Recebido em: **15/3/2010** Emitido parece em: **9/4/2010** **Artigo original**

ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE E SEDENTARISMO EM UMA POPULAÇÃO IDOSA

Bruna de Oliveira Campos, Elia Candido Lourenço, Andre Gustavo Pereira de Andrade
Marcos Borges Junior

RESUMO

O Brasil Apresenta um acelerado processo de envelhecimento, com transformações profundas na composição etária de sua população. O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. O objetivo do presente estudo foi verificar a relação entre a autoavaliação da saúde e o sedentarismo em idosos. Realizou-se um estudo transversal, descritivo e analítico com 225 idosos. Para a autoavaliação da saúde, retirou-se uma questão do *WHOQOL 100* (Como você avalia seu estado de saúde?). Na análise dos dados, empregaram-se procedimentos da estatística descritiva (média, desvio-padrão) e o teste Qui-quadrado para a análise da associação das variáveis categóricas com $p<0,05$. Os dados do presente estudo apresentaram uma prevalência de 57,8% dos idosos avaliando a saúde negativamente e 64% dos idosos sedentários. O estudo mostrou forte associação da autoavaliação da saúde com o sedentarismo ($p = 0,0003$). Os idosos sedentários tendem a avaliar a saúde como negativa. A provável explicação para o fato é a relação do sedentarismo com doenças crônicas como hipertensão e diabetes, sendo estes fatores determinantes para saúde.

Palavras-chave: Idoso, sedentarismo, autoavaliação da saúde.

ASSOCIATION BETWEEN SOLEMNITY-EVALUATION OF THE HEALTH AND SEDENTARISM IN A SENIOR POPULATION

ABSTRACT

Brazil Presents an accelerated aging process, with deep transformations in the age composition of its population. The population aging is one of the largest challenges of the contemporary public health. The present study intends to verify the relationship between the solemnity-evaluation of the health and the sedentarism in seniors. It took place a study traverse, descriptive and analytical with 225 senior. For the solemnity-evaluation of the health, they took a quastion back of *WHOQOL 100* (How do you evaluate your health condition?). In the analysis of the data, they put procedures of the descriptive statistics used (average, deviation-pattern) and the test Qui-square for the analysis of the association of the categorical variables with $p <0,05$. The data of the present study present a prevalence of 57.8% of senior evaluating health negatively and of the sedentarism of 64%. The study showed strong association of the solemnity-evaluation of the health with the sedentarism ($p = 0, 0003$). The sedentary seniors tend to evaluate the health as negative. The probable explanation for the fact is the relationship of the sedentarism with chronic diseases as hypertension and diabetes, being these decisive factors for health.

Keywords: Senior, sedentarism, solemnity-evaluation of the health.

INTRODUÇÃO

O Brasil Apresenta um acelerado processo de envelhecimento, com transformações profundas na composição etária de sua população. A radical transformação do padrão demográfico corresponde a uma das mais importantes modificações estruturais verificadas na Sociedade Brasileira, com reduções na taxa de crescimento populacional e alterações na estrutura etária. Tendo como referência a revisão das projeções da população brasileira até 2050, realizada pelo IBGE em 2008, observa-se que grupo etário de 60 anos ou mais, duplicará, em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, passará de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se, em 2050, para 64 milhões. Em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade), em cerca de 4

milhões, diferença essa que aumenta para 35,8 milhões, em 2050 (64,1milhões contra 28,3 milhões, respectivamente) (IBGE, 2009).

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Além das modificações populacionais, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infecto-contagiosas, que representavam 40% das mortes registradas no País em 1950, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40% (GORDILHO et al, 2000).

O sedentarismo é fator de risco para as doenças crônicas. O Brasil apresenta alta prevalência de sedentarismo, causando custos elevados, tanto diretos quanto indiretos, para o sistema de saúde e um impacto para saúde do indivíduo (MATSUDO et al., 2002). Segundo Freitas et al, (2009) A saúde é um fator determinante para manutenção da independência e autonomia da pessoa idosa, sendo componente para o aumento da qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. A obtenção do estado de completo bem-estar físico, mental e social depende de fatores que não estão somente ao alcance da medicina, mas sim da sociedade em geral. Deste modo, a saúde depende dos recursos alocados para a educação, da alimentação, da habitação, da infraestrutura sanitária, das condições de vida e de trabalho, da renda, do estilo de vida, do meio ambiente, do lazer. Por ser multidimensional e dinâmico, o estado de saúde não possui um conceito bem definido. (ALVES, 2004).

