

RELAÇÕES ENTRE AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE, ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DE IDOSAS QUE FREQUENTAM UM PROJETO SOCIAL DE UMA CIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS, RS

RELATIONS BETWEEN SELF-PERCEPTION OF HEALTH, SOCIODEMOGRAPHIC CHRONIC DISEASES AND NOT TRANSMITTED TO AN ELDERLY WHO SOCIAL DESIGN OF A CITY OF VALE DOS SINOS, RS

Anna Regina Grings Barcelos¹
Ligia Ignêz Engelmann de Oliveira²

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida, a população idosa vem crescendo nas últimas duas décadas, caracterizada por uma feminização do envelhecimento, fato devido às maiores taxas de mortalidade em homens do que em mulheres. Nesse contexto, o presente estudo teve como principal objetivo analisar a autopercepção de saúde de mulheres idosas que frequentam um Projeto Social de uma cidade do Vale do Rio dos Sinos, RS. O método de pesquisa foi de natureza quantitativa com abordagem descritiva, sendo utilizado para a coleta de dados um questionário contendo informações sociodemográficas, autopercepção de saúde e presença de doenças crônicas não transmissíveis. A amostra deste estudo constituiu de 67 idosos do sexo feminino, participantes de atividades físicas regulares e orientadas, selecionadas por conveniência. Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva para apresentar os resultados através das distribuições de frequências absolutas (n) e relativas (%), valores mínimos e máximos, médias aritméticas e seus respectivos desvios-padrão.

¹ Professora e orientadora da Universidade Feevale, formada em Educação Física e especializada em Educação Física para a Terceira Idade, annab@feevale.br.

² Trabalho de Conclusão do Curso de Educação Física – Submetido ao corpo docente da Universidade Feevale, como requisito necessário para obtenção do grau de Licenciatura Plena em Educação Física, ligia@feevale.br.

As comparações entre os níveis de satisfação de “autopercepção da saúde” em relação às demais variáveis foram executadas através do teste não paramétrico de Qui-Quadrado (χ^2). Os resultados encontrados na pesquisa caracterizam a amostra com variação de idade de 60 a 79 anos (média = $67,0 \pm 5,2$ anos); 46,3% são casadas, 59,7% possuem o ensino fundamental incompleto e 37,3% recebem de um a dois salários mínimos, sendo que 73,1% têm como sua procedência a aposentadoria. Observou-se que 34,3% das idosas avaliaram seu estado de saúde positivamente (satisfeito); em relação à atividade física praticada grande parte da amostra participa da ginástica - 85,1%, sendo que 62,7% realizam a prática de atividades duas vezes por semana; 52,2% possuem pressão alta e excepcionalmente 40,3% não possuem nenhum tipo de doença crônica não transmissível. Não se evidenciou qualquer associação significativa da percepção do estado de saúde em relação às variáveis do estudo. Considerando os resultados expostos, entende-se que a atividade física é vista como um componente particularmente importante na vida dos idosos, estabelecendo determinantes capazes de identificar e facilitar ações de manutenção e promoção da saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento. Atividade física. Autopercepção de saúde. Doenças crônicas não transmissíveis.

ABSTRACT

With increasing life expectancy, the elderly population has been growing over the last two decades, characterized by a feminization of aging, which was due to higher mortality rates in men than in women. In this context, this study aimed to analyze the self-perceived health of older women who attend a social project in a town of Vale do Rio dos Sinos, RS. The research method was quantitative and descriptive in approach, being used for data collection a questionnaire containing sociodemographic information, self-perceived health and presence of chronic diseases later. The sample consisted of 67 elderly female participants in regular physical activity and targeted, selected for convenience. For data analysis we used descriptive statistics to present the results through the distributions of absolute frequencies (n) and relative (%), minimum and maximum values, arithmetic means and their standard deviations. Comparisons between the satisfaction levels of "self-perception of health in relation to other variables were performed using the nonparametric test Chi-Square (χ^2). The findings of the survey sample to characterize the age range 60-79 years (mean = 67.0 ± 5.2 years), 46.3% were married, 59.7% had incomplete primary education and 37.3 % receive one

to two minimum wages which 73.1% have as their origin to retirement. It was observed that 34.3% of the women rated their health positively (satisfied) in relation to physical activity most of the sample involved 85.1% of the gym, where 62.7% carry out the practice of double per week, 52.2% have high blood pressure and exceptionally 40.3% have no type of non-communicable chronic disease. We did not observe any significant association of perceived health status over the study variables. Considering the above results, it is understood that physical activity is seen as a particularly important component in the life of the elderly, establishing determinants able to identify and facilitate maintenance actions and health promotion.

