em zona rural brasileira. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*, 6(3), 93-102. <https://periodicos.set.edu.br/saude/article/view/4934>.

Bauer, M. A., Zanella, A. Z., Filho, I. G., Carli, G. de, Teixeira, A. R., & Bós A. J. G. (2017). Perfil e prevalência de queixa auditiva em idosos. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 85(5), 523-529. <https://www.scielo.br/bjorl/a/p6BMyQysLgpSjqtQJWP9PCv/?lang=pt>.

Bendixen, A. B., Engedal, K., & Hartberg, C. B. (2018). Anxiety Symptoms in Older Adults with Depression are associated with Suicidality. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 45(854), 180-189. DOI: 10.1159/000488480.

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Caderno de Atenção Básica, n.º 35*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronic_a_cab35.pdf.

Britto, T. A. (2013). Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(1), 43-51. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100006>.

Brucki, S. M. D., Malheiros, S. M. F., Okamoto, I. H., & Bertolucci, P. H. F. (1997). Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 55(1), 56-61. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1997000100009>.

Cardoso, A. E. P., Rodrigues, D. D., Martins, E. C. B. S., Galante, L. H., Santos, L. A. O., & Lara, H. C. A. A. (2018). Prevalência de sintomas de depressão e idosos assistidos pela unidade básica de saúde. *Seminário transdisciplinar de saúde UNIVAG*, [s.n.]. <file:///C:/Users/Dados/Downloads/1109-3540-1-PB.pdf>.

Chaves, R. N., Lima, V. P., Valença, T. D. C., Santana, E. dos S., Marinho, M. dos S., & Reis, L. A. (2017). Cognitive loss and functional dependence in long-lived elderly in homes for the aged. *Cogitare Enfermagem*, 22(1), 1-9. <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/01/48497-197540-1-PB.pdf>.

Chociay Junior, S., Gama, I. C. S., Silva, T. A., Andrade, N. de O., Figueiredo, N. M., Santana, M. de P., Martins, Rodrigues Montalvão, G. H. M. R., Kwiatkoski, M., Seixas, R. A. M., & Luchesi, B. M. (2021). Como estão vivendo os idosos em extrema longevidade de uma cidade do Centro-Oeste brasileiro? *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(2), 285-307. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP

Côrte, B., & Brandão, V. (2018). Longevidade Avançada - A reinvenção do tempo. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(1), 213-241. file:///C:/Users/Dados/Downloads/39523-Texto%20do%20artigo-110866-1-10-20181014.pdf.

Dutra, M. C., Cabral, A. L. L., & Carvalho, G. A. (2016). Tradução para o português e validação do teste *Timed Up and Go*. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 3(9), 81-82. <https://docplayer.com.br/19734325-Traducao-para-o-portugues-e-validacao-do-teste-timed-up-and-go.html>.

Griebler, N., Steffens, T., Santos, W., & Dias, C. P. (2019). Comparação da força de preensão palmar e desempenho funcional em idosos longevos. *21ª Jornada de Inverno da SBGG*. Porto Alegre (RS). DOI: 10.5335/rbceh.v16i2.10207.

Hughes, D., Judge, C., Murphy, R., Loughlin, E., Costello, M., Whiteley, W., & Canavan M. (2020). Association of Blood Pressure Lowering with Incident Dementia or Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 323(19), 1934-1944. DOI: 10.1001/jama.2020.4249.

IBGE. (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro, RJ. <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=254598&view=detalhes>.

IBGE. (2020). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.

Jorge, M. S. G, Lima, W. G., Vieira, P. D., Vogelmann, S. C., Myra R. S., & Wibelinger, L. M. (2017). Caracterização do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e das condições sociais de idosos octogenários. *Revista Saúde e Pesquisa*, 10(1), 61-73. <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5822>.

Junior, J. A. S. H., & Gomes, G. C. (2016). Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. *Ciências & Cognição*, 21(1), 137-154. <http://www.cienciasecognicao.org/portal/?p=3529>.

Kaiser, M. J., Bauer, J. M., Ramsch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T., Thomas, D.R., Anthony, P., Charlton, K. E., Maggio, M., Tsai, A. C., Grathwohl, D., Vellas, B., Sieber, C. C., & MNA-International Group. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(9). DOI: 10.1007/s12603-009-0214-7.

