



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A atividade física na Atenção Primária em Saúde como estratégia de promoção da saúde dos idosos”

por

Alexandre José de Farias

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Luciana Correia Alves
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Valeria Teresa Saraiva Lino*

Rio de Janeiro, novembro de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F224 Farias, Alexandre José de
A atividade física na atenção primária em saúde como
estratégia de promoção da saúde dos idosos. / Alexandre José
de Farias -- 2013.

81 f. : tab.

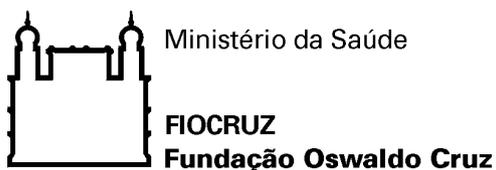
Orientador: Alves, Luciana Correia

Lino, Valéria Teresa Saraiva

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Atividade Motora. 2. Autoimagem. 3. Doença Crônica.
4. Envelhecimento. 5. Saúde do Idoso. 6. Promoção da
Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 613.7



Esta dissertação, intitulada

“A atividade física na Atenção Primária em Saúde como estratégia de promoção da saúde dos idosos”

apresentada por

Alexandre José de Farias

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Carlos Augusto Ferreira de Andrade

Prof. Dr. Luiz Antonio Bastos Camacho

Prof.^a Dr.^a Luciana Correia Alves – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 19 de novembro de 2013.

À minha esposa Adriana e a minha
filha Beatriz, esteios de meus
sonhos e aspirações, fontes
inesgotáveis de amor e
compreensão, sem as quais nada
teria realmente valido a pena.

AGRADECIMENTOS

Ao corpo docente do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária, à minha orientadora, Professora Doutora Luciana Correia Alves, à minha co-orientadora, Professora Doutora Valéria Teresa Saraiva Lino, pela generosidade em compartilharem saberes e experiências.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para o êxito dessa cruzada.

A Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

“Você não para de se exercitar
porque fica velho... você fica
velho porque para de se exercitar”
Barbanti

RESUMO

Introdução: As projeções apontam que, em 2025, o Brasil pode chegar a ter 32 milhões de pessoas com 60 anos e mais. Ao longo das últimas cinco décadas, estudos clínicos e epidemiológicos têm evidenciado os benefícios proporcionados à saúde pela prática regular de atividade física, bem como consolidado o reconhecimento de que o sedentarismo é, antes de tudo, um grave problema de saúde pública, com repercussões adversas sobre todas as etapas do ciclo de vida do indivíduo. Embora o engajamento em um programa regular de atividade física seja, essencialmente, uma decisão individual, tem sido reconhecido que a quebra das barreiras de acesso a esses programas é uma responsabilidade social, bem como a derrubada de mitos, como a suposição de que apenas a atividade física intensa produz benefícios à saúde, ou ainda, que a mera execução das atividades da vida diária é suficiente para proporcionar tais benefícios. **Objetivo:** Analisar a influência da frequência/nível da prática de atividade física regular sobre a autopercepção de saúde dos idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família, na Clínica da Família Victor Valla, do Complexo de Manguinhos, região metropolitana do Rio de Janeiro, no ano de 2013. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 124 idosos no período entre janeiro a junho de 2013. Para estimar a associação entre frequência/nível de atividade física e a autopercepção de saúde, controlando por fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde, estilo de vida e relações sociais foi realizado uma análise de regressão logística binária múltipla. **Resultados:** Da amostra considerada, os idosos eram em sua maioria mulheres, com baixo nível de renda e de escolaridade. Apresentam elevada prevalência de doenças crônicas, com destaque para hipertensão arterial, artrite/artrose/reumatismo, doenças do coração e diabetes. Outras características observadas entre os idosos foram: autopercepção favorável de seus estados de saúde, baixa prevalência de tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas, além de presença de consumo de frutas e vegetais. Por outro lado, a prevalência de sedentarismo entre os idosos antes do Projeto "Academia da Saúde", era de cerca de 90%, percentual que se reduziu para 46,0%. No tocante aos modelos de regressão logística binária múltipla aplicados ao presente estudo, a atividade física e a capacidade funcional se apresentaram como fatores associados a uma percepção de saúde ruim ($p < 0,05$). **Conclusão:** O presente estudo destaca a positividade da atividade física supervisionada pela Atenção Primária em Saúde para a autopercepção de saúde dos idosos. O nível de atividade física mostra-se como o fator mais fortemente relacionado com uma autopercepção positiva de saúde. Ser inativo aumenta em muitas vezes a chance dos idosos perceberem a sua saúde como ruim (OR=66,66) em comparação aos ativos. Suporta-se a justificativa para a elaboração de políticas de saúde pública que incentivem a atividade física incentivada e supervisionada pelo nível primário/atenção básica em saúde.

Palavras-chave: Atividade física, autopercepção de saúde, doenças crônicas não-transmissíveis, envelhecimento saudável.

ABSTRACT

Background: The projections indicate that in 2025, Brazil can grow to be 32 million people aged 60 and more. Over the past five decades, clinical and epidemiological studies have shown the benefits of health by practicing regular physical activity, and consolidated the recognition that physical inactivity is, above all, a serious public health problem, with adverse repercussions on all stages of the life cycle of the individual. While engaging in a regular program of physical activity is essentially an individual decision, it has been recognized that breaks the barriers of access to such programs is a social responsibility as well as the overthrow of myths, such as the assumption that only intense physical activity produces health benefits, or that the mere execution of daily activities is sufficient to provide such benefits. **Objective:** To analyze the influence of frequency/level of regular physical activity on self-rated health of elderly ascribed to the Family Health Strategy, the Family Clinic Victor Valla, Complex Manguinhos, the metropolitan area of Rio de Janeiro, in year 2013. **Material and Methods:** We conducted a cross-sectional study of 124 elderly in the period January to June 2013. To estimate the association between frequency / level of physical activity and self-rated health, controlling for demographic, socioeconomic, health, lifestyle and social relations was carried out an analysis of multiple binary logistic regression. **Results:** For the sample considered, the elderly were mostly women with low income and education. Show a high prevalence of chronic diseases, especially hypertension, arthritis / osteoarthritis / rheumatism, heart disease and diabetes. Other characteristics were observed among the elderly: a favorable perception of their health status, low prevalence of smoking and regular consumption of alcoholic beverages, in addition to the presence of intake of fruits and vegetables. On the other hand, the prevalence of physical inactivity among the elderly before the project "Health Academy", was about 90%, that percentage dropped to 46.0%. Regarding the models of multiple binary logistic regression applied to this study, physical activity and functional capacity were factors associated with a perception of poor health ($p < .05$). **Conclusion:** This study highlights the positivity of the physical activity supervised by Primary Health Care for self-rated health among the elderly. The level of physical activity is shown to be the factor most strongly associated with a positive self-rated health. Being inactive increases several times the chance of the elderly perceive their health as poor (OR = 66.66) compared to active. Support is the rationale for the development of public health policies that encourage physical activity encouraged and supervised by the primary level / primary health care.

Keywords: Physical activity, self-rated health, chronic non -communicable diseases, healthy aging.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3 JUSTIFICATIVA.....	26
4 OBJETIVOS.....	30
4.1 Objetivo Geral	30
4.2 Objetivos Específicos	30
5 MATERIAL E MÉTODOS	31
5.1 Fonte de dados	31
5.2 Campo de estudo, população e critérios de seleção.....	31
5.3 Variáveis selecionadas	33
5.4 Análise estatística	34
5.5 Aspectos Éticos.....	35
6 RESULTADOS.....	37
6.1 Características Descritivas da Amostra	37
6.1.1 Características demográficas	37
6.1.2 Características socioeconômicas	37
6.1.3 Características relativas ao estado de saúde	38
6.1.4 Características relativas ao estilo de vida.....	45
6.1.5 Características relativas às relações sociais.....	45
6.2 Nível de atividade física a autopercepção de saúde.....	46
7 DISCUSSÃO.....	53
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXO I.....	69
ANEXO II	77

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 - Distribuição relativa (%) das características demográficas dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013	37
TABELA 2 - Distribuição relativa (%) das características socioeconômicas dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013	38
TABELA 3- Distribuição relativa (%) das características de saúde dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013	40
TABELA 4 - Distribuição relativa (%) das dificuldades na mobilidade dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013	42
TABELA 5 - Distribuição relativa (%) das dificuldades nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013.....	44
TABELA 6 - Distribuição relativa (%) das características de estilo de vida dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013	45
TABELA 7 - Distribuição relativa (%) das características de relações sociais dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013	46
TABELA 8 – Características demográficas, socioeconômicas, de saúde, estilo de vida e de relações sociais segundo a autopercepção de saúde de idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013	48
TABELA 9 – Razão de chances (OR) bruta e ajustada dos modelos logísticos binários para autopercepção ruim de saúde em idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013.....	50
TABELA 10 – Razão de chances (OR) do modelo logístico binário final para autopercepção ruim de saúde em idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária.

APS – Atenção Primária em Saúde.

DCNT – Doença Crônica Não-Transmissível.

DIP – Doença Infecto-Parasitária.

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IMC – Índice de Massa Corporal.

MEV – Modificação do Estilo de Vida.

MS – Ministério da Saúde.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

OR – *odds ratio; em português, razões de chance.*

SIAB – *Sistema de Informação da Atenção Básica.*

SM – Salário Mínimo.

SUS – Sistema Único de Saúde.

WHO – World Health Organization

1 INTRODUÇÃO

O acelerado envelhecimento da população brasileira determina um amplo espectro de demandas, cujas respostas apresentam-se como desafios que reclamam soluções inovadoras (Veras, 2009). Estima-se que em 2025 o país seja o sexto com o maior número de idosos. Em quarenta anos espera-se que o grupo de 60 anos e mais represente um número superior aos jovens menores de quinze anos (BRASIL, 2006). Com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade maior ou igual 60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira. O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010). As projeções apontam que, em 2025, o Brasil pode chegar a ter 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,6%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,7% da população total (BRASIL, 2013).

Segundo o IBGE, a expectativa de vida no país aumentou cerca de três anos entre 1999 e 2009, alcançando os 73,1 anos ao final do referido período. No período avaliado (1999 - 2009), a expectativa de vida feminina passou de 73,9 anos para 77 anos. Por sua vez, a expectativa de vida masculina passou de 66,3 anos para 69,4 anos (BRASIL, 2013).

Paralelamente às mudanças demográficas ocorre uma significativa mudança no perfil epidemiológico do país. Desde a década de 1980, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passaram a liderar as causas de óbito no Brasil, ultrapassando as taxas de mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) (CHAIMOWICZ, 1997; LEBRÃO, 2007). A prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento endêmico dessas doenças, um fenômeno de impacto adverso não apenas

sobre a qualidade de vida dos indivíduos acometidos e de seu círculo social mais próximo, mas, igualmente, sobre todo o tecido social, comprometendo sua sustentabilidade, principalmente a longo prazo (LEBRÃO, 2007; BRASIL, 2011). As DCNT, caso não adequadamente prevenidas e gerenciadas, constituem uma grave ameaça à operacionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que essas doenças são protagonistas em termos de demanda por ações, procedimentos e serviços de saúde, os assim denominados custos diretos que, em 2002, consumiram cerca de 11 bilhões de Reais. Além desses, há ainda os custos indiretos, cuja mensuração é bem mais complexa, e que envolvem, por exemplo, o absenteísmo, aposentadorias precoces e perda de produtividade (BRASIL, 2005).

Segundo Lino (2011, p.9)

É sabido que os idosos apresentam um número maior de doenças, consomem mais serviços de saúde e têm taxas de internação e de ocupação de leito hospitalar bem mais elevadas do que qualquer outro grupo etário. O crescimento da população idosa e suas consequências com os gastos previdenciários e em saúde tem sido objeto de estudos no âmbito mundial, havendo consenso na produção técnico-científica atual de que melhorar a saúde da população não é tão dispendioso quanto alguns setores da sociedade acreditam. Na verdade, garantir a qualidade de vida é investir no desenvolvimento do país e, fazê-lo por intermédio de políticas públicas integradas, é custo-efetivo, justificando os gastos.

Em artigo há pouco publicado, Malta & Silva Jr. (2013) consolidaram ampla revisão de literatura por meio de pesquisa bibliográfica e documental. O objetivo dos autores foi apresentar e comparar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil com as metas globais definidas para o enfrentamento dessas doenças até 2025. As evidências assim coligidas demonstraram, de forma inequívoca, que o enfrentamento das DCNT demandará articulações com políticas públicas de saúde de outros setores como Educação, Agricultura, Esporte, Transportes, Comunicação, Planejamento urbano, Meio ambiente, Trabalho e emprego, Indústria e comércio, Finanças e Assistência social, entre outros. Nesse sentido, o conjunto de 25 indicadores propostos pela OMS potencializará a condução de avaliações internacionais

comparáveis sobre as tendências de doenças não transmissíveis ao longo do tempo, efetivamente auxiliando os países no desenho de políticas nacionais. Cabe ainda discutir, entretanto, como se dará a cooperação internacional, no apoio aos países que não dispõem de sistemas de monitoramento, conquista já alcançada pelo Brasil.

Ainda que o processo de envelhecimento não esteja relacionado a doenças e incapacidade, não é incomum que o idoso conviva com uma ou mais DCNT, um importante fator de redução de sua capacidade funcional, o que, por sua vez, concorre para a diminuição da qualidade de vida e do bem-estar desse indivíduo, mais vulnerável e dependente de uma rede de apoio nem sempre acessível (ALVES et al., 2007).

Ao longo das últimas cinco décadas, estudos clínicos e epidemiológicos têm proporcionado evidências consistentes acerca dos benefícios proporcionados à saúde pela prática regular de atividade física, bem como consolidado o reconhecimento de que o sedentarismo é, antes de tudo, um grave problema de saúde pública, com repercussões adversas sobre todas as etapas do ciclo de vida do indivíduo. Nesse sentido, múltiplos esforços têm sido envidados por diferentes organismos voltados à promoção da saúde, de forma a estabelecer recomendações mínimas para o efetivo alcance desses potenciais benefícios (HASKELL et al., 2009; MENDES et al., 2011).