Keywords: Aging. Physical Activity. Self-rated health. Non-communicable diseases.

INTRODUÇÃO

Na amplitude do tema envelhecer, considera-se relevante centrar o enfoque deste estudo na figura feminina, pois, além de ir ao encontro da realidade que denota uma feminização do envelhecimento, esse é o público que se encontra mais presente nos projetos de atividades físicas voltados para a terceira idade. Sendo assim, este tema foi influenciado pelo interesse em estudar, conhecer e agir em busca de propiciar, direta ou indiretamente, melhorias na condição de vida das pessoas desse segmento etário.

O problema a ser estudado foi qual seria a autopercepção de saúde em idosas participantes de um Projeto Social, considerando seus aspectos sociodemográficos e as doenças crônicas não transmissíveis. A autopercepção abrange indiretamente todos os recursos que possam influenciar o bem-estar, a saúde percebida conceitua-se como a avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre a qualidade do funcionamento da sua saúde física e mental (BANDURA, 1997 apud DE VITTA, 2009). O conceito de saúde é muito amplo e está relacionado ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural, em outras palavras, saúde é resultado da junção de vários aspectos ligados à qualidade de vida, como oportunidades de educação no decorrer da vida, alimentação, ambiente físico limpo, estilo de vida responsável e cuidados de saúde (BUSS, 2000). Contudo, a autopercepção de saúde vem ganhando um importante espaço nas pesquisas devido à sua forte e independente associação com a mortalidade.

Em um estudo (ALVES e RODRIGUES, 2005) realizado no estado de São Paulo, verificou-se a presença de doenças crônicas não transmissíveis associada ao sexo do idoso, o

determinante mais fortemente relacionado foi à saúde percebida. Para os homens, a presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou um risco 10,53 vezes maior de uma autopercepção ruim de saúde. Para as mulheres, esse risco foi 8,31 vezes maior. A capacidade funcional, o nível de escolaridade e a renda também foram altamente associados com a percepção de saúde, e a idade teve uma significativa influência. Na ausência de doenças crônicas ou na presença de duas ou mais doenças crônicas, as mulheres idosas tiveram maior probabilidade de relatar uma boa percepção de saúde em comparação com os homens.

Este estudo tem com sua principal justificativa o desempenho profissional, o qual caracteriza a necessidade de gerar mais conhecimentos e estudos sobre esse tema. Assim, deseja-se que no futuro as informações provenientes possam vir a qualificar os trabalhos que envolvem a atividade física e o envelhecimento.

DESENVOLVIMENTO

Os aspectos sóciodemográficos e epidemiológicos afirmam que o envelhecimento populacional inicialmente observado em países desenvolvidos assume, em países em desenvolvimento, uma velocidade sem precedentes na história da humanidade. Em 202, estima-se que, entre os dez países do mundo com o maior número de idosos, cinco serão em desenvolvimento, incluindo-se o Brasil na sexta posição (LIMA-COSTA *et al*, 2003). As razões que estão levando à alteração demográfica no mundo estão relacionadas à redução da mortalidade e da fecundidade (ALVES, 2004). No ano 2000, os idosos a partir de 60 anos de idade constituíam 9% da população brasileira, com o aumento da expectativa de vida e da população idosa no Brasil, o número passou para 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1980, e 14 milhões, em 2000, um aumento de 500% em 40 anos. Estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 (LIMA-COSTA *et al*, 2003). Já no Rio Grande do Sul, temos mais de um milhão de indivíduos idosos, sendo 42,62% homens e 57,38% mulheres.

De acordo com Néri (2006), a feminização da velhice significa apenas aumento do número de mulheres na população idosa, em 1996, 54,4% das pessoas com mais de 60 anos eram mulheres. Os idosos brasileiros, principalmente as mulheres, são um segmento populacional cada vez mais visível da sociedade, porque têm se envolvido na conquista de espaço na sociedade e estão criando novas demandas para as instituições e os agentes sociais.

Diante das modificações biológicas e fisiológicas no envelhecimento, algumas dificuldades relacionadas à eficiência motora são visíveis nos idosos, como subir escadas,

caminhar e realizar certos movimentos com lentidão. Isso ocorre pela gradativa diminuição da velocidade, força, resistência, coordenação e flexibilidade. O envelhecimento imprime alterações naturais em todo organismo, sendo que seu processo biológico se traduz por um declínio harmônico de todo o conjunto orgânico, tornando-se mais acelerado a partir dos 70 anos de idade. Na velhice, também ocorrem alterações psicológicas, já que as circunstâncias do dia a dia se modificam, surgindo novos papéis e novos problemas a enfrentar, o desconhecimento dessas modificações estabelece sérias dificuldades de adaptação a essa fase (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