Komici, K., Vitale, D. F., Mancini, A., Bencivenga, L., Conte, M., Provenzano, S., Grieco, F. V., Visaggi, L., Ronga, I., Cittadini, A., Corbi, G., Trimarco, B., Morisco, C., Leosco, D., Ferrara, N., & Rengo, G. (2019). Impact of Malnutrition on Long-Term Mortality in Elderly Patients with Acute Myocardial Infarction. *Nutrients*, 11(2), 224. DOI: 10.3390/nu11020224.

Lenardt, M. H., Setoguchi, L. S., Betiolli, S. E. Grden, C. R. B., de-Sousa, J. A. V., & Lourenço, T. M. (2019). A velocidade da marcha e ocorrência de quedas em idosos longevos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, e1190. <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1333>.

Lima, C. A., Rangel, R. L., Santos L de B., Soares, L. R., Rocha, F. B., Alexandria, P. R. de, & Chaves, R. N. (2019). Dependência funcional e risco de quedas em idosos no ambiente domiciliar e fatores associados. *Revista Eletrônica da FAINOR*, 12(3), 687-704.

Mahan, L. K., Escott-Stump, S., & Raymond, J. L. (2012). *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier.

Manso, M. E. G., Camilo, C. G., Javitti, G. C., & Benedito, V. de L. (2019). Capacidade funcional no idoso longevo: revisão integrativa. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), 563-574. [file:///C:/Users/Dados/Downloads/45965-Texto%20do%20artigo-131893-1-10-20191112%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/45965-Texto%20do%20artigo-131893-1-10-20191112%20(2).pdf).

Manso, M. E. G., Comosako, V. T., & Lopes, R. G. de C. (2018). Idosos e isolamento social: algumas considerações. *Revista Portal de Divulgação*, 58(9). <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/revista-portal-de-divulgacao-no-58/>.

Marinho, M. S., & Reis, L. A. (2016). Reconsiderando o passado: memórias e identidades de idosos longevos. *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*, 21(2), 243-264. <file:///C:/Users/Dados/Downloads/63692-323156-1-PB.pdf>.

Martiny, C., Silva, A. C. D. O. E., Nardi, A. E., & Pachana, N. A. (2011). Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(1), 8-12. <https://www.scielo.br/j/rpc/a/9BfK8vxwK4drL7RnCKNGvzg/?lang=pt>.

Matias, A. G, Fonsêca, M. de A., Gomes, M.L. de F., & Matos, M. A. A. (2016). Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. *Einstein*, 14(1), 6-11. <https://www.scielo.br/j/eins/a/H9JxhHnHQbmQxW4tTY5VhWy/?format=pdf&lang=pt>.

Maximiano-Barreto, M. A., & Fermoseli, A. F. O. (2017). Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió, Al. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 801-813. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36254714014.pdf>.

Maximiano-Barreto, M. A., Portes, F. A., Andrade, L., Campos, L. B., & Generoso, F. K. (2019). A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. *Interfaces Científicas Humanas e Sociais*, 8(2), 239-252. <file:///C:/Users/Dados/Downloads/6076-Texto%20do%20artigo-21838-1-10-20191025.pdf>.

Moraes, E. N., Carmo, J. A., Lanna, F. M., Azevedo, R. S., Machado, C. J., & Romero, D. E. M. (2016). Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Revista de Saúde Pública*, 50(81). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>.

Neto, A.V. L. (2017). Estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas. *Revista Fundação Care Online*, 9(3), 753-759. <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5491>.

Neves, A. Q., da Silva, A. M. C., Cabral, J.F., Mattos, I. E. & Santiago, L. M. (2018). Prevalence of and factors associated with frailty in elderly users of the Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(6), 680-690. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180043>.

Oliveira, G. G., Pinho, M. S., & Bós, A. J. G. (2019). Desempenho de longevos caidores e não caidores na avaliação do *timed up and go* utilizando um aplicativo. *Saúde e Pesquisa*, 12(2), 385-397. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p385-397>.

Organização Mundial de Saúde. (2014). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>.

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114. DOI: 10.1017/S1041610206003504.

Pereira, G. V., Magalhães, N. P., Oliveira, M. C. G., Chaves, M. R., Pereira, N. B., & Santo, L. R. E. (2019). Capacidade funcional de idosos portadores de catarata senil. *Revista Unimontes Científica*. [s. n.]. 24-31. <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/240>.

Pereira, L. F., Lenardt, M. H., Michel, T., & Carneiro, N. H. K. (2014). Perfil socioeconômico e demográfico de idosos longevos usuários de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 19(4), 709-716. <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647663009.pdf>.

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x.