Recentemente, a OMS publicou suas recomendações globais, ratificando documentos anteriores e estabelecendo como parâmetro mínimo a prática de pelo menos 150 minutos de atividade física/semana, de forma regular, em cinco períodos de 30 minutos por dia, ou acumulada, em diferentes arranjos de dois ou três dias de atividade moderada, de modo a obter os benefícios desejados à saúde e a prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, com a redução do risco de eventos cardiocirculatórios, como infarto e acidente vascular cerebral (WHO, 2010).

Embora o engajamento em um programa regular de atividade física seja

essencialmente, uma decisão individual, tem sido reconhecido que a quebra das barreiras de acesso a esses programas é uma responsabilidade social, bem como a derrubada de mitos, como a suposição de que apenas a atividade física intensa produz benefícios à saúde, ou ainda, que a mera execução das atividades da vida diária é suficiente para proporcionar tais benefícios. A esse propósito, tem sido reiteradamente enfatizado o papel de vários profissionais, não necessariamente da área de saúde, mas também destes, no sentido de construir uma nova percepção de valor acerca da prática regular da atividade física em todas as faixas etárias (HASKELL et al., 2009).

No âmbito da sociedade brasileira, a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (Brasil, 2006) reflete não apenas a ampliação do conceito de saúde propriamente dito, como, igualmente, a valorização da perspectiva epidemiológica, essencial ao processo de institucionalização ora ratificado, em que a promoção da saúde se consolida como prioritária no amálgama dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, e conforme ali disposto, a promoção da saúde passa a ser apreendida enquanto estratégia de articulação transversal em que se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco, contexto no qual a indução da atividade física é apontada como uma macro prioridade, considerando-se que o sedentarismo tem sido amplamente reconhecido como um fator de risco modificável no amplo e complexo espectro de fatores que interagem na ocorrência das DCNT (BRASIL, 2005. BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Depreende-se, por conseguinte, que a indução da atividade física como estratégia de promoção da saúde tem por base o seu impacto positivo sobre as diversas esferas subjacentes à condição o de ser saudável. O exercício físico determina variados efeitos fisiológicos sobre o organismo, em uma cascata de eventos que tem início após o término da atividade. Dessa forma, tais efeitos podem ser classificados como agudos ou crônicos. Os de natureza aguda, por sua vez, podem ser imediatos, mediatos ou tardios. Também conhecidos como adaptações

fisiológicas, os efeitos crônicos estão associados a maiores benefícios para a saúde, donde a extrema importância de que se revestem a regularidade e a duração mínima da atividade física praticada (BRUM et al., 2004).

Desde a infância e ao longo das demais etapas do desenvolvimento humano, a indução da atividade física em caráter regular proporciona benefícios que transcendem a melhoria global do desempenho orgânico (BRASIL, 2006; BERRYMAN, 2010). Nesse sentido, estudos têm demonstrado, em especial com relação às atividades físicas desenvolvidas em grupos, benefícios de natureza psicossocial como, por exemplo, redução da ociosidade, melhoria dos padrões de sociabilidade, melhoria do desempenho cognitivo, ou ainda, incremento na autopercepção de saúde. No contexto específico da promoção do envelhecimento saudável (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011), programas de indução de atividade física regular em populações de idosos têm demonstrado gama expressiva de impactos favoráveis, com evidente repercussão sobre a qualidade de vida desses indivíduos, notadamente por meio da promoção da autonomia e incremento da capacidade funcional.

A autopercepção de saúde, há pouco referida, é um dos indicadores que podem ser empregados na avaliação do estado de saúde, uma tarefa notadamente complexa, em grande parte devido à própria complexidade inerente ao conceito de saúde. (BAILIS, 2003; SEGAL & CHIPPERFIELD, 2003; BABONES, 2009). Como sintetizado por Alves e Rodrigues (2005), a autopercepção de saúde engloba aspectos da saúde física, cognitiva e emocional, associando-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde, com emprego cada vez mais disseminado em estudos epidemiológicos.

O presente estudo visa responder à seguinte pergunta: Qual o efeito da atividade física coletiva, realizada na atenção primária em saúde, na autopercepção de saúde dos idosos?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir de 1988 elaboraram-se políticas que promovem a atenção à saúde dos idosos: o Sistema Único de Saúde (SUS), o Estatuto do Idoso, os Pactos pela Vida e pela Saúde e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). O Conselho Nacional, assim como os Estaduais e Municipais atuam na busca e consolidação das melhorias. Devido à alta prevalência das DCNT na Terceira Idade, torna-se fundamental implementar medidas preventivas sólidas, principalmente no tocante à Modificação do Estilo de Vida (MEV), como por exemplo a prática de atividades físicas regulares (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde define que a Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser a principal responsável pelas orientações gerais relacionadas aos exercícios físicos da pessoa idosa, assim como a Política Nacional de Promoção da Saúde incentiva as práticas corporais e as atividades físicas. O sedentarismo é um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento e a descompensação das DCNT. A vida moderna incentiva a inatividade, estimulando a utilização da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias. “É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de estilos de vida saudáveis é encarada pelo sistema de saúde como uma ação estratégica” (BRASIL, 2007).

Os benefícios biológicos, psicológicos e sociais oriundos da atividade física se comprovam pelos seguintes achados: melhor desempenho nas atividades funcionais com diminuição das perdas, preservação da independência com um menor número de quedas, redução na morbimortalidade por doenças cardiovasculares, controle mais efetivo da pressão arterial, glicemia e colesterol, prevenção da osteoporose, adequação do peso corporal, função intestinal e qualidade do sono (BAUMAN, 2004; PENEDO & DAHN, 2005; WARBURTON,

NICOL & BREDIN, 2006). Destaque especial deve ser dado à ampliação do contato social (Penedo & Dahn, 2005), fator primordial para a perfeita adesão dos idosos aos grupos de atividades físicas.

Em trabalho mais recente, Kruk (2007) revisou estudos clínicos e epidemiológicos publicados no período de janeiro de 2004 a março de 2007, com o objetivo de coligir evidências atualizadas acerca do impacto da atividade física sobre a ocorrência das principais DCNT. Os achados da revisão procedida por essa autora confirmaram os de revisões prévias, ratificando o papel de extrema relevância desempenhado pela atividade física como estratégia de prevenção e controle das DCNT. As evidências mais significativas foram estabelecidas para três DCNT de elevada prevalência: câncer colorretal, câncer de mama e doenças cardiovasculares. Os percentuais mais elevados de redução de risco foram, respectivamente, 75% para câncer de mama, 49% para doenças cardiovasculares, 35% para diabetes e 22% para câncer colorretal. O aumento da atividade física também se mostrou efetivo na prevenção do ganho ponderal associado ao envelhecimento, em uma proporção pelo menos duas vezes maior em indivíduos ativos quando comparados aos sedentários. Evidências menos significativas de benefícios da atividade física regular também foram identificadas em relação às sequelas de quedas, depressão e estresse emocional.

Segundo Freitas et al. (2010), desenvolver programas voltados à promoção da saúde e das necessidades dos idosos fará jus a uma população que tem motivos suficientes para sair do atual sedentarismo.

Nesse cenário atual, em que se verifica uma autêntica reengenharia de prioridades, como se pode naturalmente aventar, não emergiu aleatoriamente. Assim, de forma a proporcionar um aporte teórico mais consistente do objeto de estudo, cumpre contemplar, ainda que sem a pretensão de esgotar o tema, o conceito de saúde na contemporaneidade. Nesse recorte temporal em que o fenômeno do envelhecimento populacional desempenha

papel inédito, muitas são as evidências que apontam para o fato de que o envelhecimento saudável é uma meta a ser perseguida ao longo de toda a existência e não apenas em um período limitado e específico (BRASIL, 2005; TEIXEIRA & OLIVEIRA, 2008; BRASIL, 2011; GEIB, 2012).

Como destacado por Scliar (2007), “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural”. Desde 1948, quando a então recém-criada Organização das Nações Unidas (ONU) declarou, em sua carta de princípios, o que é considerado, até hoje, o primeiro enunciado formal do conceito de saúde, uma longa trajetória de transformações sociais, políticas, econômicas e culturais teve lugar, exigindo que novas dimensões fossem incorporadas ao conceito, a propósito do que Arreaza (2012) observa a emergência de um “compromisso na estruturação de um novo paradigma para o campo da saúde pública como uma prática social transformadora”.

Almeida Filho & Andrade (2003) sintetizaram essa nova perspectiva de apreensão do conceito de saúde por meio do neologismo “holopatogênese”, reiterando o caráter holístico que lhe seria peculiar. Esse paradigma reconhece a possibilidade de existência de indivíduos ativos e percebidos como sadios, ainda que portadores de doenças ou agravos. Em contraponto, também reconhece a existência de indivíduos com sérias limitações, mas sem qualquer evidência clínica de doença. Em outras palavras, ainda segundo os mesmos autores, além da estrita presença ou ausência de patologias, devem ser igualmente considerados os desdobramentos presentes sobre a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos.

De acordo com Arreaza (2012, p. 1003),

A saúde não é o oposto lógico da doença e por isso não pode de modo algum ser definida como ausência dela e, se para cada doença ocorre um modo peculiar de adoecer há infinitos modos de vida com saúde tantos quantos seres sadios. Enfim, operando no sentido do devir, tal dinâmica emerge que a saúde-doença é desde sempre uma instância de significação para os sujeitos e não apenas um fenômeno natural, uma expressão dos modos de vida com saúde que surge a partir dos processos sociais e biopsíquicos.

Nessa ambiência dialética, a saúde configura-se como um processo essencialmente dinâmico e “desdobra-se em normalidades mentais, corporais e sociais”. Não envolve completo estado de bem-estar, uma construção utópica e até por isso mesmo sem valor na definição de estratégias e táticas voltadas à sua promoção, antes referindo-se a uma “quantidade moderada de sofrimento e limitações com vivências de bem-estar, sendo tanto objeto de desejo como uma concretude da vida social” (ARREAZA, 2012, p. 1003).

De acordo com o entendimento proposto por Caponi (2003), ao qual se alinha Arreaza (2012), é o indivíduo, no amálgama de suas experiências diárias de vida, quem percebe suas limitações no contínuo enfrentamento das demandas que lhe são impostas pelo meio em que vive. Por conseguinte, as fronteiras entre saúde e doença já não mais se restringem a uma percepção dicotômica, passando a se traduzir por meio de variados modos no bojo das relações sociais.

Essa percepção mediadora é crucial para a compreensão de que o idoso pode ser um indivíduo saudável, pelo que se reveste de particular importância compreendê-la em sua integralidade, contexto no qual as palavras de Arreaza (2012) se revelam particularmente elucidativas:

A saúde como fenômeno da existência humana implica em poder desobedecer, produzir e acompanhar uma transformação, podendo significar até um desvio das normas sociais em face às expectativas dos outros membros de uma dada coletividade. Já a doença é a perda da capacidade normativa como a impossibilidade momentânea de mudanças, e as experiências vivenciadas na doença podem permitir ao sujeito a instituição de novas normas mesmo que se restrinjam à sua corporeidade biopsíquica. Além disso, a questão social da saúde, frente ao bem estar comum e à qualidade de vida, deve ser pensada em termos de aquisições positivas de meios para enfrentamento de infortúnios e privações do meio social pelos sujeitos da vida coletiva, em que a conquista e a ampliação de bens destinados a promover uma boa qualidade de vida do ponto de vista biopsicossocial, é uma tarefa ao mesmo tempo individual e coletiva na reorientação das políticas públicas tanto de promoção quanto de prevenção e assistência. Nesse sentido, entende-se a promoção da saúde como um processo de constituição de sujeitos e comunidades saudáveis para monitorar os determinantes de saúde incrementando os modos de andar a vida e modificando ou protegendo os meios da vida social, com o objetivo de melhorar as condições de vida e saúde para que sejam mais dignas e equânimes. Sendo uma estratégia de mediação entre os sujeitos e o meio social combinando liberdade de escolha com responsabilidade social pela saúde, supõe uma efetiva participação da coletividade desde a sua formulação até sua implementação (ARREAZA, 2012, p.

1003).

Como se pode perceber, a autonomia, em todos os desdobramentos, emerge como pedra angular das estratégias de promoção de saúde. Em outras palavras, o ser saudável é, em essência, um ser autônomo, capaz de fazer frente às demandas que lhe são apresentadas pelo meio em que se encontra inserido (FLEURY-TEIXEIRA, 2008; FONSECA et al., 2010; MENDES, 2011).

Segundo Fleury -Teixeira (2008, p. 2119)

Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar. [...]. A ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades; esse é [...]o cerne da proposição de *empowerment* individual e coletivo.

No contexto de uma população que envelhece aceleradamente, como é o caso da sociedade brasileira, a promoção da autonomia reveste-se de particular valor agregado, principalmente diante do fato de que entre os países emergentes esse envelhecimento não foi verificado em condições de sustentabilidade similares às aquelas observadas em países desenvolvidos (VERAS, 2009).

Esse aumento da expectativa de vida, por sua vez, deverá estar necessariamente associado ao aumento das possibilidades de bem-estar. Em outras palavras, não se trata apenas de viver por mais tempo, mas de viver melhor, assegurando que esse período da existência também possa ser vivenciado com qualidade significativa. Para tanto, emerge com inequívoca clareza a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas a atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2011).

Todo esse esforço, por sua vez, deverá ser subsidiado por dados e informações que permitam direcioná-lo de forma mais efetiva. Assim, conforme destacado por Fonseca et al.

(2010), desde a década de 1950, a pesquisa epidemiológica tem se ocupado notadamente dos determinantes e das consequências da autoavaliação de saúde em idosos, reconhecendo-a como um indicador de qualidade de vida, da morbidade e do declínio físico, além de considerá-la como um robusto preditor da mortalidade.

Em anos anteriores, Idler (2003) sugeriu que idosos do sexo masculino tenderiam a elaborar uma auto-avaliação mais fidedigna de seu estado de saúde, em comparação a mulheres idosas de mesma idade.

De acordo com Alves & Rodrigues (2005), a percepção sobre a própria saúde engloba aspectos físicos, cognitivos e emocionais. Além disso, é um poderoso indicador de mortalidade, ou seja, as pessoas que relatam a sua saúde como ruim apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas de morte em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde excelente.