No aspecto social do idoso, encontramos diversas dimensões: a aposentadoria, os tipos de família, o suporte social da família, a violência praticada com o idoso, as manifestações sexuais, a viuvez, a religiosidade e a espiritualidade, suas relações e atividades sociais. Ainda, o isolamento social, a insegurança, a inatividade e a falta de opções são características de aspectos do envelhecimento social. É no isolamento que o idoso diminui seus contatos com o mundo, com outras pessoas, voltando-se para si e seus próprios problemas, deixando afetar-se emocionalmente, surgindo sentimentos de inutilidade e solidão. A pessoa idosa precisa viver em sociedade, com seus direitos e deveres garantidos, interagindo e participando com outras pessoas, ter segurança, renda própria e cuidado adequado (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

Em uma pesquisa realizada (DOS SANTOS, 2006) com idosas viúvas, foi observado que a relação com amigos é mais forte do que com seus filhos, embora necessitem de sua companhia e de sua atenção. O fato é que os amigos lhes propiciam uma convivência mais agradável em razão da possibilidade maior de trocar assuntos. A relação conjugal embasou a vivência da atual geração de idosos, assim como a família possui um espaço singular para a vivência dos afetos. Porém, as amizades possuem um espaço também especial no processo de envelhecimento, por trazerem consigo importantes características, como o companheirismo, a liberdade e a simplicidade.

Mazo, Lopes, Benedetti (2004) citam que outro aspecto que se evidencia na velhice e no meio familiar é a religiosidade e a espiritualidade, que significa uma fonte de reconforto e permite responder a certas questões sobre o significado da vida e do destino. Contudo, a pessoa idosa carece viver em sociedade, com seus deveres e direitos assegurados, tendo participação e integração com outras pessoas, segurança, renda própria e cuidados adequados.

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) são responsáveis por 45,9% da carga de doenças em todo o mundo, estima-se que, em 2020, dois terços da carga de doenças serão atribuídos às DCNT's (TOSCANO, 2004). A doença coronariana é o maior

componente da morbidade e da mortalidade por doenças cardiovasculares, o risco de infarto agudo do miocárdio é três vezes maior no paciente hipertenso e o acidente vascular cerebral (AVC) é outra principal causa decorrente da elevada pressão sanguínea (GOLDIM; DA SILVA, 2007). Estudos sobre doenças cardiovasculares aumentam progressivamente por ser o mais importante grupo de causas de óbito em países desenvolvidos, na metade do século XX, eram responsáveis por 20% dos óbitos em um dos estados norte-americanos mais desenvolvidos, 50 anos depois, ultrapassam 50% (PEREIRA, 1995).

Goldim e Da Silva (2007) destacam outra DCTN que é importante, as neoplasias malignas (câncer ou tumor maligno), que vêm crescendo no Brasil provavelmente como resultado da combinação de vários fatores, o aumento da expectativa de vida, a industrialização e a urbanização, a mudança nos hábitos de vida. Estimaram-se, em 2003, segundo o Ministério da Saúde no Brasil, casos e 58.610 óbitos por neoplasias malignas em mulheres, sendo 9.335 por câncer de mama, 4.918 de pulmão e 4.110 de colo de útero.

Doença obstrutiva crônica (DPOC), outra doença crônica citada, é responsável por cerca de 4% dos óbitos em mulheres. DPOC é um espectro de doenças que inclui bronquite crônica, enfisema e asma, trazendo danos nas vias aéreas e nos alvéolos, principalmente em pessoas fumantes, que resultam em processos inflamatórios no sistema respiratório. Fatores de risco tanto externos e individuais são responsáveis pelo desenvolvimento da doença, como fumaça, infecções respiratórias e de histórico familiar (SENGER, 2006).

Com o aumento da população idosa, da urbanização e industrialização, o aumento da obesidade e da inatividade física, a diabetes mellitus (DM) aparece em consequência. A DM é caracterizada por hiperglicemia e pode ser classificada de duas formas: diabetes mellitus do tipo 1 (DM1) e diabetes mellitus do tipo 2 (DM2). A DM 2 é a que mais afeta a população idosa, a prevalência é de 15 e 20%, frequentemente é associada à obesidade, especialmente víscero/abdominal, surgindo muitas vezes após o ganho de peso associado ao envelhecimento (DE FREITAS; KOPILLER, 2006).