Palma (2001) faz uma abordagem em torno das várias descrições do conceito de saúde: a ausência de doenças, que permanece no senso comum da maioria das pessoas; o conceito da Organização Mundial de Saúde, que esbarra com a dificuldade de definir o que é ‘completo bem-estar’; a saúde como o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a terra e posse dela, acesso aos serviços de saúde, representando as formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida e a definição de saúde, segundo Canguilhem (1995), como sendo uma margem de tolerância às infidelidades do meio, podendo se caracterizar por ser a possibilidade de agir e reagir, de adoecer e de se recuperar. Em suas conclusões, Palma (2001) ressalta alguns pontos essenciais: primeiro, a ausência de doenças; segundo, o viés biológico na determinação destas doenças; terceiro o fato de que a doença pode ser evitada, principalmente pelo próprio indivíduo, acabando com a causa; e quarto, a falta de atenção ao contexto socioeconômico.

Há um número razoável e crescente de investigações que abordam as associações entre saúde e os determinantes demográficos, socioeconômicos, as doenças crônicas e a capacidade funcional entre as pessoas idosas nos países desenvolvidos. Uma das possibilidades de conduzir este tipo de estudo tem como base informações provenientes da percepção dos idosos em relação ao seu próprio estado de saúde (ALVES, 2004).

Segundo Hartmann (2008), a autoavaliação da saúde é um confiável preditor de incapacidade funcional e mortalidade em populações idosas. Esta reflete uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicossocial e social, e é um preditor da mortalidade melhor do que medidas objetivas da condição de saúde. A autoavaliação da saúde apesar de ser uma avaliação subjetiva, tem mostrado resultados semelhantes aos de avaliações objetivas de condições de saúde, tem sido amplamente utilizada em pesquisas com populações idosas. A autoavaliação é feita em resposta à questão "Como o Sr (a) avalia a sua saúde?".

Heistaro et al. (2001) estudou durante 23 anos um grupo de idosos para avaliar a relação entre autoavaliação da saúde e mortalidade. Encontrou que autoavaliação ruim é um forte preditor para mortalidade e a associação é só em parte explicada pela história médica, doença cardiovascular e educação. Porém, Spiers et al. (2003) em um estudo com idosos do Reino Unido também para avaliar a associação entre gênero, autoavaliação de saúde e mortalidade. Mais da metade daqueles que relataram alguma ameaça potencial à saúde disseram que sua saúde era boa.

Segundo Lima-Costa et. al (2004) há uma estrutura multidimensional da autoavaliação da saúde em idosos, compreendendo a situação socioeconômica, a rede social de apoio, as condições de saúde (destacando-se a saúde mental) e acesso e uso de serviços de saúde.

O objetivo do presente estudo foi verificar a associação da autoavaliação da saúde de idosos, quanto ás variáveis independentes idade, gênero, estado civil, sedentarismo e referência de presença ou ausência de diabetes e hipertensão.

MÉTODO

Amostra

Amostra foi selecionada no bairro Novo Horizonte, município de Ibirité, situado no Estado de Minas Gerais. Considerou-se o individuo idoso aquele com idade igual ou superior a 60 anos. Os indivíduos foram identificados excluindo os acamados e portadores de deficiência cognitiva. Foi realizado um sorteio selecionando os idosos para a entrevista.

O dimensionamento amostral foi calculado considerando alguns parâmetros: número total de 305 indivíduos maiores de 60 anos cadastrados pela equipe do programa saúde da família do bairro Novo Horizonte, nível de confiança de 5% e poder do teste 80%. O tamanho da amostra obtido foi n=194 indivíduos. Um aumento de 15% para eventuais perdas e recusas durante a pesquisa propriamente dita, chegou-se ao tamanho final de 225 indivíduos.

Procedimentos

Realizou-se um estudo transversal, descritivo e analítico.

As entrevistas aconteceram no período de maio a julho de 2009. Os idosos selecionados foram entrevistados em suas residências pelos pesquisadores, acompanhado do agente comunitário de saúde. Para avaliar a variável dependente "autoavaliação da saúde", retirou-se uma questão do *WHOQOL 100* "Como você avalia seu estado de saúde?".

As variáveis independentes, idade, gênero, estado civil, referência presença ou ausência de diabetes e hipertensão previamente diagnosticadas, foram coletadas em um formulário próprio. A versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física – (IPAQ) foi utilizada para identificar a presença ou não do sedentarismo. Um escore de atividade física em minutos por semana foi construído, considerando a semana habitual, somando-se os minutos despendidos em caminhada e atividades de intensidade moderada com os minutos despendidos em atividades de intensidade vigorosa. Um escore abaixo de 150 minutos por semana foi o ponto de corte para classificar os indivíduos como sedentários.