Consoantes a essa perspectiva, Carvalho et al. (2012) conduziram estudo observacional, descritivo e transversal de dados secundários, com o objetivo de analisar a percepção do estado de saúde dos idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Foram utilizados dados da Pesquisa por Amostra de Domicílio (PAD/MG), realizada em 2009 pela Fundação João Pinheiro. Foi examinada e entrevistada amostra probabilística de 963 pessoas com idade igual ou maior a 60 anos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte. A variável dependente foi a autopercepção do estado de saúde e as variáveis independentes foram: presença de doenças que exigem acompanhamento constante, tabagismo, prática regular de atividade física, trabalho, recebimento de aposentadoria e escolaridade. Como ressaltado pelos autores, visto tratar-se de um estudo transversal, não é possível estabelecer uma relação causal entre as variáveis analisadas, mas reconhecer a existência de fatores que influenciam na percepção de saúde, onde a presença de doenças crônicas, baixa escolaridade e ser do sexo feminino relacionam-se com uma pior percepção. Por outro lado, pode-se

considerar a prática de atividade física e ocupação laboral fatores contribuintes para uma melhora da percepção de saúde.

Para Baron-Epel & Kaplan (2001), a autopercepção de saúde pelo idoso é um produto eminentemente subjetivo que resulta da interação de um variado arranjo de fatores determinantes, como, por exemplo, sexo, estado civil, suporte familiar, oportunidades de educação e emprego ao longo da vida, renda, agravos determinados por doenças crônico-degenerativas, estilo de vida e capacidade funcional.

Com o objetivo de reunir dados acerca da relação entre atividade física e autopercepção de saúde, Abu-Omar, Rüttin & Robine (2004) conduziram estudo que reuniu 15 países membros da União Européia. Participaram do estudo 16.230 pessoas, com idade igual ou superior a 15 anos, que classificaram sua atividade física em “pouco ativo”, “ativo” e “muito ativo”. Os autores observaram que a pouca atividade física estava associada a uma pior avaliação da própria saúde. Assim como o estudo demonstrou que o aumento do nível de atividade física se correlaciona à melhoria da autopercepção de saúde.

Em estudo de base populacional, Södergren et al. (2008) analisaram dados sobre saúde, condições e estilos de vida de uma amostra composta por 1876 mulheres e 1880 homens, com idades variando entre 25 e 64 anos. Os autores concluíram que “ser um indivíduo ativo” e “praticar exercícios físicos” são preditores de uma autopercepção de saúde positiva.

Em estudo de base populacional conduzido na cidade de Madrid (Espanha), Galán et al. (2010) analisaram dados relativos ao tipo e intensidade da atividade física e sua correlação com cinco níveis de autopercepção de saúde, variando entre “muito ruim” e “excelente”. Participaram do estudo 18.058 pessoas, com idade variando entre 18 e 64 anos. Os autores observaram a existência de uma correlação positiva e linear entre essas variáveis, o que os levou a concluir que quanto maior a intensidade da atividade física, melhor é a autopercepção

de saúde.

Segundo Pagotto (2011), "não praticar atividade física se apresentou como o mais importante fator associado à autoavaliação do estado de saúde ruim, confirmando achados de outros estudos".

Assim sendo, programas de atividades físicas para os idosos surgem como meio de promoção de saúde, pois, além de contribuir para a saúde desta população, possibilitam um melhor acesso aos serviços deste setor, à medida que a ESF os implementam. Conclui-se que a atividade física é um importante mecanismo de prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento, assim como a prevenção de doenças e seus agravos.

Neste cenário, é de suma importância que o poder público, por meio da ESF estimule e coordene a prática de atividades físicas regulares. Com base nas recomendações da OMS, o Ministério da Saúde tem procurado, por meio da atenção básica, incentivar a criação de políticas públicas para a promoção da atividade física e alimentação saudável nos municípios brasileiros, bem como programas de intervenção que instrumentalizem tais políticas. A esse propósito, Gomes, Almeida & Duarte (2011) descreveram o histórico e as ações promovidas pela Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física (LEPEAF) da Universidade do Estado da Bahia, nos seus 10 anos de existência. Nesse período, foram desenvolvidos oito projetos e dois programas, e hoje, em parceria com o Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde (NPAFS) da Prefeitura Municipal de Guanambi, atende de forma regular em 13 áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família, com impacto positivo sobre a redução dos níveis de sedentarismo e obesidade da população que, em 2007, alcançavam, respectivamente, os importantes patamares de 51,0% e 42,1%.

O Programa Academia da Saúde, criado pela Portaria número 719 de 07 de abril de 2011 (MS), tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de pólos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal

qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. Os pólos do Programa Academia da Saúde são espaços públicos construídos para o desenvolvimento de atividades como orientação para a prática de atividade física, promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato) e organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe de Atenção Primária em Saúde (APS) e usuários. As atividades são desenvolvidas por profissionais de saúde da atenção primária em saúde, especialmente dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), podendo ser agregados profissionais de outras áreas do setor público. Dentre os objetivos do Projeto Academia da Saúde pode-se destacar: ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; potencializar as ações nos âmbitos da APS, da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS); promover a integração multiprofissional na construção e execução das ações; promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; aumentar o nível de atividade física da população; estimular hábitos alimentares saudáveis; promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde e contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

Em 12 de setembro de 2011, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro inaugurou a primeira Academia da Saúde que funciona como uma academia escola e servirá de centro de treinamento e educação permanente para profissionais de saúde da rede.

Cabe pontuar, entretanto, que a consecução desses objetivos excede à oferta de meios e recursos para a realização das atividades propostas e se estende às estratégias que serão utilizadas para incentivar e manter a adesão do público-alvo. O modelo lógico do Programa Academia da Saúde aborda essa questão por meio do trabalho desenvolvido no âmbito da APS, não apenas no aspecto formal representado pela prescrição das atividades pelos profissionais de saúde, mas, também, por meios informais, como, por exemplo, pelo compartilhamento de experiências que ocorrem nas salas de espera das Unidades Básicas de Saúde, nas visitas domiciliares e em outros espaços de convivência social.

O tema do presente estudo insere-se na perspectiva de avaliar os efeitos da frequência/nível da prática de exercícios físicos na saúde dos idosos residentes em um bairro do município do Rio de Janeiro.

3 JUSTIFICATIVA

Desde a década de 1970 a ênfase curativa dá lugar à prevenção e a promoção da saúde. Desde então, a especialização cede lugar às práticas generalistas. Dentro deste novo contexto, fica estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), que a ESF é a porta de entrada preferencial do Cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF passa a ser o elemento fundamental para a promoção de saúde dos idosos, assim como a prevenção dos seus agravos, a elaboração dos diagnósticos, a sua reabilitação e o tratamento de suas doenças.

Em 2006, o Ministério da Saúde editou a Política Nacional de Atenção Básica, revisando as diretrizes e normas para a organização da ESF. Através de portaria específica, ampliou o escopo das ações da APS, colocando as unidades de Atenção Primária como portas de entrada preferenciais para o SUS e como estratégia de organização dos sistemas locais de saúde. Starfield definiu quatro atributos essenciais da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Dentre estes destaco o conceito da integralidade, que consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas que causam as doenças. Tais processos implicam na oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia dos diversos tipos de serviços.

O processo de transição demográfica e epidemiológica coloca-nos diante de uma importante modificação no perfil de saúde da população idosa, que passa a experimentar uma maior prevalência e incidência de doenças crônicas e suas complicações. Esta nova realidade em saúde pública repercute negativamente sobre o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos, assim como sobrecarrega o sistema de saúde.

Conseqüentemente, a promoção de estilos de vida mais saudáveis, com a participação

da APS/ESF e seus profissionais, pode representar um grande impacto na melhoria dos indicadores de saúde do idoso e nos custos relacionados à gestão dos serviços. Ações integradas que contemplem todas essas dimensões podem contribuir para o bem-estar do idoso e, por conseguinte para sua qualidade de vida.

A autopercepção da saúde é um dos indicadores recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para monitorar a saúde das populações e tem sido reiteradamente apontada como um indicador confiável e válido das condições reais e objetivas de saúde dos indivíduos, incorporando aspectos da saúde física, cognitiva e emocional.

Em estudos com populações de idosos, a autopercepção de saúde tem demonstrado ser um preditor independente de mortalidade, morbidade e declínio da capacidade funcional, propugnando a investigação de fatores capazes de determinar sua modulação.

Segundo Alves (2005),

Uma forma de conduzir esse tipo de estudo é o levantamento de informações sobre a percepção dos idosos em relação ao seu próprio estado de saúde. Embora a mensuração do estado de saúde seja bastante difícil, já que englobam diversos aspectos da vida do indivíduo, a autopercepção de saúde tem se mostrado um método confiável, e, recentemente, mais utilizado do que a observação direta para a análise desse aspecto.

De modo análogo ao observado em relação às demais faixas etárias, também entre os idosos a prática regular de atividade física moderada tem demonstrado ser capaz de agregar importantes benefícios à saúde. No contexto do envelhecimento bem-sucedido, entretanto, esses benefícios avultam de importância, notadamente por seu impacto em ganhos de capacidade funcional e autonomia, concorrendo diretamente para a maior qualidade de vida desse indivíduo. Além disso, e não com menor relevância, o envelhecimento bem-sucedido é, igualmente, uma conquista social que repercute, de forma cada vez mais eloquente, sobre a própria sustentabilidade do tecido social (WHO, 2010; BRASIL, 2011).

A prática regular de atividade física moderada entre idosos não deve apenas ser

estimulada, mas efetivamente prescrita, com recomendações que permitam ao idoso e seu círculo de convivência mais próximo a melhor compreensão dos benefícios proporcionados por essa estratégia de promoção de saúde. Essa prática, por sua vez, deverá não apenas ter a duração mínima de 150 minutos/semana, mas, igualmente, ser variada, proporcionando ganhos de massa muscular, força, resistência, flexibilidade e equilíbrio, mas também mantendo esse idoso motivado e engajado em ampliar ao máximo o seu programa de atividades. Nesse sentido, as práticas coletivas têm demonstrado melhores resultados, tanto no que se refere à adesão a médio e longo prazos, como, igualmente, um maior espectro de benefícios cognitivos, afetivos e psicossociais (PATERSON, JONES & RICE, 2007).

Contextualizando o território do estudo, faz-se saber que o bairro de Manguinhos está situado na zona norte do município do Rio de Janeiro, na Coordenação de Área de Planejamento 3.1 (CAP 3.1) da cidade, que compreende os bairros de Bonsucesso, Olaria e Ramos. Do ponto de vista topográfico, é cortado pela Estrada de Ferro da Leopoldina e dois importantes rios: o Jacaré e o Faria Timbó, além do Canal do Cunha. Há 13 comunidades construídas ao longo dos anos e a população estimada é de cerca de 38.000 habitantes (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB, 2011). A comunidade cresceu no entorno da FIOCRUZ, instituição que há mais de 100 anos está localizada no território, relacionando-se com seus moradores e ambiente.

Esta área era inicialmente configurada por fazendas produtoras de alimentos. A ocupação coletiva teve início nos primeiros anos do século XX, como ocorreu nos bairros que constituem os subúrbios cariocas, diante do crescimento da migração para a cidade. Apesar de caracteriza-ser como uma grande extensão de manguezal, e de apresentar originalmente uma pequena extensão passível de ocupação por moradias, constitui-se hoje como um espaço de grande densidade demográfica, com áreas de ocupação bastante precárias.

Depreende-se, por conseguinte, que se está diante de um território de grande

vulnerabilidade econômica e social, que em 2000, situava-se entre os cinco piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) comparado aos demais bairros da cidade - IDH de 0,726. Valor este, desfavorável em relação à média para cidade (0,842 em 2000) e inferior até aos valores da cidade do Rio de Janeiro no ano de 1991 (0.798), ou seja, mais de uma década de atraso no desenvolvimento humano. Não é diferente na análise dos componentes de IDH educação, renda e longevidade (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2009).

Assim, certamente não foi por acaso que Manguinhos foi prontamente reconhecido como território prioritário de intervenção pelo Programa de Aceleração do Crescimento- PAC e da iniciativa TEIAS (Território Integrado de Atenção à Saúde). Desde então, tem-se proporcionado modificações nas habitações, nas ruas, no acesso a serviços básicos e nos serviços de saúde. Essa escassez é histórica. Desde 1966, o único recurso de saúde em Manguinhos era uma unidade básica vinculada à ENSP (Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - CSEGSF), prestando atenção médica e multiprofissional, ações coletivas e serviços de apoio à população de Manguinhos. Em 2000, por convênio com a SMSDC do Rio e como primeiro movimento de mudança do modelo tradicional de atenção, instalam-se duas ESF, ampliando para oito em 2006. Estas equipes formaram a base do Território Integrado de Atenção à Saúde: o TEIAS Escola Manguinhos, um novo modelo de atenção e gestão na garantia do direito à saúde. Com a ampliação do Teias em 2010 e a articulação do PAC, conquistou-se também a instalação da Clínica da Família Victor Valla (CFVV). Nesta, a *posteriori*, em 12 de setembro de 2011 a SMSDC inaugurou a primeira Academia Carioca da Saúde que funciona como uma academia escola e como centro de treinamento e educação permanente para profissionais de saúde da rede. Esta será o campo desta pesquisa.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a influência da frequência/nível da prática de atividade física regular sobre a autopercepção de saúde dos idosos (sessenta anos de idade e mais) adscritos à Estratégia de Saúde da Família, na Clínica da Família Victor Valla, do Complexo de Manguinhos, região metropolitana do Rio de Janeiro, no ano de 2013.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever a amostra quanto às características demográficas, socioeconômicas, de condições de saúde, de estilo de vida e de relações sociais.
- Avaliar o efeito independente da frequência/nível da prática de atividade física coletiva na autopercepção de saúde dos idosos, controlando por fatores demográficos, socioeconômicos, de condições de saúde, de estilo de vida e de relações sociais.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Fonte de dados

Trata-se de um estudo transversal que tem por unidade de estudo o indivíduo idoso adscrito à Clínica da família Victor Valla, residente na comunidade de Manguinhos, RJ, que realiza ou não atividade física coletiva no Projeto Academia Carioca da Saúde, no ano de 2013.

5.2 Campo de estudo, população e critérios de seleção

No presente estudo foram incluídos todos os idosos voluntários com idade de 60 anos e mais, de ambos os sexos, que realizam atividade física na Academia Carioca da Saúde da CFVV, assim como os sedentários adscritos à esta Clínica da Família.