A maior causa de morbimortalidade entre os idosos brasileiros são os fatores de risco modificáveis, como: fumo, inatividade física, obesidade, dislipidemia, controle inadequado da hipertensão e diabetes. O fumo é um importante fator de risco para neoplasias malignas de pulmão, traqueia e brônquios, idosos fumantes possuem maior risco de desenvolver doenças causadas pelo fumo em comparação a fumantes jovens. Exercícios físicos são benéficos à saúde para indivíduos de todas as idades, pois reduzem a morbidade e a mortalidades por doenças coronarianas, controle da pressão, glicemia e colesterol; a ausência de atividade física pode afetar atividades funcionais dos idosos. Alguns estudos sugerem que a perda de peso

entre idosos possa aumentar a expectativa de vida, pois o excesso de peso pode ser um fator de risco para doenças coronarianas, alguns tipos de câncer, diabetes, hipertensão e osteoartrite (LIMA-COSTA *et al*, 2003).

A autora Meirelles (1997) afirma que, mantendo-se um estilo de vida ativo e saudável, pode-se retardar as alterações morfofuncionais que ocorrem com a idade no processo do envelhecimento. Com a atividade física (AF), é possível a normalização da vida do idoso e afastar os fatores de risco comuns. Os benefícios da AF no envelhecimento estão relacionados a uma alimentação adequada e balanceada, controle no consumo de bebidas alcoólicas, isenção de hábitos de tabagismo, hora de sono adequada, sendo que, através desses comportamentos, comprovar-se-á um envelhecimento saudável, tanto em nível clínico como também um desempenho fisiológico. Afirma-se, então, que praticar AF regularmente, conciliar uma alimentação saudável e ter bons hábitos levam a ter um retardamento de doenças ou até mesmo não desenvolvê-las. Claro que, para ter uma velhice tranquila, depende muito de como foram os cuidados e os hábitos durante toda a vida, desde a adolescência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o “estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (ALVES, 2004, p.8). E a obtenção do estado de completo bem-estar físico, mental e social depende de fatores que não estão somente ao alcance da medicina, mas, sim, da sociedade em geral (ALVES, 2004). O conceito de saúde reflete no tipo de vida, economia, política e cultura, portanto seu conceito não representa a mesma coisa para todas as pessoas, depende da época, do lugar ou da classe social (SCLIAR, 2007).

METODOLOGIA

Este presente estudo tem característica quantitativa com abordagem descritiva, tendo seu principal objetivo analisar a autopercepção de mulheres idosas de um Projeto Social, levando em considerações seus aspectos sociodemográficos e as doenças crônicas não transmissíveis.

Para a coleta de dados, foi realizado um questionário contendo informações sobre aspectos sociodemográficos, autopercepção de saúde e doenças crônicas não transmissíveis. Fizeram parte da amostra somente mulheres com idade de 60 anos ou mais e aquelas que aceitaram fazer parte do estudo assinando um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o qual passou por uma avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Para a análise dos dados, utilizamos a estatística descritiva, para apresentar os resultados através das distribuições de frequências absolutas (n) e relativas (%), valores mínimos e máximos, médias aritméticas e seus respectivos desvios-padrão. As comparações entre os níveis de satisfação de “autopercepção da saúde” em relação às demais variáveis foram executadas através do teste não paramétrico de Qui-Quadrado (χ^2), adotando nível de significância em $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Abaixo, na Tabela 01, estão representadas as variáveis sociodemográficas dos idosos participantes do estudo, caracterizadas por uma amostra de 67 idosos com idade entre 60 a 79 anos (média de $67,0 \pm 5,2$ anos). Nesse contexto, cabe salientar que é uma população considerada “jovem”, caracterizando o Brasil com idosos jovens, na faixa etária de 60 a 74 anos (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

Esses resultados estão de acordo com a expectativa de vida para a região Sul e semelhantes aos indicadores sociais do IBGE (2000), o qual constatou que a população brasileira de idosos apresentava 56% de idosos entre 60 a 69 anos, outros 31% eram representados por idosos entre 70 a 79 anos e 13% acima de 80 anos.

Tabela 01 – Características da amostra (n = 67)

Variável	Categorias	n	%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	40	59,7
	Ensino fundamental completo	8	11,9
	Ensino médio incompleto	7	10,4
	Ensino médio completo	5	7,5
	Superior incompleto	3	4,5
	Superior completo	4	6,0
Renda	Sem renda	1	1,5
	Até R\$ 511,29	23	34,3
	De R\$ 511,29 à R\$ 1.022,58	25	37,3
	De R\$ 1.022,58 a R\$ 1.533,87	4	6,0
	De R\$ 1.533,87 a R\$ 2.045,16	7	10,4
	Acima de R\$ 2.045,16	4	6,0
Procedência do rendimento	Aposentadoria	49	73,1
	Pensão	18	26,9
	Sem rendimento	8	11,9
	Doação	1	1,5
	Rendas	1	1,5
	Trabalho	1	1,5

Situação conjugal			
	Casada	31	46,3
	Viúva	21	31,3
	Separada	8	11,9
	Solteira	5	7,5
	Outros	2	3,0

Em relação à variável escolaridade, nota-se a prevalência de idosos com Ensino Fundamental Incompleto, representando 59,7% do total da amostra. Em seguida, destacam-se ainda o Ensino Fundamental Completo, com 11,9%, e Ensino Médio Incompleto, com 10,4% do total da amostra.