Todos os idosos participaram voluntariamente do estudo, foram informados do objetivo do estudo e, em seguida assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Vale do Rio Verde (UNINCOR).

Análise Estatística

Na análise dos dados, empregaram-se procedimentos da estatística descritiva (média, desvio-padrão) e o teste Qui-quadrado para a análise da associação das variáveis categóricas com $p<0,05$. Os dados foram tabulados através de ferramentas de informática e analisados pelo pacote estatístico Epi Info versão 3.5.1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 228 idosos, três questionários foram retirados por possuírem inconsistência dos dados representando uma perda de 1,3%. A amostra constou de 225 idosos com idade entre 60 e 100 anos, com média de 69,4 anos, desvio padrão de 7,7 anos e uma mediana de 68 anos. Os idosos possuem baixa renda e escolaridade, 106(47,1%) declararam o estado civil casado e somente 37(16,4%) residem sozinhos. Um total de 201(89,3%) idosos declararam idade entre 60 e 79 anos.

Os resultados mostraram uma prevalência de 57,8% dos idosos avaliando a saúde negativamente e 64% dos idosos sedentários.

A autoavaliação da saúde não apresentou associação significativa com idade, gênero, estado civil, porém obteve significância estatística com sedentarismo, presença de diagnóstico autorreferido de diabetes e hipertensão (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência da autoavaliação da saúde negativa associada às varáveis dependentes em 225 idosos.

	% saúde negativa	Valor* de *p*
Sedentarismo		
Presença (n=144)	67% (n=96)	0,0003
Ausência (n=81)	42% (n=34)	
Diagnóstico autorreferido Diabetes		
Presença (n=38)	74% (n=28)	0,03
Ausência (n=187)	55% (n=102)	
Diagnóstico autorreferido de Hipertensão		
Presença (n=177)	62% (n=110)	0,01
Ausência (n=48)	41% (n=20)	

* Valor do teste qui-quadrado (χ^2) com significância $p \leq 0,05$

A inatividade física foi reconhecida como um dos maiores problemas de saúde pública nos Estados Unidos (ROBERGS e ROBERTS 2002). Estima-se que mais de 60% das pessoas adultas não fazem exercícios, cerca de 33% da população está acima do peso ideal e que dois em cada cinco americanos morrem de doença cardiovascular (MATSUDO et al., 2002).

No presente estudo os 67% dos idosos sedentários apresentaram uma autoavaliação da saúde negativa. De acordo com Mello (2000), a falta de atividade física pode ter efeitos negativos sobre a vida do indivíduo provocando o aparecimento de problemas cardiovasculares, aumento da taxa de diabetes, hipertensão arterial, aparecimento de câncer de colo e de mama e excesso de peso corporal, entre tantos outros problemas.

Em contrapartida, no estudo de Rocha e Freire (2007) não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o nível de atividade física habitual e a autoavaliação da saúde negativa. Diferentemente de Baretta (2005), que encontrou resultados que demonstraram indivíduos com percepção negativa do seu estado de saúde e indivíduos sem energia para o dia a dia, com índices de inatividade física elevados, porém a amostra foi população adulta.

A falta de atividade física é um fator de risco para as doenças crônicas, as quais representam a causa de 60% das mortes em todo o mundo. Para 2020, a previsão é de que 73% das mortes sejam atribuídas a esses agravos (BRASIL 2002).

Pijls et al.(1993) argumentaram que a prevalência de doenças crônicas é um importante determinante da autoavaliação de saúde. Ferraro et al. (1997) observaram um declínio na autoavaliação da saúde entre os idosos que possuíam um maior número de condições crônicas.