Foi estabelecido que seriam excluídos os idosos que não completavam na íntegra as suas atividades pré-estabelecidas, de acordo com a sua classificação, isto é, os indivíduos que interrompem os exercícios antes do tempo estabelecido pelo educador físico (setenta e cinco minutos de aparelhos/isométricos ou sessenta minutos de caminhada). Os idosos que participaram da amostra, e frequentavam a Academia da Saúde, cumpriam as orientações integralmente, logo nenhum indivíduo precisou ser excluído do estudo. Ressalta-se que inativo é aquele indivíduo adscrito à Clínica da Família Victor Valla mas não participa da atividade física da unidade.

As atividades físicas eram prescritas, orientadas e supervisionadas por um Educador Físico do NASF, com auxílio de um Técnico de Enfermagem, ambos da SMSDC/TEIAS–Manguinhos/CFVV. A Academia tem como público-alvo, a população adscrita às treze

equipes de saúde da família do território de Manguinhos.

A referida unidade desenvolve as atividades de caminhada, exercícios em aparelhos, dança, karatê e hidroginástica. Tem como objetivo oferecer exercícios aeróbicos, de flexibilidade, de equilíbrio e de força muscular. São oferecidas atividades cinco vezes por semana, de segunda à sexta-feira. As turmas são divididas em dois grupos: segundas e quartas-feiras, assim como terças e quintas-feiras. Nesses dias as atividades perduram por uma hora e quinze minutos (setenta e cinco minutos), com um rodízio semanal pelos exercícios. Às sextas-feiras todos realizam uma caminhada matinal de oito às nove horas, com uma hora (sessenta minutos) de duração.

Todos os idosos que aceitaram o convite de participação foram considerados voluntários e informados de que poderiam desistir de sua participação a qualquer momento, sem que isso resultasse em qualquer tipo de prejuízo para ele. Foi disponibilizado um endereço eletrônico e telefone para contato.

Os idosos foram convidados a responder um questionário semi-estruturado (ANEXO I) com perguntas relacionadas às características demográficas, socioeconômicas, de condições de saúde, de estilo de vida, de relações sociais, autopercepção de saúde e nível de atividade física. Esse questionário foi baseado no instrumento utilizado pelo Estudo SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento) no município de São Paulo em 2006. O Estudo SABE se caracterizava como um estudo epidemiológico longitudinal de base populacional domiciliar que objetivava investigar os diversos aspectos referentes à saúde da população idosa não institucionalizada, residente no município de São Paulo. O questionário do Estudo SABE foi elaborado por um comitê regional, composto por especialistas na área de geriatria e gerontologia. O instrumento era composto por onze seções que abrangiam vários aspectos da vida e saúde do idoso, tais como: dados pessoais, avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso e acesso aos serviços, rede de apoio familiar e social, história

laboral e fontes de ingresso, características da moradia, antropometria, flexibilidade e mobilidade.

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador no período entre janeiro a junho de 2013. A partir disso foi construído um banco de dados.

5.3 Variáveis selecionadas

A variável dependente foi a autopercepção do estado de saúde. O participante avaliou a sua própria saúde durante a entrevista, por meio da seguinte pergunta: “Você diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?” Neste estudo, a medida foi dicotomizada pela combinação das categorias excelente, muito boa e boa, para referir uma boa autopercepção de saúde, e em regular e ruim, para referir uma autopercepção de saúde ruim.

Foram coletadas informações sobre as variáveis demográficas (idade, sexo, estado conjugal, arranjo familiar), socioeconômicas (escolaridade, renda familiar, ocupação), de saúde (nível de atividade física, prevalência de doenças crônicas (doenças cardíacas, hipertensão, diabetes, artrite/reumatismo, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, depressão), capacidade funcional (atividades instrumentais de vida diária, mobilidade e atividades de vida diária), número de internações hospitalares nos últimos 12 meses, número de consultas médicas nos últimos 12 meses, episódios de quedas nos últimos 12 meses, uso de medicamentos), índice de massa corporal – IMC (de 0 a 22,99 kg/m²: baixo peso, 23 a 27,99 kg/m²: eutrófico, 28 a 29,99 kg/m²: sobrepeso, 30 ou mais kg/m²: obesidade), de estilo de vida (história de tabagismo, etilismo, consumo de frutas e vegetais) e de relações sociais (ir ao cinema/teatro/concertos, visitar amigos, visitar parentes, receber visitas, ir à igreja).

Para a avaliação do nível de atividade física, tomou-se como padrão a última Diretriz de Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010). Esta define que

“sedentarismo em idosos pode ser caracterizado por atividades com duração inferior a 150 minutos por semana”. Parte-se desta carga de exercício, ora tomada como referência, para classificar a população do estudo.

A variável frequência/nível de atividade física no estudo foi classificada em:

- 1) Os idosos inativos, pertencentes à CFVV.
- 2) Os idosos que praticavam apenas uma atividade física semanal, seja de segunda à quinta ou a caminhada de sexta-feira, totalizando 60 ou 75 minutos foram denominados minimamente-ativos.
- 3) Os idosos que frequentavam uma aula semanal e praticavam a caminhada, totalizando 135 minutos semanais foram denominados semi-ativos.
- 4) Os idosos que frequentavam duas aulas semanais e não praticavam a caminhada, totalizando 150 minutos semanais foram classificados como ativos.
- 5) Os idosos que frequentavam duas aulas semanais e praticavam a caminhada, totalizando 210 minutos semanais foram denominados super-ativos.
- 6) Os idosos que ultrapassavam a carga de 210 minutos semanais foram definidos como ultra-ativos.

5.4 Análise estatística

Foram calculadas estatísticas descritivas (média, mediana, desvio-padrão) e construído tabelas de frequência e gráficos para as variáveis pertencentes ao estudo, considerando a amostra total.

As variáveis controles foram escolhidas a partir do referencial teórico que aponta que essas variáveis podem influenciar a relação entre frequência/nível de atividade física e autopercepção de saúde. Inicialmente, foi realizado para cada variável pertencente ao estudo

(nível de atividade física, idade, sexo, renda, presença de hipertensão, diabetes, depressão, doença cardíaca, artrose/reumatismo/artrite , número de doenças crônicas, quedas nos últimos 12 meses, dificuldades em pelo menos 1 AIVD, dificuldades em pelo menos 1 mobilidade, internação nos últimos 12 meses, IMC, tabagismo, visita amigos, violência local) e autopercepção de saúde testes de qui-quadrado, considerando um nível de significância de 5%. As variáveis que apresentavam um número de caselas inferior a cinco no teste de qui-quadrado não entraram na análise de regressão logística binária simples.

Em seguida, foram calculados modelos de regressão logística binária simples entre cada variável e a autopercepção de saúde. As variáveis que se mostraram estatisticamente significativas ($p < 0,25$) na análise de regressão logística binária simples foram selecionadas para a análise múltipla.

Para estimar a associação entre a frequência/nível de atividade física e a autopercepção de saúde, controlando pelos fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde, estilo de vida e relações sociais foi realizado uma análise de regressão logística binária múltipla. As variáveis foram incluídas simultaneamente no modelo. Os resultados foram apresentados em termos de razões de chance (Odds Ratio), considerando intervalos de confiança de 95%.

O banco de dados foi construído por meio do Microsoft Office Access 2007 e as análises dos dados foram realizadas usando os procedimentos de pesquisa do *software* SPSS versão 18.0.

5.5 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Todos os participantes assinaram e ficaram com uma cópia do termo

de consentimento livre e esclarecido, no qual declararam que concordavam em participar voluntariamente da pesquisa e que receberam todos os esclarecimentos necessários (ANEXO II, processo número 11012912.3.0000.5240 da Plataforma Brasil). As entrevistas foram realizadas exclusivamente pelo autor, em ambiente fechado e com bom isolamento acústico. Esse material sempre esteve sob a guarda do pesquisador, sem que ninguém tivesse acesso ao mesmo.

6 RESULTADOS

6.1 Características descritivas da amostra

6.1.1 Características demográficas

Participaram do presente estudo 124 idosos, sendo 73,4% do sexo feminino. A idade variou entre 60 e 93 anos, com idades média e mediana de 68,4 anos e 66,0 anos, respectivamente (DP = 7,2 anos). Em sua maioria, os idosos moravam acompanhados (70,2%). No tocante à situação conjugal, 9,7% eram solteiros, 42,7% casados ou viviam em regime de união consensual, 14,5% separados ou divorciados e 33,1% viúvos (Tabela 1). Não

Tabela 1 - Distribuição relativa (%) das características demográficas dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013

Variáveis	n (124)	Distribuição Relativa (%)
Idade		
60-64	50	40,3
65-69	26	21,0
70-74	24	19,4
75-79	12	9,7
80 anos e mais	12	9,7
Sexo		
Masculino	33	26,6
Feminino	91	73,4
Arranjo Familiar		
Mora sozinho(a)	37	29,8
Mora acompanhado(a)	87	70,2
Estado Conjugal		
Solteiro(a)	12	9,7
Casado(a)	53	42,7
Separado/divorciado(a)	18	14,5
Viúvo(a)	41	33,1

Fonte: Elaboração própria.

6.1.2 Características socioeconômicas

A renda familiar variou de nenhuma a R\$6.000,00 (seis mil reais), com rendas média e mediana de R\$1.293,50 e R\$1.000,00, respectivamente (DP = R\$863,72). Quanto à

distribuição dos participantes de acordo com a renda em salários-mínimos (SM), percebe-se maior concentração na faixa menor que um SM. Cerca de 75% dos idosos apresentavam renda inferior à R\$1.750,00. A renda de até 3,99 SM totalizou um percentual acumulado de 93,5%. A maioria dos participantes não trabalhava no momento (83,1%). O nível de escolaridade mais frequente foi o ensino fundamental (82,3%), ainda que incompleto em alguns casos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição relativa (%) das características socioeconômicas dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013

Variáveis	n (124)	Distribuição Relativa (%)
Escolaridade		
Sem escolaridade	3	2,4
Ensino fundamental (completo ou incompleto)	102	82,3
Ensino médio (completo ou incompleto)	13	10,5
Graduação	6	4,8
Renda (SM)		
Menor que 1,00 SM	46	37,1
1,00 a 1,99 SM	43	34,7
2,00 a 3,99 SM	27	21,8
4,00 ou mais SM	8	6,5
Ocupação		
Trabalha	21	16,9
Não trabalha	103	83,1

Fonte: Elaboração própria.
SM=R\$678,00.

6.1.3 Características relativas ao estado de saúde

A Tabela 3 mostra as características do estado de saúde. Os idosos percebem seu estado de saúde de forma positiva em 55,6% dos casos, sendo que 11,3% o consideravam excelente ou muito bom. Uma boa autopercepção de saúde foi referida pela maioria dos entrevistados (44,4%). Auto-avaliaram a saúde como regular 27,4% e como ruim 16,9%.

A atividade física é parte regular do cotidiano de 52,4% dos idosos, que participavam assiduamente de pelo menos duas sessões semanais de 75 minutos. Baseado na referência de

150 minutos semanais de exercícios supervisionados pela APS, observa-se que 46% eram inativos, 1,6% minimamente ativos, 15,3% ativos e 37,1% super ativos (Tabela 3).

A maioria participava duas vezes por semana das aulas coletivas na Academia Manguinhos (52,4%). Um total de 38,7% participavam da caminhada coletiva realizada às sextas-feiras. Constata-se que 89,5% não praticavam atividades físicas antes da instalação da Academia Carioca da Saúde (Tabela 3).

O Índice de Massa Corporal (IMC) variou de 16,4 kg/m² a 47,3 kg/m², com índices médio e mediano, respectivamente, de 28,1 kg/m² (DP=5,2 kg/m²) e 27,5 kg/m². Aproximadamente 12,9% estavam abaixo do peso ideal, 41,9% se apresentavam eutróficos, 15,3% exibiam sobrepeso e 29,8% eram obesos (Tabela 3).

Quanto à presença de doenças crônicas, observa-se que 78,2% eram hipertensos, 57,3% portadores de algum tipo de artrite/reumatismo/artrose, 25,0% de diabetes, 16,1% sofriam de depressão, 12,9% possuíam algum problema cardíaco, 4,0% apresentavam doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 3,2% eram portadores de câncer e 2,4% apresentavam doença cerebrovascular. A maior parte dos idosos possuía pelo menos duas doenças crônicas (35,5%) (Tabela 3).

Em torno de 80,6% dos idosos não sofreram episódios de queda nos últimos doze meses e apenas 8,9% tiveram três quedas ou mais. Um total de 99,2% dos participantes compareceu à consulta médica nos últimos doze meses, em um número médio de quatro consultas por ano. Aproximadamente 97,6% dos idosos não sofreram internação nos últimos doze meses. No tocante ao padrão de consumo de medicamentos por parte dos idosos, nota-se que 46,0% fazem uso regular de dois ou três fármacos. No que diz respeito à capacidade funcional, constata-se que 67,7% têm dificuldade em pelo menos uma mobilidade e 39,5% têm dificuldade em pelo menos uma AIVD (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição relativa (%) das características de saúde dos idosos adscritos à

Clínica da Família Victor Valla, Mangunhos, Rio de Janeiro, 2013

Variáveis	n (124)	Distribuição Relativa (%)
Autopercepção de saúde		
Excelente	8	6,5
Muito Boa	6	4,8
Boa	55	44,4
Regular	34	27,4
Ruim	21	16,9
Prática de atividade física		
Nenhuma vez	53	42,7
Duas vezes/semana	65	52,4
Três vezes/semana	5	4,0
Quatro vezes/semana	1	0,8
Prática de caminhada(1 vez/semana)		
Não	76	61,3
Sim	48	38,7
Nível de atividade física		
Inativos	57	46,0
Minimamente ativos	2	1,6
Ativos	19	15,3
Super ativos	46	37,1
Prática anterior de atividade física		
Não	111	89,5
Sim	13	10,5
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Baixo peso	16	12,9
Eutrófico	52	41,9
Sobrepeso	19	15,3
Obesidade	37	29,8
Hipertensão		
Não	27	21,8
Sim	97	78,2
Diabetes		
Não	93	75,0
Sim	31	25,0
Câncer		
Não	120	96,8
Sim	4	3,2
Doença pulmonar (DPOC)		
Não	119	96,0
Sim	5	4,0
Doença cardíaca		
Sim	16	12,9
Não	108	87,1
Doença cerebrovascular		
Não	121	97,6
Sim	3	2,4

Continuação

Variáveis	n (124)	Distribuição Relativa (%)
Artrite/reumatismo/artrose		
Não	53	42,7
Sim	71	57,3
Depressão		
Não	104	83,9
Sim	20	16,1
Número de doenças crônicas		
Nenhuma	5	4,0
1 a 2	80	64,5
3 ou mais	39	31,5
Quedas nos últimos 12 meses		
Não	100	80,6
Sim	24	19,4
Número de quedas nos últimos 12 meses		
Nenhuma	100	80,6
1 a 2	13	10,5
3 ou mais	11	8,9
Uso de medicamentos		
Nenhum	12	9,7
Apenas um	15	12,1
2 ou 3	57	46,0
4 a 7	40	32,3
Consultas nos últimos 12 meses		
Não	1	0,8
Sim	123	99,2
Internações hospitalares nos últimos 12 meses		
Não	121	97,6
Sim	3	2,4
Dificuldade em pelo menos uma mobilidade		
Não	40	32,3
Sim	84	67,7
Dificuldade em pelo menos uma Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD)		
Não	75	60,5
Sim	49	39,5

Fonte: Elaboração própria.