Rubenstein, L. Z., Harker, J. O., Salvà, A., Guigoz, Y., & Vellas, B. (2001). Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(6). DOI: 10.1093/gerona/56.6.m366.

Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., de Almeida, L. S. P., da Silva, N. T. B., Tams, B. D., Patella, A. M., & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1533-1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>.

Silva, S. P. Z., Marin, M. J. S., & Rodrigues, M. R. (2015). Living and health conditions of elderly people over 80. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(3), 42-48. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.50263>.

Silva, M. S. A., Silva, G. H. M., & Schungue, M. O. B. (2019). Etilismo e tabagismo na terceira idade: uma análise do cenário atual. *V Seminário Científico do UNIFACIG*. Manhuaçu (MG). DOI: 10.22533/at.ed.34320240617.

Silva, C. R. S., Maués, E. de M., Miranda, R. N. A., Santos, T. C., Carvalho, E. P., & Serrão, F. O. (2018). Estado nutricional de idosos internados na clínica médica de um hospital universitário. *Nutrição Brasil*, 17(3), 170-177. <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/nutricaoobrasil/article/view/2425>.

Soares, V. N., Fattori, A., Neri, A. L., & Fernandes, P. T. (2019). Influência do desempenho físico na mortalidade, funcionalidade e satisfação com a vida de idosos: dados do estudo FIBRA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11), 4181-4190. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/influencia-do-desempenho-fisico-na-mortalidade-funcionalidade-e-satisfacao-com-a-vida-de-idosos-dados-do-estudo-fibra/16773?id=16773>.

Sousa, N. F. S., Lima, M. G., Cesar, C. L. G., & Barros, M. B. A. (2018). Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(11), e00173317. <https://doi.org/10.1590/0102-311XER173317>.

Sousa, M. G. (2015). Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 22(3), 78-83. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881231/rbh_v22n3_78-83.pdf.

Souza, L. H. R., Brandão, J. C. D. S., Fernandes, A. K. C., & Cardoso, B. L. C. (2017). Queda em Idosos e Fatores de Risco Associados. *Revista de Atenção à Saúde*, 15(54), 55-60. https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4804.

Soysal, P., Veronese, N., Arik, F., Kalan, U., Smith, L., & Isik, A. T. (2019). Mini Nutritional Assessment Scale-Short Form can be useful for frailty screening in older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 693-699. DOI: 10.2147/CIA.S196770.

Teixeira, C. M., Nunes, F. M. S., Ribeiro, F. M. S., Arbinaga, F., & Vasconcelos-Raposo, J. (2016). Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(3), 55-66. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232016000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.

Recebido em 09/09/2020

Aceito em 20/12/2020

Sergio Chociay Junior - Discente do curso de graduação em Medicina, *campus* de Três Lagoas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8209-3834>

E-mail: scjunior2008@gmail.com

Isadora Cecília Salgado Gama - Discente do curso de graduação em Medicina, *campus* de Três Lagoas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5278-8579>

E-mail: isadoracsgama@gmail.com

Tainá Aparecida da Silva - Discente do curso de graduação em Medicina, *campus* de Três Lagoas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4723-0909>

E-mail: tainaslva19@gmail.com

Nathália de Oliveira Andrade - Discente do curso de graduação em Medicina, *campus* de Três Lagoas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1277-5551>

E-mail: noliveirandrade@gmail.com

Nadine Motta Figueiredo - Discente do curso de graduação em Medicina, *campus* de Três Lagoas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8984-8213>

E-mail: nadinemottafigueiredo@gmail.com

Mariana de Paula Santana - Discente do curso de graduação em Medicina, *campus* de Três Lagoas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1086-0808>

E-mail: marianadpsantana@gmail.com

Gustavo Henrique Martins Rodrigues Montalvão - Discente do curso de graduação em Medicina, *campus* de Três Lagoas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8310-0469>

E-mail: gustavohrm@gmail.com

Marcelo Kwiatkoski - Docente do curso de graduação em Medicina, *campus* de Três Lagoas, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5088-2940>

E-mail: marckwi@hotmail.com

Rosimeire Aparecida Manoel Seixas - Docente do curso de graduação em Medicina, *campus* de Três Lagoas e Campo Grande, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0864-1756>

E-mail: rosimeire.manoel@ufms.br

Bruna Moretti Luchesi - Docente do curso de graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, *campus* de Três Lagoas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0508-0818>

E-mail: bruna_luchesi@yahoo.com.br

* **Apoio:** O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.