Resultados similares foram encontrados no estudo realizado por Alves (2004), que teve como objetivo investigar a influência dos determinantes demográficos (idade, sexo, arranjo familiar e estado conjugal), socioeconômicos (educação e renda), das doenças crônicas e da capacidade funcional (atividades de vida diária – AVD, atividades instrumentais de vida diária – AIVD) sobre a autopercepção de saúde entre os idosos do município de São Paulo. Realizada com 2.143 idosos, mostrou maior ausência de escolaridade em mulheres (23,2%) do que em homens (18,1%), sendo que a maioria do total de idosos possuía somente o ensino fundamental incompleto. Nesse contexto, a autora ressalta que a escolaridade da população idosa é bastante baixa e declina mais ainda com o aumento da idade, mas a situação é bem mais desfavorável para as mulheres.

Da mesma forma, a baixa escolaridade e o analfabetismo são elevados entre os idosos, sendo maiores em relação às mulheres, fato que se deve ao difícil acesso à educação escolar (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

No que refere à variável renda, 37,3% dos idosos ganham de um a dois salários mínimos e 34,3%, até um salário mínimo, seguidos de 10,4% que recebem de quatro a cinco salários, incidindo na variável procedência 73,1% aposentadas e 26,9% pensionistas. De acordo com a pesquisa nacional por amostra de domicílios desenvolvida pelo IBGE (1999), o baixo poder aquisitivo é uma característica marcante da população idosa no Brasil, sendo que as aposentadorias e as pensões são a sua principal fonte de rendimentos.

Resultados parecidos foram achados no estudo de Alves (2004), visto que constatou renda ao redor de 33,1% abaixo de um salário mínimo, sendo que essa proporção foi maior entre as mulheres (41,4%) do que entre os homens (21,3%) e tendo diminuído com o avanço da idade, em ambos os sexos. Por volta de 39,2% dos idosos recebiam de um a três salários mínimos, com as mulheres apresentando uma proporção

mais elevada, em comparação com os homens (41,0% e 36,6%, respectivamente) e um aumento na frequência com a idade em ambos os sexos. Maior renda (cinco ou mais salários mínimos) foi encontrada com mais frequência entre os idosos masculinos (22,3%) do que entre os femininos (9,8%).

Para finalizar, em relação ao estado civil, nota-se que a maioria das idosas é casada - 46,3%, seguida da viuvez, com 31,3%, e separadas são 11,9%. Essas informações vão ao encontro de estudo desenvolvido por Farenzena (2007), tendo como principal objetivo avaliar a Qualidade de Vida em um grupo de idosos residentes na Cidade de Veranópolis, RS. Faziam parte da amostra 81 idosos, 59 do sexo feminino e 22 do sexo masculino e, em relação à situação conjugal, 61,7% eram casados, 32,1%, viúvos e 6,2% eram solteiros do total de idosos.

Um estudo de Silva e Rezende (2008) teve como objetivo conhecer e comparar a qualidade de vida de idosos institucionalizados e participantes de centro de convivência. O estudo foi desenvolvido com 86 idosos institucionalizados e 87 participantes de centro de convivência no município de Uberlândia, Minas Gerais. Dos idosos institucionalizados, 43% eram solteiros, 4,65%, casados, 39,5%, viúvos e 12,80% eram separados/desquitados. No grupo de convivência, 50,57% eram casados, 5,75%, solteiros, 29,88% eram viúvos e 13,80%, separados/desquitados. Os autores complementam observando que existe uma diferença significativa quanto aos solteiros do grupo institucionalizado que, provavelmente, não têm família ou uma família ausente, o que os leva a serem encaminhados para instituições.

A velhice caracteriza-se como um fenômeno feminino, isso se dá pelo fato de as mulheres estarem mais visíveis na sociedade e de buscarem seu espaço, causando maiores demandas para instituições (NÉRI, 2006).