Em uma análise qualitativa da autopercepção de saúde, entre os idosos que perceberam a sua saúde como regular ou ruim (41,9%), os principais motivos pela avaliação negativa foi atribuída à presença de artrose (26,9%), seguido da hipertensão arterial (17,3%).

Nos aspectos referentes à mobilidade, 43,5% referiram que não podem correr ou trotar um quilômetro e meio ou 15 quadras, 27,4% têm dificuldade em caminhar várias ruas, 44,4% têm dificuldade em subir vários lances de escada sem parar para descansar, 25,0% têm

dificuldade em se curvar, se ajoelhar, ou se agachar, 15,3% têm dificuldade para estender seus braços acima dos ombros e 17,7% têm dificuldade em levantar ou carregar pesos maiores que 5Kg, como uma sacola de compras pesada (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição relativa (%) das dificuldades na mobilidade dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013

Variáveis	n (124)	Distribuição Relativa (%)
Dificuldade em correr ou trotar um quilômetro e meio ou 15 quadras		
Sim	13	10,5
Não	27	21,8
Não pode	54	43,5
Pode mas não faz	30	24,2
Dificuldade em caminhar várias ruas (quadras)		
Sim	34	27,4
Não	85	68,5
Não pode	4	3,2
Pode mas não faz	1	0,8
Dificuldade em caminhar uma rua (quadra)		
Sim	14	11,3
Não	110	88,7
Não pode	NA	NA
Pode mas não faz	NA	NA
Dificuldade em ficar sentado(a) durante duas horas		
Sim	33	26,6
Não	91	73,4
Não pode	NA	NA
Pode mas não faz	NA	NA
Dificuldade em se levantar de uma cadeira, depois de ficar sentado(a) durante um longo período		
Sim	42	33,9
Não	82	66,1
Não pode	NA	NA
Pode mas não faz	NA	NA
Dificuldade em subir vários lances de escada sem parar para descansar		
Sim	55	44,4
Não	61	49,2
Não pode	7	5,6
Pode mas não faz	1	0,8
Dificuldade em subir um andar pelas escadas sem descansar		
Sim	27	21,8
Não	97	78,2
Não pode	NA	NA
Pode mas não faz	NA	NA

Continuação

Variáveis	n (124)	Distribuição Relativa (%)
Dificuldade em se curvar, se ajoelhar, ou se agachar		
Sim	31	25,0
Não	90	72,6
Não pode	2	1,6
Pode mas não faz	1	0,8
Dificuldade para estender seus braços acima dos ombros		
Sim	19	15,3
Não	103	83,1
Não pode	2	1,6
Pode mas não faz	NA	NA
Dificuldade para puxar ou empurrar grandes objetos, como uma poltrona		
Sim	25	20,2
Não	88	71,0
Não pode	7	5,6
Pode mas não faz	4	3,2
Dificuldade em levantar ou carregar pesos maiores que 5Kg, como uma sacola de compras pesada		
Sim	22	17,7
Não	87	70,2
Não pode	11	8,9
Pode mas não faz	4	3,2
Dificuldade em levantar uma moeda de uma mesa		
Sim	NA	NA
Não	123	99,2
Não pode	1	0,8
Pode mas não faz	NA	NA

Fonte: Elaboração própria

Quanto às AIVDs, 29,0% têm dificuldade para utilizar algum tipo de transporte, 10,5% têm dificuldade para fazer as compras de alimentos e 19,4% têm dificuldade para fazer tarefas domésticas mais pesadas (lavar roupas, limpar o chão, limpar banheiro, entre outras) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição relativa (%) das dificuldades nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013

Variáveis	n (124)	Distribuição Relativa (%)
Dificuldade em preparar uma refeição quente		
Sim	6	4,8
Não	101	81,5
Não consegue	1	0,8
Não costuma fazer	15	12,1
Sem informação	1	0,8
Dificuldade para cuidar do próprio dinheiro		
Sim	2	1,6
Não	117	94,4
Não consegue	1	0,8
Não costuma fazer	4	3,2
Dificuldade para utilizar algum tipo de transporte		
Sim	36	29,0
Não	82	66,1
Não consegue	2	1,6
Não costuma fazer	4	3,2
Dificuldade para fazer as compras de alimentos		
Sim	13	10,5
Não	99	79,8
Não costuma fazer	11	8,9
Não sabe	1	0,8
Dificuldade para telefonar		
Sim	1	0,8
Não	120	96,8
Não consegue	1	0,8
Não sabe	2	1,6
Dificuldade para fazer tarefas domésticas leves (arrumar a cama, tirar pó dos móveis, etc)		
Sim	3	2,4
Não	101	81,5
Não costuma fazer	1	0,8
Não sabe	19	15,3
Dificuldade para fazer tarefas domésticas mais pesadas (lavar roupas, limpar o chão, limpar banheiro, etc)		
Sim	24	19,4
Não	68	54,8
Não costuma fazer	8	6,5
Não sabe	24	19,4
Dificuldade para tomar seus remédios sozinhos		
Sim	3	2,4
Não	109	87,9
Não costuma fazer	1	0,8
Não sabe	11	8,9

Fonte: Elaboração própria

6.1.4 Características relativas ao estilo de vida

Alguns aspectos relativos ao estilo de vida também foram avaliados. No que tange ao tabagismo, 50,0% nunca fumaram e 39,5% eram ex-fumantes. Com relação ao consumo de álcool, 85,5% negam etilismo e apenas 3,2% consomem bebidas alcoólicas com frequência igual ou superior a duas vezes por semana. A respeito do consumo de frutas e vegetais, 96,8% o fazem regularmente (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição relativa (%) das características de estilo de vida dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manginhos, Rio de Janeiro, 2013

Variáveis	n (124)	Distribuição Relativa (%)
Tabagismo		
Fuma atualmente	13	10,5
Ex-fumante	49	39,5
Nunca fumou	62	50,0
Etilismo		
Nenhum	106	85,5
Menos de 1 dia/semana	5	4,0
1 dia/semana	9	7,3
2-3 dias/semana	3	2,4
4-6 dias/semana	1	0,8
Consumo de frutas e vegetais		
Não	4	3,2
Sim	120	96,8

Fonte: Elaboração própria

6.1.5 Características relativas às relações sociais

Na Tabela 7 foram avaliadas algumas características das relações sociais dos idosos. Cerca de 46,0% frequentavam a igreja mais de uma vez por semana, 33,9% recebiam visitas frequentemente, 29,8% visitavam amigos com frequência e 62,1% nunca participavam de atividades de lazer.

Tabela 7 - Distribuição relativa (%) das características de relações sociais dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013

Variáveis	n (124)	Distribuição Relativa (%)
Ir à Igreja		
Nunca	25	20,2
Várias vezes ao ano	9	7,3
1 a 2 vezes ao mês	14	11,3
Quase toda semana	19	15,3
Mais de 1 vez por semana	57	46,0
Visita aos amigos e familiares		
Freqüentemente	42	33,9
Ocasionalmente	34	27,4
Raramente	36	29,0
Nunca	12	9,7
Recebe visitas		
Freqüentemente	37	29,8
Ocasionalmente	19	15,3
Raramente	49	39,5
Nunca	19	15,3
Ir ao cinema, restaurante ou outros lugares		
Freqüentemente	9	7,3
Ocasionalmente	19	15,3
Raramente	19	15,3
Nunca	77	62,1

Fonte: Elaboração própria

A violência local se mostra como um fator que influencia a prática de exercícios físicos dos idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla de Manguinhos no ano de 2013. Os resultados mostraram que 92,7% dos idosos relataram dificuldades em realizar atividade física regular devido à violência local, sendo que as mulheres foram as que referiram as maiores dificuldades (74,8%) comparativamente aos homens.

6.2 Nível de atividade física a autopercepção de saúde dos idosos

Para aumentar o número de idosos em cada categoria da variável nível de atividade física, os idosos inativos e minimamente ativos foram classificados como inativos, e os idosos ativos e super ativos como ativos.

As associações entre a autopercepção de saúde e as características demográficas, socioeconômicas, de saúde, estilo de vida e relações sociais de idosos com 60 anos e mais adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, em 2013 estão representadas na Tabela 8. Os resultados apontam que diabetes, artrite/artrose/reumatismo, dificuldade em pelo menos uma AIVD, nível de atividade física e visita aos amigos e familiares se mostraram relacionados com a autopercepção de saúde e essa associação foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Como as variáveis queda nos últimos 12 meses e dificuldade em pelo menos uma mobilidade apresentavam caselas inferior a cinco, não foram consideradas.

Observa-se que os indivíduos diabéticos e que tinham artrite/artrose/reumatismo declaravam, em sua maioria, a sua saúde como ruim (61,3% e 53,5%, respectivamente). Os idosos que relataram não ter dificuldade em pelo menos 1 AIVD apresentavam uma boa percepção da sua saúde em 74,7%. Nota-se que dentro do grupo dos idosos com nível de atividade física ativo, 92,3% percebiam a sua saúde como boa. E aqueles que nunca visitavam os amigos apresentavam, em 68,4%, uma pior percepção de saúde ($p < 0,05$) (Tabela 8).

Tabela 8 - Características demográficas, socioeconômicas, de saúde, estilo de vida e de relações sociais segundo a autopercepção de saúde de idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013

Variáveis	Autopercepção boa (N=69)		Autopercepção ruim (n=55)		Valor-p*
	N	%	N	%	
Idade					
60-64	32	64,0	18	36,0	0,478
65-69	15	57,7	11	42,3	
70-74	11	45,8	13	54,2	
75-79	6	50,0	6	50,0	
80 anos e mais	5	41,7	7	58,3	
Sexo					
Masculino	16	48,5	17	51,5	0,446
Feminino	53	58,2	38	41,8	
Renda (SM)					
Menor que 1,00 SM	24	52,2	22	47,8	0,594
1,00 a 1,99 SM	23	53,5	20	46,5	
2,00 ou mais SM	22	62,9	13	37,1	
Hipertensão					
Não	16	59,3	11	40,7	0,835
Sim	53	54,6	44	45,4	
Diabetes					
Não	57	61,3	36	38,7	0,047
Sim	12	38,7	19	61,3	
Doença cardíaca					
Não	64	59,3	44	40,7	0,067
Sim	5	31,3	11	68,8	
Artrite/artrose/reumatismo					
Não	36	67,9	17	32,1	0,028
Sim	33	46,5	38	53,5	
Depressão					
Não	59	56,7	45	43,3	0,757
Sim	10	50,0	10	50,0	
Número de doenças crônicas					
Nenhuma a uma	28	68,3	13	31,7	0,072
2 ou mais	41	49,4	42	50,6	
Quedas nos últimos 12 meses					
Não	65	65,0	35	35,0	0,000
Sim	4	16,7	20	83,3	
Dificuldade em pelo menos uma mobilidade					
Não	38	95,0	2	5,0	0,000
Sim	31	36,9	53	63,1	
Dificuldade em pelo menos uma Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD)					
Não	56	74,7	19	25,3	0,000
Sim	13	26,5	36	73,5	
Internações hospitalares nos últimos 12 meses					
Não	69	57,0	52	43,0	0,169
Sim	0	0,0	3	100,0	

Continuação

Variáveis	Autopercepção boa (N=69)		Autopercepção ruim (n=55)		Valor-p*
	N	%	N	%	
Índice de Massa Corporal					
Baixo peso	9	56,2	7	43,8	0,429
Eutrófico	33	63,5	19	36,5	
Excesso de peso	10	52,6	9	47,4	
Obesidade	17	45,9	20	54,1	
Nível de atividade física					
Inativo	9	15,3	50	84,7	0,000
Ativo	60	92,3	5	7,7	
Tabagismo					
Fuma atualmente	6	46,2	7	53,8	0,731
Ex-fumante	27	55,1	22	44,9	
Nunca fumou	36	58,1	26	41,9	
Visita aos amigos e familiares					
Frequentemente	28	75,7	9	24,3	0,004
Ocasionalmente	7	36,8	12	63,2	
Raramente	28	57,1	21	42,9	
Nunca	6	31,6	13	68,4	
Violência local					
Não	5	55,6	4	44,4	0,732
Sim	64	55,7	51	44,3	

Fonte: Elaboração própria.

* Teste de Qui-quadrado.

A Tabela 9 apresenta os resultados das razões de chances brutas e ajustadas obtidas dos procedimentos de regressão logística binária para autopercepção de saúde ruim. Observa-se pelos achados dos modelos de regressão logística binária simples que as variáveis nível de atividade física, idade, presença de diabetes, doença cardíaca, e artrite/artrose/reumatismo, número de doenças crônicas, dificuldade em pelo menos uma AIVD e visita aos amigos dos idosos se mostravam relacionadas com a autopercepção de saúde ($p < 0,25$) e os modelos em si eram estatisticamente significativos ao nível de 5%. O nível de atividade física se mostrava como o fator mais fortemente relacionado, seguido da dificuldade em pelo menos uma AIVD. Ser inativo aumentava em muitas vezes a chance dos idosos perceberem a sua saúde como ruim (OR=66,66) em comparação aos ativos. Idosos com dificuldade em pelo menos uma AIVD aumentam em 8,16 a chance dos idosos avaliarem a sua saúde como ruim em relação

aos que não apresentam dificuldades.