Obtivemos em nosso estudo a autoavaliação da saúde negativa associada ao diagnostico autorreferido de Diabetes e Hipertensão nos idosos. Dados corroborados por Tribess (2006) em seu estudo a presença de doenças autorreferidas aumentava a proporção de idosas com a percepção subjetiva de saúde negativa. A pesquisa de Molarius e Janson (2002) analisou o impacto das doenças crônicas na autoavaliação da saúde. Os autores utilizaram dados de um questionário obtidos por meio de correspondência, de uma amostra representativa da população da Suécia em 2000. Os resultados indicaram que as doenças crônicas são fortemente relacionadas com uma pobre percepção de saúde entre os idosos

Já Cott et al. (1999) colocam que uma pesquisa de saúde realizada no Canadá, em 1990, mostrou que 79% dos indivíduos que reportaram a presença de doenças crônicas classificaram sua saúde como sendo boa ou excelente. Esta diferença demonstra as varias dimensões que saúde possui, dimensões que devem ser levadas em conta no momento da avaliação.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou uma relação significativa entre autoavaliação da saúde e a presença do sedentarismo. Conclui-se que indivíduos idosos sedentários possuem uma maior chance de perceberem negativamente sua saúde. Uma possível explicação para o fato é a relação do sedentarismo com doenças crônicas como hipertensão e diabetes, sendo estes fatores determinantes para saúde.

Os dados do estudo apontam para a necessidade de política pública voltada para promoção da atividade física em idosos.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C. **Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**. Dissertação de mestrado, UFMG: Belo Horizonte, 2004.

BARETTA, E. **Nível de atividade física e fatores associados em indivíduos adultos de um município de pequeno porte do Sul do Brasil:** Um estudo de Base populacional**.** Dissertação de mestrado, Universidade do Oeste de Santa Catarina: Joaçaba (SC), 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agita Brasil: guia para agentes multiplicadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

COTT, C. A.; GIGNAC, M. A. M.; BADLEY, E. M. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. **Journal of Epidemiology and Community Health**, vol.53, n.11, p.731-736, Nov. 1999.

FERRARO, K. F.; FARMER M. M.; WYBRANIEC J. A. Health trajectories: long-term dynamics among black and white adults. **Journal of Health and Social Behavior**, vol.38, n.1, p.38-54, Mar. 1997.

FREITAS, V. L.; NASCIMENTO, H. J. P.; BORGES, M. J. Autoavaliação da saúde e sobrepeso em idosos no Município de Ibirité-MG. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, vol.8, n.5, 2009.

GORDILHO, A.; SÉRGIO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na tenção integral do idoso*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, **Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI)**, 2000. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati1.pdf >. com Acesso em: 31 jan. 2010.

HARTMAN, A. C. V. C. **Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre.** Dissertação de doutorado, PUCRS: Porto Alegre, 2008.

HEISTARO, S.; JOUSILAHTI, P.; LAHELMA, E.; VARTIAINEN, E.; PUSKA P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. **Journal of Epidemiol Community Health.** Vol.55, n.4, p.227-232, Apr. 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009.** Rio de Janeiro; IBGE; 2009. 154 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, 25). r 318.1 24 n.25, ISBN 978-85-240-4083-2.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, O. A estrutura da auto avaliação da saúde em idosos: projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. Vol.38, n.6, p.827-834, 2004.

MATSUDO, S. M.M.; MATSUDO, V. R.; ARAUJO, T.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento.** Vol.10, p.41-50, 2002.

MELLO, A. L. S. F. **Cuidado odontológico provido a pessoas idosas residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre-RS: a retórica, a prática e os resultados**, Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre (RS), 2001.

MOLARIUS, A.; JANSON, S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. **Journal of Clinical Epidemiology**, vol.55, n.4, p.364-370, Apr. 2002.

PALMA, A. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros modos de olhar. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte,** vol.22, p.23-39, 2001.

PIJLS, L. T. J.; FESKENS, E. J. M.; KROMHOUT, D. Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men: the Zutphen study, 1985-1990. **American Journal of Epidemiology**, vol.138, n.10, p.840-848, Nov. 1993.

ROBERGS, R. A.; ROBERTS, S. **O. Princípios fundamentais de fisiologia do exercício: para aptidão, desempenho e saúde.** São Paulo: Phorte, 2002.

ROCHA, S. V.; FREIRE, M. O. Nível de atividade física habitual e autopercepção do estado de saúde em idosas no município de Jequié – Bahia. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Vol.20, n. 3, p.161-167, 2007.

SPIERS, N.; JAGGER, C.; CLARKE, M.; ARTHUR, A. Are gender differences in the relationship between self-rated health and mortality enduring? Results from three birth cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. **Gerontologist.** vol.43, p.406-411, 2003.

WHOQOL, the Group.The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. Sociology Science Medicine.** 23:24-56; 1995.

TRIBESS, S. **Percepção da Imagem Corporal e Fatores Relacionados à Saúde em Idosas**. Dissertação, UFSC, 2006.

[1] Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH

[2] Universidade Vale do Rio verde - UNINCOR

Rua Célio de Castro 600/1104 - Floresta
Belo Horizonte/MG