Tabela 02 – Distribuição da amostra quanto à satisfação com a saúde (n = 67)

Variável	Categorias	n	%
Satisfação quanto à Saúde	Muitíssimo Satisfeito	21	31,3
	Satisfeito	23	34,3
	Mais ou Menos	21	31,3
	Insatisfeito	1	1,5
	Muitíssimo Insatisfeito	1	1,5

A Tabela 02 refere-se à variável satisfação quanto à saúde, sendo que 34,3% da amostra está satisfeita (positivo) com sua saúde; 31,3% estão muitíssimo satisfeitas (positivo), igualando com o item mais ou menos (regular). Nota-se que as idosas que assinalaram a categoria insatisfeito (negativo) - 1,5% - e de igual muitíssimo insatisfeito (negativo) foram aquelas que revelaram doenças mais avançadas, como AVC e câncer ou tumor maligno (ver Tabela 04).

Em um estudo de Sobral (2007), realizado com 162 mulheres adultas, buscou-se investigar a APS de mulheres frequentadoras de um centro de práticas esportivas da Universidade de São Paulo. Foi utilizada a variável dependente APS com as variáveis independentes: idade, escolaridade, estado nutricional, qualidade do consumo alimentar, hábito intestinal e prática de atividade física.

O resultado da amostra global desse estudo apontou que 40,1% possuem uma boa APS. A autora tomou a decisão de agrupar seus resultados dividindo a APS em boa ou má, a categoria boa foi somada com as respostas de excelente e muito boa, totalizando 87%, já a categoria má, somada à regular, totalizou 13%.

Alves (2004), em seu estudo, obteve resultado diferente, segundo a amostra dos resultados, os homens e as mulheres caracterizaram seu estado de saúde como regular, representado por 43,9% e 45,7%, respectivamente. Logo, na categoria muito boa, os homens tiveram uma representação de 5,83% e a mulheres, de 6,33%; seguindo para a categoria má, os homens estiveram com 5,67% e as mulheres, com 7,88%, não havendo grande diferença entre as categorias. A autora ressalta a incapacidade da autoavaliação do idoso perante a sua saúde, pois os indivíduos idosos que se autoavaliaram classificaram seu estado de saúde melhor do que aqueles cuja avaliação foi realizada por outra pessoa. Assim, uma boa saúde é fundamental para aumentar ou manter a qualidade vida dos idosos e garantir a continuidade da contribuição desses para a sociedade. Em contrapartida, uma condição de saúde deficiente implica uma maior vulnerabilidade e dependência na velhice (LIMA-COSTA *et al*, 2003).

De acordo com Mazo; Lopes; Benedetti (2004), o sedentarismo ocorre em todas as faixas etárias, mas na velhice ela pode ser mais acentuada, devido à crença popular de que o idoso deve diminuir a quantidade de atividades físicas em função da idade. O ser humano precisa se movimentar, principalmente quando se trata do idoso, os resultados obtidos com o mínimo de exercícios realizados são grandes e benéficos. As autoras evidenciam que os programas de AF para idosos vêm crescendo através de

associações, instituições e entidades governamentais e não governamentais; esses programas estão cada vez mais se proliferando no Brasil. Os Projetos geralmente são desenvolvidos a fim de promover qualidade de vida, melhorar autonomia/dependência, a autoimagem, a saúde mental, se inserir na comunidade, alegria de viver, todos com o intuito de um estilo de vida saudável.

A Tabela 03 representa as características da amostra quanto ao tipo de atividade física e frequência semanal, verificando que a atividade mais frequente entre as idosas no Projeto Social foi a ginástica (85,1%), seguida dos jogos adaptados em equipes (38,8%) e da dança (17,9%).

Tabela 03 – Características da amostra quanto à atividade física e frequência semanal (n = 67)

Variável	Categorias	n	%
Atividade Física ⁽¹⁾	Ginástica	57	85,1
	Jogos adaptados em equipes	26	38,8
	Dança	12	17,9
	Outras ...	11	16,4
Frequência Semanal	2x/semana	42	62,7
	3x/semana	14	20,9
	4x/semana	5	7,5
	5x/semana	6	9,0

A soma dos percentuais é superior a 100% em função das múltiplas respostas

A modalidade de ginástica é uma AF antiga, que foi fundada pelos gregos na Grécia Antiga. É um programa que possui uma grande demanda de idosos devido às suas vantagens de melhoria da saúde, sociabilização, estética, bem-estar físico e mental; ela deve enfatizar os aspectos biológicos e funcionais. Costuma ser muito aceita pelos profissionais de Educação Física por ser um trabalho em grupo de fácil execução, claro que sua elaboração deve levar em consideração a idade dos integrantes do grupo e seu estado de saúde, procurando preocupar-se com exercícios que fortaleçam os músculos eretores da coluna, buscando atingir a manutenção do condicionamento postural e dos músculos abdominais, também de extrema importância para essa faixa etária (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

Ainda na Tabela 03, em relação à variável frequência semanal, os resultados apontam que grande parte das idosas pratica AF duas vezes por semana, com 62,7% do total da amostra, podendo-se, assim, afirmar que optam por somente um tipo de atividade oferecida pelo Projeto. Já na opção três vezes por semana, obteve-se uma representação de 20,9%, dado que pode estar relacionado ao fato de que muitas idosas praticam uma modalidade no Projeto e a complementam com prática de caminhadas.