As variáveis estatisticamente significativas no modelo de regressão logística binária simples ($p < 0,25$) foram selecionadas para o modelo de regressão logística binária múltiplo. Os resultados apontam que quando ajustado pelos demais fatores, o nível de atividade física se manteve associado com a autopercepção de saúde ruim ($p < 0,05$), exibindo-se como um fator fortemente relacionado e sustentando a magnitude de que os idosos inativos apresentavam uma razão de chance muito elevada para autoperceber a sua saúde como ruim (OR=721,06) comparativamente aos ativos. A capacidade funcional também se mostrou um importante determinante. Os idosos que tinham dificuldade em pelo menos uma AIVD possuíam uma razão de chance 51,63 vezes maior de avaliarem a sua saúde como ruim em relação aos que não apresentavam dificuldade. As demais variáveis não mostraram uma associação estatisticamente significativa ao nível de 5% com a autopercepção de saúde dos idosos.

Tabela 9 – Razão de chances (OR) bruta e ajustada dos modelos logísticos binários para autopercepção ruim de saúde em idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013

Variável	OR bruta IC (95%)	Valor-p	OR ajustada IC (95%)	Valor-p
Nível de atividade física				
Ativo	1,00		1,00	
Inativo	66,66(20,99-211,78)	0,000	721,06(40,98-2686,62)	0,000
Idade				
60-64	1,00		1,00	
65-69	1,30(0,50-3,4)	0,592	0,50(0,08-3,21)	0,464
70-74	2,10(0,78-5,65)	0,141	0,32(0,03-3,31)	0,336
75-79	1,78(0,50-6,33)	0,375	0,40(0,01-11,52)	0,595
80 anos e mais	2,49(0,69-9,00)	0,164	0,13(0,01-2,15)	0,155
Sexo				
Masculino	1,00*			
Feminino	0,67(0,30-1,50)	0,335	NA	NA
Renda (SM)				
Menor que 1,00 SM	1,00*			
1,00 a 1,99 SM	0,95(0,41-2,18)	0,901	NA	NA
2,00 ou mais SM	0,64(0,26-1,58)	0,337	NA	NA
Hipertensão				
Não	1,00*			
Sim	1,21(0,51-2,87)	0,669	NA	NA
Diabetes				
Não	1,00		1,00	
Sim	2,51(1,09-5,77)	0,031	1,79(0,33-9,67)	0,498

Doença cardíaca				
Não	1,00*		1,00	
Sim	3,20(1,04-9,85)	0,043	0,66(0,05-7,99)	0,741
Artrite/artrose/reumatismo				
Não	1,00		1,00	
Sim	2,44(1,61-5,12)	0,018	0,44(0,07-2,85)	0,388
Depressão				
Não	1,00*			
Sim	1,31(0,50-3,42)	0,580	NA	NA
Número de doenças crônicas				
Nenhuma a uma	1,00		1,00	
2 ou mais	2,21(1,01-4,84)	0,048	4,89(0,63-37,70)	0,130
Dificuldade em pelo menos uma Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD)				
Não	1,00		1,00	
Sim	8,16(3,59-18,54)	0,000	51,63(3,96-73,91)	0,003
Índice de Massa Corporal (IMC)				
Baixo peso	1,00*			
Eutrófico	0,74(0,24-2,31)	0,604	NA	NA
Excesso de peso	1,16(0,30-4,40)	0,831	NA	NA
Obesidade	1,51(0,47-4,93)	0,492	NA	NA
Tabagismo				
Fuma atualmente	1,00*			
Ex-fumante	0,70(0,21-2,38)	0,566	NA	NA
Nunca fumou	0,62(0,19-2,06)	0,434	NA	NA
Visita aos amigos e familiares				
Frequentemente	1,00		1,00	
Ocasionalmente	5,33(1,61-17,66)	0,006	12,35(0,85-179,67)	0,066
Raramente	2,33(0,91-5,98)	0,077	1,06(0,14-7,76)	0,958
Nunca	6,74 (1,98-22,94)	0,002	0,93(0,11-7,89)	0,944
Violência local				
Sim	1,00*			
Não	1,00(0,27-3,93)	0,996	NA	NA

Fonte: Elaboração própria.

*Modelo não significativo ao nível de 5%.

A Tabela 10 mostra os resultados do modelo final, que foi um modelo ajustado sem as variáveis que não apresentavam associações estatisticamente significativas ao nível de 5% no modelo de regressão logística binária múltiplo (Tabela 9). Os achados desse modelo mais parcimonioso encontraram que apesar das razões de chance terem reduzido para ambas as variáveis, o idoso inativo ainda apresentava uma chance elevada de autoperceber a sua saúde como ruim (OR=191,24). Por sua vez, os idosos com dificuldade em pelo menos uma AIVD tinha uma chance 31,48 vezes maior de avaliarem a sua saúde como ruim ($p < 0,05$). O nível de atividade física se manteve como o fator mais fortemente relacionado.

Tabela 10 – Razão de chances (OR) do modelo logístico binário final para autopercepção ruim de saúde em idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013

Variável	OR IC (95%)	Valor-p
Nível de atividade física		
Ativo	1,00	
Inativo	191,24(23,88-531,58)	0,000
Dificuldade em pelo menos uma Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD)		
Não	1,00	
Sim	31,48(3,90-254,191)	0,001

Fonte: Elaboração própria.

Modelo significativo ao nível de 5%.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo utilizou a regressão logística binária para estimar a associação entre a frequência/nível de atividade física e autopercepção de saúde entre os idosos adscritos à Clínica da Família Victor Valla, Mangueiras, Rio de Janeiro, 2013, controlando por fatores demográficos, demográficas, socioeconômicas, de condições de saúde, de estilo de vida e de relações sociais.

As características demográficas observadas no presente estudo são similares às aquelas verificadas por outros estudos epidemiológicos brasileiros com idosos, com destaque para a maior frequência de indivíduos do sexo feminino. Esse resultado era esperado devido às maiores taxas de mortalidade experimentadas pelos homens e à maior longevidade feminina, que torna a diferença nas proporções de homens e mulheres, portanto, mais expressiva entre os idosos. Em sua maioria, esses idosos moram acompanhados, um arranjo multigeracional largamente disseminado em países como o Brasil, em um esforço de superação dos limites impostos pela baixa renda per capita (GIACOMIN et al., 2005; ALVES, LEITE & MACHADO, 2010; ALVARENGA et al., 2011).

Com referência às características socioeconômicas, observa-se que cerca de 40% dos idosos contam com renda familiar inferior a um salário-mínimo e, no cômputo geral, cerca de 70% vivem com menos de dois salários-mínimos. O idoso no Brasil tem pouco poder aquisitivo em virtude dos baixos salários, dos poucos benefícios da aposentadoria ou pensão ou até mesmo da ausência de rendimentos. Como o aumento da idade crescem as dificuldades enfrentadas pelos idosos para obter um emprego, uma vez que as oportunidades se reduzem. Na maioria das vezes, a atividade ocupacional dos idosos é mal remunerada e a jornada de trabalho extensa (ALVES, 2004). Outro aspecto favorável igualmente digno de nota é o aumento do nível de escolaridade, o elevado percentual de analfabetos dando lugar a um

maior contingente de idosos que cursaram o ensino fundamental, ainda que incompleto. Essa tendência, entretanto, não seria peculiar à população do presente estudo, antes uma expressão do que Veras (2009) aponta como próprio ao perfil do envelhecimento populacional contemporâneo no Brasil. Entretanto, estudos anteriores realizados no Brasil evidenciaram que a escolaridade da população idosa é bastante baixa e reflete menores oportunidades de acesso à educação.

A saúde dos indivíduos pode ser avaliada por diferentes indicadores, dentre eles a percepção destes acerca das próprias condições de saúde. Nesse contexto, a autoavaliação da saúde, obtida a partir de uma única questão, tem sido amplamente utilizada em inquéritos de saúde e se revelado um indicador válido e confiável da saúde de indivíduos e de populações (ALVES & RODRIGUES, 2005; BARROS et al., 2009). Pode-se destacar que a autoavaliação da saúde é muito utilizada em estudos epidemiológicos tanto pela sua importância, quanto pela associação com condições clínicas e com o maior risco de morbidade e mortalidade subsequentes. Ela representa a percepção geral da saúde, incluindo o que engloba as dimensões biológica, psicossocial e social (GIACOMIN et al., 2008).

No presente estudo cerca de 60% dos idosos referiram percepção positiva acerca de sua saúde. Esse percentual significativamente mais expressivo quando comparado aos resultados observados por Neri & Soares (2007), por sua vez, é compatível com a tendência descrita por esses autores a partir da PNAD 1998 e PNAD 2003, e que se ratificaria em relação à PNAD 2008. Neri & Soares (2007), em análise de dados extraídos do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) dos anos de 1998 e 2003, constataram que os idosos com 65 anos e mais, de todos os grupos etários, foram os que alcançaram melhoria mais expressiva das condições de saúde, sendo que a proporção de idosos que auto-avaliavam o seu estado de saúde como bom ou muito bom subiu de 36,5% para 40,8%, enquanto a de não-idosos passou de 81,8% para 81,3%. Estudos epidemiológicos

brasileiros mostram variação nos percentuais referentes à autopercepção de saúde entre os idosos como boa/muito boa (RAMOS, 2003; LEBRÃO & LAURENTI, 2005; ALVES & RODRIGUES, 2005).

Na população do presente estudo, 40% dos idosos são inativos, o que explica a elevada prevalência de sobrepeso, constatada em cerca de 15% dos idosos, e de obesidade, verificada em cerca de 30% dos participantes. No tocante ao acometimento por DCNT, cerca de 80% são hipertensos e em torno de 60% são portadores de algum tipo de artrite/reumatismo/artrose, ambas as condições sendo sabidamente agravadas pela presença de sobrepeso ou obesidade, o que pode causar um impacto direto e adverso sobre os níveis de capacidade funcional. Segundo estimativas da Organização Pan-Americana de Saúde (2007), no Brasil, mais de dois terços da população não realizam atividades físicas de acordo com os níveis recomendados para obter benefícios de saúde. Exercícios físicos de moderada intensidade são benéficos para a redução da morbidade e mortalidade por coronariopatias, bem como para o controle da pressão arterial, da glicemia e do colesterol e do peso corporal (LIMA-COSTA et al, 2003).

Em relação à prevalência de diabetes mellitus (25,0%) e depressão (16,1%) observadas na população do presente estudo, duas hipóteses, não mutuamente excludentes, podem ser aventadas para explicar a ocorrência de percentuais sensivelmente inferiores àqueles referidos na literatura aqui revisada: a primeira, diz respeito a um possível subdiagnóstico, considerando-se as condições de acesso aos serviços de saúde; a segunda, particularmente em relação ao diabetes mellitus, pode ser produto da convergência entre a prática regular de atividade física e de uma alimentação mais saudável, visto que 96,8% desses idosos consome regularmente frutas e vegetais em suas dietas. Nesse sentido, cabe igualmente destacar que a prática regular de atividade física, em particular aquelas de natureza coletiva, tem sido relacionada a impacto favorável sobre a saúde mental dos idosos

(BAUMAN, 2004; PENEDO & DAHN, 2005; WARBURTON, NICOL & BREDIN, 2006; TEIXEIRA & OLIVEIRA, 2008).

Lima Costa, Barreto & Giatti (2003) ao investigarem as condições de saúde de 28.943 idosos, constataram que a hipertensão arterial, a artrite, as doenças do coração e o diabetes melitus foram as DCNT de maior prevalência, ainda que com percentuais sensivelmente menores., respectivamente: 43,9% para hipertensão, 37,5% para artrite/reumatismo, 19,0% para doenças do coração e 10,3% para diabetes.

Ao analisarem os dados de saúde das PNAD 1998, PNAD 2003 e PNAD 2008, Lima Costa et al. (2011) observaram diminuição na prevalência de artrite, doença do coração e depressão autorreferidas. A prevalência da hipertensão (43,9%, 48,8% e 53,3%, respectivamente) e do diabetes autorreferidos (10,3%, 13,0% e 16,1% respectivamente) aumentou de forma expressiva.

Notadamente o sedentarismo e a adoção de dietas hipercalóricas, como evidenciado pelos alarmantes índices de sobrepeso e obesidade observados tanto entre as populações de países desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos, como de nações emergentes, como é o caso do Brasil. Na população do presente estudo, 40% dos idosos são inativos, o que explica a elevada prevalência de sobrepeso, constatada em cerca de 15% dos idosos, e de obesidade, verificada em cerca de 30% dos participantes. Nesse sentido, cabe sublinhar que, antes da instalação da Academia da Saúde, cerca de 90% dos idosos não praticavam atividade física regular.

No que concerne à condição de ser portador de mais de uma DCNT, usualmente referida entre idosos, 64,5% dos idosos que participaram do presente estudo convivem ao menos com duas DCNT. É de mister mencionar o momento da Transição Epidemiológica ao qual está submetida a população brasileira, com o aumento significativo da prevalência da patologias crônicas e suas complicações. O envelhecimento é acompanhado por alterações

fisiológicas em diversos sistemas, as quais reduzem ao longo da vida a capacidade do organismo de se adaptar a situações de estresse, tornando mais provável a ocorrência de DCNT e outras condições de vulnerabilidade na velhice.

As maiores prevalências de artrose/reumatismo/artrite e doenças do coração, por sua vez, provavelmente resultam do curso dos agravos anteriormente destacados, como amplamente reconhecido pelos variados consensos e diretrizes publicados nas últimas duas décadas. Nesse sentido, cabe ainda destacar que as artrose/reumatismo/artrite e as doenças do coração são agravos de natureza cumulativa e que refletem, em última instância, o somatório de cargas impostas ao indivíduo em sua trajetória de vida

No que concerne à aptidão funcional, algumas alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento são particularmente dignas de nota ao contexto da presente discussão: decréscimos no desempenho muscular, na resistência aeróbica, e no equilíbrio postural, visto que exercem grande influência na capacidade funcional dos idosos. Por outro lado, a prática regular de exercícios físicos traz muitos benefícios à saúde dos idosos, enquanto que manter-se sedentário ao longo da vida pode potencializar as perdas funcionais associadas ao processo natural de envelhecimento (PATERSON, JONES & RICE, 2007; TEIXEIRA & OLIVEIRA, 2008; HASKELL, BLAIR & HILL, 2009; VOGEL et al., 2009; MENDES, SOUZA & BARATA, 2011; GOMES, ALMEIDA & DUARTE, 2011; DE MELO et al., 2012). 39,5% tinham dificuldade em pelo menos uma AIVD e 67,7% apresentavam dificuldade em pelo menos uma mobilidade. O grande interesse despertado pela capacidade funcional dos idosos como objeto de estudo certamente não é aleatório e duas vertentes o justificam de forma mais expressiva: a primeira diz respeito às perdas de qualidade de vida que decorrem da incapacidade funcional do idoso e que não se restringe a ele próprio, desdobrando-se de forma adversa sobre todo o seu núcleo de convivência. A segunda, por sua vez, se refere ao fato, amplamente reconhecido na literatura, de que a incapacidade funcional do idoso encontra-se

associada a custos crescentes e piores prognósticos, resultando em indesejável sobrecarga dos serviços de saúde e família (ALVES et al, 2007; LIMA COSTA et al, 2011). Portanto, a capacidade funcional é particularmente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo todas as funções não significa problema para o indivíduo ou sociedade.

Observou-se a média de quatro consultas/ano e esse maior acesso à atenção básica de saúde se refletiu em um número expressivamente menor de internações, que praticamente não ocorreram no período de 12 meses imediatamente anterior à realização da pesquisa. Cabe igualmente pontuar que o número de quedas, um fator sabidamente determinante de longos períodos de internação hospitalar, foi relativamente pequeno quando comparado à prevalência usualmente referida na literatura gerontológica, o que, salvo melhor entendimento, pode ser contextualizado como produto de um possível impacto positivo da atividade física, particularmente no tocante ao reforço muscular e favorecimento do equilíbrio postural.

Cabe destacar que o engajamento regular em práticas de atividade física encontra-se inserido em um contexto mais amplo de um estilo de vida saudável, sendo particularmente dignos de nota: o elevado consumo de frutas e vegetais; a reduzida prevalência de tabagismo e o baixo consumo regular de bebidas alcoólicas. Esses aspectos positivos, por sua vez, podem ser atribuídos, ao menos em parte, ao maior nível de escolaridade dessa população, que permite a esses idosos um melhor aproveitamento das informações acerca da promoção da saúde, um dos eixos norteadores da atenção primária.

Uma população majoritariamente idosa e destituída de autonomia para o seu exercício de ser e estar no mundo é, sob todos os aspectos, insustentável e, por isso mesmo, inadmissível. Nesse sentido, como reiterado ao longo do presente estudo, visto tratar-se de sua pedra angular, a preservação da capacidade funcional do idoso e, por conseguinte, de sua autonomia, por meio da oferta de oportunidades acessíveis de adesão a programas regulares e gratuitos de promoção da atividade física, abertos à comunidade como é o caso da Academia

da Saúde, é uma demanda imperiosa e uma possibilidade efetiva de atuação no âmbito da APS (Fleury-Teixeira et al., 2008; Gonçalves & Brito, 2011), com impacto direto e positivo sobre o modo pelo qual esses idosos percebem seus próprios estados de saúde (FONSECA et al., 2010; GALÁN et al., 2010; Gomes, Almeida & Duarte, 2011).

A autopercepção de saúde é uma medida instantânea e, em sua maioria, os estudos a ela voltados optam pelo delineamento transversal, ainda que com diferentes desenhos amostrais e objetivos, o que corrobora a estratégia metodológica do presente estudo. Outro aspecto digno de nota, ao qual esse estudo também se alinha, é a análise da percepção da saúde pelo seu extremo negativo. Nesse sentido, cabe ainda ressaltar que o desenho transversal contribui para abordagens descritivas do perfil de saúde global de grupos populacionais, úteis para planejamento e gestão em saúde, norteando políticas públicas setoriais (FAYERS & SPRANGERS, 2002; BABONES, 2009). Reforça-se que os benefícios dos exercícios físicos para os idosos, conforme já citado, apresentam uma estreita ligação com uma autopercepção positiva de saúde. A literatura suporta o fato de que autoavaliação do seu estado e morbi-mortalidade guardam uma relação.

Uma adesão mais disseminada à prática regular de atividade física tem sido refreada, ao menos em parte, pelos índices de violência observados na comunidade em que residem esses idosos, há pouco pacificada. No entanto, é sabido que mesmo comunidades pacificadas há mais tempo, como é o caso dos Complexos do Alemão e da Penha, também localizados na zona norte do Rio de Janeiro, ainda apresentam elevados percentuais de casos de violência, em particular em relação aos socialmente mais vulneráveis, como é o caso das mulheres idosas.

No tocante aos modelos de regressão logística aplicados ao presente estudo, a atividade física e capacidade funcional se apresentaram como fatores fortemente associados a uma percepção de saúde ruim, controlando por fatores demográficos, socioeconômicos, de

condições de saúde, de estilo de vida e de relações sociais. Ressalta-se que determinadas alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, como a diminuição do desempenho muscular, da resistência aeróbica, e do equilíbrio postural, exercem grande influência na capacidade funcional dos idosos. Enfatiza-se o conceito de que a prática de exercícios físicos regulares traz muitos benefícios à saúde dos idosos, enquanto que manter-se sedentário ao longo da vida potencializa as perdas funcionais associadas ao processo natural de envelhecimento (SOUZA & BARATA, 2011; GOMES, ALMEIDA & DUARTE, 2011; DE MELO et al., 2012)

Sendo assim, os resultados da pesquisa mostraram que a atividade física, no contexto da população do presente estudo, representa, por se tratar de atividades coletivas, uma importante e eventualmente única oportunidade de interação social, um aspecto de evidente valor agregado a essa estratégia. Fato este já mencionado por outros autores (BRASIL, 2006; BERRYMAN, 2010). Um variado espectro de estudos corrobora a associação entre a prática regular de atividade física e a menor prevalência de uma percepção negativa da saúde autoreferida pelos idosos (Abu-Omar, Rüttin & Robine, 2004; Bauman, 2004; Södergren et al., 2008; Barros et al., 2009; Galán et al., 2010; Arnadottir et al., 2011; Gomes, Almeida & Duarte, 2011; Pegotto, Nakatami & Silveira, 2011; Carvalho et al., 2012).

Destaca-se Fonseca et al. (2010), em estudo qualitativo que investigou os significados atribuídos à autopercepção de saúde entre idosos apontaram que a representação de saúde mais comum nesse segmento populacional está relacionada a permanecer ativo dentro das capacidades físicas e de mobilidade, executar os próprios desígnios e ser independente nas atividades cotidianas. Nesse sentido, a população do presente estudo, massivamente sedentária antes do advento da Academia da Saúde, pode experimentar os ganhos em termos de capacidade funcional como diretamente associados à prática regular da atividade física nesse ambiente específico, visto que outras modificações favoráveis no entorno desses idosos

não foram observadas nos últimos anos.

O autor provoca a reflexão sobre uma população idosa, que até então estava desprovida de quaisquer políticas públicas para atividades físicas e seus amplos benefícios. Cabe nos perguntarmos se para essas pessoas tão sofridas, o advento de uma estrutura moderna de exercícios físicos não teria impactado profundamente na sua auto avaliação de saúde, tornando a atividade física num potente fator.

O presente estudo ressalta a relação entre a atividade física e a autopercepção de saúde e, conseqüentemente, os efeitos benéficos da prática regular de atividade física na saúde dos idosos inseridos em programas voltados para a promoção da saúde nas unidades básicas e equipe matricial. A prática regular de atividade física configura-se como um importante instrumento de gestão de saúde para a Terceira Idade. Faz-se necessário estudos futuros que visam acompanhar, avaliar e aprofundar as discussões acerca das iniciativas de exercícios físicos supervisionados pela APS como uma das estratégias para promover saúde, bem-estar e qualidade de vida entre os idosos. Ademais, estudos desta natureza permite reforçar junto ao poder público que a Academia da Saúde não pode limitar-se à uma política de governo mas deve consolidar-se como uma importante política de estado. Ademais, os resultados deste estudo reforçam a necessidade de disseminação da prática de atividade física para toda a comunidade de Manguinhos, haja vista que apenas uma pequena parcela dos moradores participam desta atividade proposta pela Academia da Saúde. E, possivelmente, os idosos que buscam com frequência o serviço de saúde e esse tipo de iniciativa são em sua maioria idosos mais saudáveis.

Quanto às limitações deste estudo, podemos destacar a utilização de uma amostra de conveniência que inviabiliza a inferência dos resultados para a população de Manguinhos como um todo. Outro fato que devemos apontar foi o reduzido tamanho da amostra que, provavelmente, ocasionou resultados com poucas relações estatisticamente significativas, e

que também pode ter gerado um efeito de superestimação nas razões de chance. Além disso, foram utilizados os dados que se baseiam na informação auto-referida. Neste caso, as respostas podem sofrer influência dos fatores emocionais, psicológicos, da memória, da autoestima, da cultura, da escolaridade, dentre outros. No entanto, estudos desta natureza permitem a obtenção de dados dentro da comunidade na qual o indivíduo está inserido, podendo refletir, assim, a realidade das condições de saúde da população residente naquela área.

Os achados deste estudo apontam a necessidade da realização de futuras pesquisas do tipo qualitativas, que busquem entender a importância da atividade física na vida dos idosos que frequentam a Academia da Saúde e que possam embasar ainda mais o emprego dessa estratégia na promoção da saúde dos idosos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo evidenciaram o impacto da prática regular de atividade física entre os idosos residentes no Complexo de Manguinhos e frequentadores da Academia da Saúde como estratégia efetiva e eficaz de promoção da saúde, justificando sua inserção no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS), com potencial desdobramento de ação ao longo do curso de vida dos indivíduos. Ressalta-se a importância para a Terceira Idade do cumprimento dos atributos da APS: primeiro contato (porta de entrada no Sistema Único de Saúde), longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Logo este nível de atenção deve ser o responsável por elaborar esse modelo de exercícios físicos em todos os territórios

Em que pese o possível contributo das características da população de estudo para a caracterização da atividade física como único fator estatisticamente significativo de proteção de uma saúde ruim, esse resultado sugere a universalidade dos benefícios da prática regular de atividade física em todos os segmentos do curso da vida, há muito corroborado pelas evidências existentes na literatura e que, em última análise, subsidiaram a eleição dessa estratégia para a promoção de um mundo globalmente mais saudável.

O presente estudo destaca a positividade da atividade física supervisionada pela APS para a autopercepção de saúde dos idosos desta comunidade, encontra-se assim uma réplica ao objeto dessa pesquisa. Suporta-se a justificativa para a elaboração de políticas de saúde pública que incentivem a atividade física incentivada e supervisionada pelo nível primário/atenção básica em saúde.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABU-OMAR, K; RÜTTEN, A; ROBINE, J.M. Self-rated health and physical activity in the European Union. **Soz Präventivmed**, 49(4): 235-42, 2004.
- ALEXOPOULOS, E.C; GEITONA, M. Self-rated health: inequalities and potential determinants. *Int J Environ. Res Public Health*, 6(9): 2456-69, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R.F.S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C.; FACCENDA, O.; SOUZA, R.A. Perfil social e funcional de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Cogitare*; 16(3): 478-86, 2011.
- ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVALHO, M.S.; VASCONCELOS, A.C.G.; FONSECA, T.C.O.; LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R.. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8): 1924-1930, 2007.
- ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*; 44(3): 468-78, 2010.
- ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 17(5/6):333-41, 2005.
- ARNADOTTIR, S.A; GUNNARSDOTTIR, E.D; STENLUND, H; LUNDIN-OLSSON, L. Determinants of self-rated health in old age: a population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. **BMC Public Health**, 11: 670, 2011.
- ARREAZA, A.L.V. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. **Ciênc. saúde coletiva**, 17(4): 1001-1013, 2012.
- BABONES, SJ. The consistency of self-rated health in comparative perspective. *Public Health*; 123:199-201, 2009.
- BAILIS, D.S.; SEGALL, A.; CHIPPERFIELD, J.G. Two views of self-rated general health status. *Social Science and Medicine*; 56(2): 203-17, 2003.
- BARON-EPEL, O.; KAPLAN, G. General subjective health status or age-related subjective health status: Does it make a difference? *Social Science & Medicine*; 53, 1373-1381, 2001.
- BARROS, M.B.A.; ZANCHETTA, L.M.; DE MOURA, E.C.; MALTA, D.C. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*; 43 (SUPL.2): 27-37, 2009.
- BAUMAN, A.E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *Journal of Science and Medicine in Sport*; 7(1): 6-19,

2004.

BERRYMAN, J.W. Exercise is medicine: a historical perspective. **Curr Sports Med Rep**, 9(4): 195-201, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em números. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Grupo Direitos Humanos e Saúde. **Saúde e direitos humanos**. Helena Besserman. – Ano 7 n. 7 (2010). Rio de Janeiro, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria nº 648. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719, Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2006. 60 p.

BRUM, P.C.; FORJAZ, C.L.M.; TINUCCI, T.; NEGRÃO, C.E. Adaptações agudas e crônicas do exercício físico no sistema cardiovascular. **Rev. Paul. Educ. Fís.**, 18(n.esp): 21-31, 2004.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARVALHO, F.F.; SANTOS, J.N.; SOUZA, L.M.; SOUZA, N.R.M. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**; 15(2): 285-94, 2012.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**; 31(2): 184-200, 1997.

DE MELO, R.C.; DAS NEVES SANTOS, C.C.; YASSUDA, M.S.; BATISTONI, S.S.; DOMINGUES, M.A.; LOPES, A.; CACHIONI, M. Desempenho físico-funcional e nível de atividade física de participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade da Escola de Artes

Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (UnATI EACH-USP). *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*; 15(7): 129-142.

FAYERS, M.P.; SPRANGERS, M.A.G. Understanding self-rated health. *Lancet*; 359:187-188, 2002.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.C.C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 13(supl.2): 2115-2122, 2008.

FONSECA, M.G.U.P.; FIRMO, J.O.A.; LOYOLA FILHO, A.I.; UCHOA, E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev Saúde Pública**, 44(1): 159-165, 2010.

FREITAS, D.N.M.; CAMPOS, F.C.A.; LINHARES, L.Q.; SANTOS, C.R.; FERREIRA, C.B.; Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Rev Psiq Clín.**, 37(1):32-5, 2010.

FREITAS, L.R.S.; GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008." *Epidemiologia e Serviços de Saúde*; 21(1): 7-19, 2012.

GALÁN I.; MESEGUER C.M.M; HERRUZO R.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. Self-rated health according to amount, intensity and duration of leisure time physical activity. **Prev Med**, 51(5): 378-83, 2010.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, 17(1): 123-133, 2012.