Tabela 04 – Características da amostra quanto às doenças crônicas não transmissíveis (n = 67)

Variável	Categorias	N	%
DCNTS ⁽¹⁾	Sem doença crônica	27	40,3
	Pa	35	52,2
	Doença cardíaca	11	16,4
	Dm	5	7,5
	Dpoc	4	6,0
	Avc	1	1,5
	Câncer ou tumor maligno	1	1,5

A soma dos percentuais é superior a 100% em função das múltiplas respostas

A Tabela 04 representa as características da amostra quanto à presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs).

Os resultados da amostra referentes a essa variável apontam a pressão alta (PA) como a doença mais presente na vida das idosas, com 52,2%. Essa informação se confirma, visto que a hipertensão é uma doença crônica frequente entre os idosos em função da idade, decorrente de alterações fisiológicas, metabólicas e hormonais (SABRY; SOUZA, 2007). Considerando os resultados do estudo, obteve-se uma representação muito expressiva de idosas sem doença crônica, com 40,3%. Essa característica pode estar relacionada ao estilo de vida ativo das idosas, visto que as doenças mais comuns do envelhecimento estão relacionadas às condições de vida, como alimentação e estilo de vida, estas caracterizarão a forma pela qual se chega à velhice (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

Resultados similares foram achados no estudo de Alves (2004), visto que, em sua amostra, a doença crônica mais prevalente entre os idosos, em ambos os sexos, foi a hipertensão arterial - 53,3%, seguida por artrite/reumatismo - 31,6%, doença

cardiovascular - 19,6%, diabetes - 17,8%, asma/bronquite/enfisema - 12,2%, embolia/acidente vascular cerebral, com 7,2%, e câncer, com 3,3%. HA, artrite/reumatismo, diabetes e câncer foram relatados com mais frequência pelas mulheres, cerca de 40,3% dos idosos apresentavam duas a três doenças crônicas, sendo essa proporção maior entre as mulheres (42,9%) do que entre os homens (36,7%).

Como as informações são fornecidas por meio de autorrelato, a oscilação da memória do idoso, especialmente no idoso de idade mais avançada, pode influenciar na precisão da resposta. Além disso, cada indivíduo interpreta de maneira diferente aquilo que sente, de acordo com as suas experiências, os seus valores, a sua autoestima.

CONCLUSÃO

Questões referentes à saúde e à qualidade de vida dos idosos estão sendo cada vez mais levantadas e discutidas entre os pesquisadores e a população em geral, devido ao crescimento no número absoluto de idosos, a sociedade brasileira depara-se ainda com uma nova situação: o aumento da longevidade.

Logo, o estabelecimento de determinantes de saúde capazes de identificar e facilitar ações de manutenção e promoção da saúde se torna indispensável, uma vez que a saúde é vista como um componente particularmente importante na vida dos idosos.

De acordo com a variável sociodemográfica, a amostra representada por 67 idosas presentes no estudo apresentou uma idade média de 67 anos, caracterizando uma população jovem. Dentro dessa variável, na categoria escolaridade, o ensino fundamental completo predominou entre as idosas, seguido de ensino fundamental completo, caracterizando uma baixa escolaridade, que é comum nessa população em função do difícil acesso escolar na sua época. Outras categorias que são concomitantes da variável sociodemográfica são a renda familiar e a procedência. Na renda familiar, mostrou-se que a maioria das idosas ganha de dois a três salários mínimos, assim, respectivamente, a maior procedência é de aposentadoria, seguida de pensão. Na última categoria dessa variável, verificou-se que a maioria das idosas é casada, seguida de viúvas, o que é muito comum nessa faixa etária, em função da maior longevidade feminina e do alto índice de mortalidade em relação aos homens.