GIACOMIN, K.C.; UCHOA, E.; FIRMO, J.; LIMA COSTA, MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad. Saúde Pública*; 21(1): 80-91, 2005.

GOMES, M.A.; ALMEIDA, C.B.; DUARTE, M.F.S. Incentivo à prática de atividade física e saúde na atenção primária: 10 anos de parceria entre a Universidade e Município no Alto Sertão baiano. *Rev. Bras. Ativ. Fís. ; saúde*;16(3): 17-25, 2011.

GONÇALVES, S.X.; BRITO, G.E.G. Capacidade Funcional de Idosos Adscritos à Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa (PB). *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*; 15(3): 287-94, 2011.

HASELI-MASHHADI, N; PAN, A; YE, X; WANG, J; QI, Q; LIU, Y; LI, H; YU, Z; LIN, X; FRANCO, O.H. Self-Rated Health in middle-aged and elderly Chinese: distribution, determinants and associations with cardio-metabolic risk factors. **BMC Public Health**, 9: 368, 2009.

HASKELL, W.L; BLAIR, S.N; HILL, J.O. Physical activity: health outcomes and importance for public health policy. *Prev Med*; 49(4): 280-2, 2009.

IDLER, E.L. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the

relationship between the two. **Gerontologist**, 2003;43:372-5.

KRUK, J. Physical activity in the prevention of the most frequent chronic diseases: an analysis of the recent evidence. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*; 8(3): 325-333, 2007.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, 4(17): 135-140, 2007.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. bras. Epidemiol.*; 8(2):127-141, 2005.

LIMA COSTA, M. F.; BARRETO, S. M; GIATTI L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Caderno de Saúde Pública*; 19(3):735-43, 2003.

LIMA COSTA, M.F.; MATOS, D.L.; CAMARGO, V.P.; MACINKO, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência e Saúde Coletiva*; 16(9): 3689-96, 2011.

LINO, V.T.S. **Triagem de problemas de saúde de idosos na atenção primária com um instrumento multidimensional.**[Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

MAGALHÃES, E.M; MIRANDA, G.C.; BITENCOURT, G.R.; SANTANA, R.F. Estudo ecológico sobre a vulnerabilidade em saúde de idosos residentes em favelas. 16º Seminário Nacional de Pesquisa da Associação Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, 2011.

MALTA, D.C.; SILVA JR, J.B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*; 22(1): 151-64, 2013.

MENDES, E.M. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, R; SOUSA, N; BARATA, J.L. Physical activity and public health: recommendations for exercise prescription. *Acta Med Port*; 24(6): 1025-30, 2011.

NERI, M.C.; SOARES, W.L. Estimativa do o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 23(8): 845-56, 2007.

PATERSON, D.H; JONES, G.R; RICE, C.I. Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults. *Can J Public Health*; 98 Suppl 2: S69-108, 2007.

PEGOTTO, V.; NAKATAMI, A.Y.; SILVEIRA, E.A. Fatores associados à autoavaliação de

saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, 27(8): 1593-1602, 2011.

PENEDO, F.J.; DAHN, J.R. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*; 18(2): 189-197, 2005.

PILGER, C.; MENON, M.H.; MATHIAS, T.A.F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Americana Enferm.*; 19(5): 9-17, 2011.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*; 19(3): 793-8, 2003.

SARGENT-COX, K.A; ANSTEY, K.J; LUSZCZ, M.A. Determinants of self-rated health items with different points of reference: implications for health measurement of older adults. **J Aging Health**, 20(6): 739-61, 2008.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SEALS, D.R.; DE SOUZA, C.A.; DONATO, A.J.; TTANAKA, J. Habitual exercise and arterial aging. *J. Appl. Physiol.*; 105:1323-32, 2008.

SÖDERGREN, M; SUNDQUIST, J; JOHANSSON, S.E; SUNDQUIST, K. Physical activity, exercise and self-rated health: a population-based study from Sweden. **BMC Public Health**, 8: 352, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, I.N.A.; OLIVEIRA, A.L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol. USP**, 19(1): 81-94, 2008.

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

VOGEL, T.; BRECHAT, P.H.; LEPRÊTRE, P. M.; KALTENBACH, G.; BERTHEL, M.; LONSDORFER, J. Health benefits of physical activity in older patients: a review. *International Journal of Clinical Practice*, 63(2), 303-320, 2009.

WARBURTON, D.E.R.; NICOL, C.W.; BREDIN, S.S.D. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian medical association journal*; 174(6): 801-809, 2006.

WHO – World Health Organization. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva: WHO, 2010

ANEXO I

Questionário**A- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS****1-Nome:** _____**2-Identificação:** _____

Variável do estudo	Questão	Resposta
3-Idade	Quantos anos completos o(a) Sr(a) tem?	Idade: _____
4-Sexo	Sexo	(1) Masculino, (2) Feminino
5-Arranjo familiar	Atualmente o(a) Sr(a) vive sozinho ou acompanhado?	(1)Sozinho(a), (2) Acompanhado(a)
6-Estado conjugal	Qual o seu estado marital hoje?	(1)Solteiro(a) (2)Casado(a) (3)Separado/divorciado(a) (4)Viúvo(a)

B- ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

7-Escolaridade	Qual a última série, na escola, o(a) Sr(a) obteve com aprovação?	(1)Primeiro grau (ou primário + ginásio) (2)Segundo grau (antigo clássico e científico) (3)Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório) (4)Magistério - segundo grau (antigo normal) (5)Graduação (nível superior) (6)Pós-graduação (7)Supletivo (8)Não sabe
8-Renda familiar	Qual a renda da sua família? (a do Sr(a) + a das pessoas que moram no seu domicílio)	R: _____
9- Ocupação	O Sr(a). trabalha atualmente?	(1)Sim, (2)Não

C- ESTADO DE SAÚDE

10- Autopercepção de saúde	“Você diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?”	(1)Excelente, (2)Muito boa, (3)Boa, (4)Regular, (5)Ruim
10.1- Autopercepção de saúde 2	Por que?	_____ _____
11- Atividade física	“Quantas vezes por semana você participa das aulas coletivas na Academia de Manguinhos?”	(1)Uma vez, (2)Duas vezes, (3)Três vezes, (4)Quatro vezes (5) Nenhuma
11.1 - Atividade física 2	“Participa da caminhada coletiva às sextas-feiras?”	(1)Sim, (2)Não
11.2 - Atividade física 3	“Já realizava atividades físicas antes?” Há quanto tempo?	(1)Sim, (2)Não _____
12- Índice de Massa Corporal (IMC)	Qual o seu peso atualmente? Qual a sua altura?	Peso: _____Kg Altura: _____ Metros IMC: _____ Kg/m ²

13- Doenças crônicas	<p>Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, hipertensão?</p> <p>Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem DIABETES, quer dizer, níveis altos de açúcar no sangue?</p> <p>Um médico lhe disse que o(a) Sr(a). tem câncer ou tumor maligno?</p> <p>Um médico lhe disse que o(a) Sr(a). tem alguma doença crônica do pulmão?</p> <p>Um médico lhe disse que o Sr(a). teve um problema cardíaco?</p> <p>Um médico lhe disse que o(a) Sr(a). teve embolia/derrame...?</p> <p>Um médico lhe disse que o(a) Sr(a). Tem artrite/reumatismo/artrose?</p> <p>Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem depressão?</p>	<p>(1)Sim, (2) Não, (3) Não sabe</p>
14- Quedas	<p>Teve alguma queda nos últimos 12 meses?</p> <p>Quantas vezes caiu nos últimos 12 meses?</p>	<p>(1)Sim, (2) Não, (3) Não sabe</p> <p>(1)Uma vez, (2)Duas vezes, (3)Três vezes ou mais (4) Não sabe</p>
15- Uso de medicamentos (Quantos? quais?)	<p>Toma medicamentos?</p>	<p>(1)Não toma nenhum (2)Toma apenas um (3)Toma dois ou três (4)Toma de quatro a sete (5)Toma oito ou mais</p>
16- Consultas		<p>_____ vezes</p>

	Quantas vezes, nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) procurou atendimento de saúde?	(8)Não sabe
17- Internações	No total, quantas noites esteve internado nos últimos 12 meses?	Noites_____ <p>(8)Não sabe</p>
18- Capacidade Funcional	Tem alguma dificuldade em correr ou trotar um quilômetro e meio ou 15 quadras?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode mas não faz
	Tem dificuldade em caminhar várias ruas (quadras)?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode mas não faz
	Tem alguma dificuldade em caminhar uma rua (quadra)?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode mas não faz
	Tem dificuldade em ficar sentado(a) durante duas horas?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode mas não faz
	Tem dificuldade em se levantar de uma cadeira, depois de ficar sentado(a) durante longo período?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode mas não faz
	Encontra alguma dificuldade em subir vários lances de escada sem parar para descansar?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode mas não faz
	Tem dificuldade em subir um andar pelas escadas sem descansar?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode mas não faz
	Tem dificuldade em se curvar, se ajoelhar, ou se agachar?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode mas não faz
	Tem dificuldade para estender seus braços acima dos ombros?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode mas não faz
	Tem dificuldade para puxar ou empurrar grandes objetos, como uma poltrona?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode mas não faz
	Encontra alguma dificuldade	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode

em levantar ou carregar pesos maiores que 5Kg, como uma sacola de compras pesada?	mas não faz
Tem dificuldade em levantar uma moeda de uma mesa?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não pode, (4)Pode mas não faz
O(a) senhor(a) tem dificuldade em preparar uma refeição quente?	(1)Sim (2)Não (3)Não consegue (4)Não costuma fazer (5)Não sabe
O(a) senhor(a) tem dificuldade para cuidar do próprio dinheiro?	(1)Sim (2)Não (3)Não consegue (4)Não costuma fazer (5)Não sabe
O(a) senhor(a) tem dificuldade para utilizar algum tipo de transporte como ônibus, táxi, etc para ir a outros lugares sozinho(a), como ir ao médico, à igreja, etc?	(1)Sim (2)Não (3)Não consegue (4)Não costuma fazer (5)Não sabe
O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer as compras de alimentos?	(1)Sim (2)Não (3)Não consegue (4)Não costuma fazer (5)Não sabe
O(a) senhor(a) tem dificuldade para telefonar?	(1)Sim (2)Não (3)Não consegue (4)Não tem telefone (5)Não sabe
O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer tarefas domésticas leves, tais como arrumar a cama, tirar pó dos móveis, etc?	(1)Sim (2)Não (3)Não consegue (4)Não costuma fazer (5)Não sabe
O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer tarefas domésticas mais pesadas, tais como lavar roupas, limpar o chão, limpar banheiro, etc?	(1)Sim (2)Não (3)Não consegue (4)Não costuma fazer (5)Não sabe
O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar seus remédios sozinhos?	(1)Sim (2)Não (3)Não consegue (4)Não costuma fazer (5)Não sabe

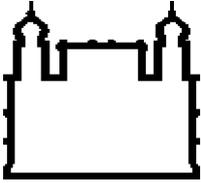
D- ESTILO DE VIDA

19- Tabagismo	O Sr(a). tem ou teve o hábito de fumar?	(1) Fuma atualmente, (2) Já fumou, mas não fuma mais, (3) Nunca fumou
20- Etilismo	Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas? (Por exemplo: cerveja, vinho, aguardente ou outras bebidas que contenham álcool).	(1) Nenhum (2) Menos de 1 dia por semana (3) 1 dia por semana (4) 2-3 dias por semana (5) 4-6 dias por semana (6) Todos os dias
21- Consumo de frutas e vegetais	Come frutas, verduras ou legumes pelo menos duas vezes por dia?	(1)Sim, (2) Não, (3) Não sabe

E- RELAÇÕES SOCIAIS

22- Ir à Igreja	Com que frequência o(a) Sr.(a) vai a igreja ou ao serviço religioso?	(1) Nunca, (2) Várias vezes ao ano, (3) uma ou duas vezes por mês, (4) Quase toda semana, (5) Mais de uma vez por semana.
23- Visita os amigos e familiares	Visita seus amigos e familiares em suas casas?	(1) Sempre (2) Frequentemente (3) Ocasionalmente (4) Raramente (5) Nunca (6) Não sabe
24- Recebe visitas?	Com que frequência o(a) Sr.(a) recebe visita de amigos ou familiares?	(1) Sempre (2) Frequentemente (3) Ocasionalmente (4) Raramente (5) Nunca (6) Não sabe
25- Vai ao cinema, restaurante ou outros lugares?	Com que frequência o(a) Sr.(a) sai com outras pessoas para lugares públicos como restaurantes ou cinema?	(1) Sempre (2) Frequentemente (3) Ocasionalmente (4) Raramente (5) Nunca (6) Não sabe
26- Violência local	A violência local influencia na sua prática de exercícios físicos?	(1) Sim, (2) Não, (3) Não sabe

ANEXO II

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****A ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO
ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS**

Prezado participante,

“Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“A ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS”**.”

“Desenvolvida por **ALEXANDRE JOSÉ DE FARIAS**, discente de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase em Estratégia de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Doutora **LUCIANA CORREIA ALVES**.”

“O objetivo central do estudo é: avaliar o efeito da atividade física coletiva na saúde dos idosos.”

“O convite à sua participação se deve à sua inclusão nas atividades de saúde da Clínica da Família Victor Valla.”

“Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.”

“A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de questionário ao pesquisador do projeto. A entrevista não será gravada.”

“Você será pesado e sua altura será medida.”

“Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.”

“Qualquer informação que possa identificá-lo será omitida na divulgação dos resultados da pesquisa. “Os dados serão armazenados em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora”. “Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP”.

“A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.”

“O tempo de duração do questionário é de aproximadamente quarenta minutos.”

“Esta pesquisa ajudará a orientar as atividades de saúde da Clínica da Família Victor Valla.”

“Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante e no Trabalho de Conclusão do Mestrado.”

“Este Termo que este é redigido em duas vias, sendo uma para o(a) sr(a) e outra para o pesquisador.”

Assinatura do Pesquisador Responsável – (Inserção na) ENSP/FIOCRUZ

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:

Endereço: Clínica da Família Victor Valla, Avenida Dom Helder Câmara, 1390 - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Telefone: 2201-4476.
e-mail: ajdfarias@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2013.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Rua Leopoldo bulhões, 1480, térreo

Tel e Fax: 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>