Já na variável satisfação quanto à saúde, a amostra indicou de forma positiva (satisfeito) seu estado de saúde, logo, podemos afirmar que a autopercepção pode estar associada à inserção do idoso na comunidade, ao seu convívio em um meio social e à prática da atividade física, outra variável presente no estudo. A ginástica é uma das modalidades do Projeto mais praticada entre as idosas do estudo. Nesse sentido, acredita-se que a opção escolhida pode ser explicada em função ser uma AF bastante conhecida e aceita, pela fácil execução de movimentos, considerando a capacidade de adaptação e seus benefícios físicos, sociais e mentais, que lhes proporcionam satisfação e melhoras em relação à estética, ao bem-estar, à sociabilidade e funcionalidade nas tarefas do dia a dia. Nessa pesquisa, a AF também está associada a outra variável: a frequência semanal. Nesse campo, grande parte das idosas pratica, no mínimo, duas vezes por semana, que corresponde ao número de encontros promovidos pelo projeto, seguido da frequência semanal de três vezes, evidenciada pelo envolvimento em outras atividades, geralmente caracterizada pela caminhada, muito escolhida pela preferência e disponibilidade dos idosos.

Por fim, a variável doença crônica não transmissível foi representada por grande parte das idosas com hipertensão. Entretanto, podemos afirmar que pode ser em função das alterações fisiológicas e metabólicas que ocorrem com o avanço da idade, em contrapartida, a categoria sem doenças crônicas apresentou expressiva representação, fato que pode estar relacionado ao estilo de vida ativo das idosas, fundamental para se chegar à boa velhice.

Levando em conta que não se obtiveram resultados significativos nos cruzamentos analisados deste estudo, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas nesse contexto, no sentido de considerar outras variáveis, bem como a relação destas com um grupo controle.

REFERÊNCIAS

ALVES L. C. **Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte, MG. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/dissertacao/DissertacaoLucianaCorreiaAlves.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2009.

ALVES L.C.; RODRIGUES, R, N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica** 2005; 17 (5-6): 333-41. Disponível em:

<http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Artigos_site/Determinantes_da_autopercepcao_de_saude.pdf>. Acesso em: 08 out. 2009.

ANDREOTTI, M. C.; OKUMA, S. S. Perfil Sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de Educação Física. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, 17(2):142-53 Jul/dez 2003. Disponível em:

<<http://www.usp.br/eef/rpef/v17n22003/v17n2p142.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2009.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2009.

DE FREITAS, E. V.; KOPILLER, D. In: FREITAS, E. V. *et al*; **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2º Ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan, 2006.

DE VITTA, A. **Bem estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres, adultos e idosos, sedentários e ativos**. Tese de Doutorado da Faculdade de Educação - Universidade Estadual de Campinas, SP, 2001. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000225779>>. Acesso em: 23 jul. 2009.

SANTOS, G. **A influência do estado conjugal no processo de envelhecimento bem-sucedido**. In: PORTELLA, M. R.; PASQUALOTTI, A.; GAGLIETTI, M. Envelhecimento Humano: saberes e fazeres. Ed. Universidade de Passo Fundo, 2006.

FARENZENA, W. P. *et al*. Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 225-43, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo3295.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2010.

GOLDIM, A. P. S.; DA SILVA, M. G. C. **Epidemiologia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. In: SAMAPAI, H. A. de C.; SABRY, M. O. D. Nutrição em Doenças Crônicas: Prevenção e Controle. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. Ed. Atheneu, 2007.

LIMA - COSTA, M.F. *et al.* **Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300007&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2009.

MAZO, Z. G.; LOPES, A. M.; BENEDETTI, B. T. **Atividade Física e o Idoso: concepção gerontológica.** 2º Ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MEIRELLES, M. **Atividade Física na Terceira Idade: uma abordagem sistêmica.** Rio de Janeiro: Editora Sprint LTDA, 1997.

NÉRI, A. L. **Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** 2º Ed. Campinas, SP: Editora Papirus, 2006.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995.

SABRY, M. O. D.; SOUZA, A. M. H. **Nutrição e Hipertensão Arterial.** In: SAMAPAI, H. A. de C.; SABRY, M. O. D. **Nutrição em Doenças Crônicas: Prevenção e Controle.** São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. Editora Atheneu, 2007.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde.** Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2009.

SENGER, J. **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2º Ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan, 2006.

SILVA, T. E.; REZENDE, C. H. A. **Avaliação Transversal da Qualidade de Vida de Idosos Participantes de Centros de Convivência e Institucionalizados por meio do Questionário Genérico WHOQOL-BREF.** Disponível em:

<http://www.propp.ufu.br/revistaeletronica/Edicao%202006_1/D/tais_estevao.pdf>
Acesso em: 22 out. 2009.

SOBRAL, C. R. M. **Determinantes da autopercepção de saúde entre mulheres freqüentadoras do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP).** Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada, São Paulo, 2007. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/89/89131/tde-16032007-134749/>> Acesso em: 01 dez. 2009.

TOSCANO, C. M. **As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial.** Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, dez. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2009.