

Barreiras no engajamento de idosos em serviços públicos de promoção de atividade física

Barriers to the involvement of the elderly in public services to promote physical activity

Renato Mendonça Ribeiro ¹
Sheilla Tribess ²
Andrêza Soares dos Santos ²
Lélia Lessa Teixeira Pinto ²
Maria da Conceição Lopes Ribeiro ²
Liliane Beatriz Roza ¹
Jair Sindra Virtuoso Júnior ¹

Abstract *The aim of this study was to examine the sociodemographic, health and behavioural characteristics related to non-participation of elderly people in activities offered by the program PROETI Health of Uberaba, Minas Gerais state. Observational study, case-control design with pairing 1:1 and sample composed of 220 elderly 60-80 years. Binary Logistic Regression was used to identify the sociodemographic, health and behavioral factors associated with non-engagement of non-users to the program. After hierarchical analysis, the non-engagement of the elderly in the program activities was associated with depressive symptoms, insufficient physical activity in the domain of leisure and reduced self-efficacy for performing moderate or vigorous physical activity. The characteristics identified in this study should receive priority attention in the formulation of community programs targeted at promoting physical activity for elderly people.*

Key words *Motor activity, Health promotion, Health services for the elderly*

Resumo *O objetivo deste estudo foi analisar as características sociodemográficas, de saúde e comportamentais relacionadas a não participação das idosas nas atividades oferecidas pelo programa Proeti Saúde de Uberaba, Minas Gerais. Estudo observacional, do tipo caso controle, com pareamento 1:1, tendo amostra sido composta por 220 idosas de 60 a 80 anos. A Regressão Logística Binária foi utilizada para a identificação dos fatores sociodemográficos, de saúde e comportamentais associados ao não engajamento das não usuárias ao programa. Após análise hierarquizada o não engajamento das idosas às atividades do programa mostrou-se associada à sintomatologia depressiva, prática insuficiente de atividade física no domínio do lazer e autoeficácia reduzida para a realização de atividade física moderada ou vigorosa. As características identificadas neste estudo devem receber atenção prioritária na formulação de programas comunitários direcionados à promoção de atividade física às pessoas idosas.*

Palavras-chave *Atividade motora, Promoção da saúde, Serviços de saúde para idosos*

¹ Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). R. Frei Paulino 30, NS Abadia. 38025-180 Uberaba MG Brasil. jair@ef.uftm.edu.br

² Programa de Pós-Graduação em Educação Física, UFTM.

Introdução

A segunda metade do século XX foi marcada por uma série de transformações de ordem política, econômica, tecnológica, demográfica e social. O desenvolvimento de novas tecnologias e procedimentos nas ciências médicas evidenciadas nesse período, aliados a melhorias nas condições vida, saneamento básico e assistência materna infantil, contribuíram para redução das mortes prematuras, o que desencadeou acelerado processo de envelhecimento populacional¹.

Entre os anos 2000 e 2010, o número de idosos aumentou de 13,9 milhões para 19,3 milhões, o que representa um crescimento expressivo em relação à população de 15 a 59 anos, que passou de 106,4 milhões para 124,5, enquanto o número de indivíduos com 0 a 14 anos diminuiu de 51 para 49,4 milhões².

Nesse contexto, a prevalência de morbidades mais características da população jovem e o controle das doenças parasitárias e infecciosas propiciaram o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas que são características de uma população envelhecida³.

Mudanças no estilo de vida da população, decorrentes do advento de novas tecnologias, a exemplo dos veículos automotores, televisão e internet, substituíram as tradicionais atividades de vida diária, por outras que contam com reduzido gasto energético¹.

A redução dos níveis de atividade física, o aumento do consumo de alimentos ricos em açúcares e gordura, e também de substâncias nocivas a saúde como álcool e tabaco, evidenciados nesse período, surgem como fatores de risco relacionado ao desenvolvimento e agravamento das doenças crônicas, tais como a obesidade, diabetes e do sistema circulatório⁴, o que trouxe impactos profundos na organização econômica, social e ambiental no Brasil, e fez surgir a necessidade da implementação de programas voltados para a prática de atividade física⁵.

A partir de 2005, o Ministério da Saúde (MS) do governo brasileiro, atendendo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros movimentos mundiais, passou a incentivar projetos que ofertassem a prática de atividade física, orientações para uma alimentação saudável, medidas preventivas contra o uso do tabaco, álcool e outras drogas, prevenção de acidentes de trânsito, prevenção de violência e estímulo à cultura de paz e promoção de desenvolvimento sustentável^{5,6}.

Essas ações se estabeleceram como eixos da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), aprovada em 2006, com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade a riscos de saúde, promover a equidade social e a melhoria da qualidade de vida da população⁵.

A PNPS surgiu em perspectiva de compreender os fatores ambientais e socioeconômicos relacionados ao desenvolvimento das DCNT (Doenças crônicas não transmissíveis), e através de ações intersetoriais, promover a ampliação dos serviços básicos de saúde no intuito de divulgar, ofertar e avaliar serviços e programas resolutivos para promoção de saúde à população, dentre eles a promoção de atividade física¹.

Acompanhando as tendências da mobilização nacional para iniciativas de promoção de saúde, o Programa de Educação em Tempo Integral (Proeti), da secretaria de educação da cidade de Uberaba, implantou em 2005 o Programa Proeti Saúde. Em 2008, foi oficializada a parceria entre as secretarias de Educação, Esporte e Lazer, e Saúde, com o acompanhamento das Equipes de Saúde da Família (ESF) e dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Os polos do programa Proeti Saúde situam-se em espaços públicos, como praças, parques, ginásios poliesportivos, próximos a unidades da ESF, oferecendo atividades voltadas para a resistência aeróbica, fortalecimento muscular e equilíbrio, em duas sessões semanais de 45 minutos.

Apesar do consenso da população quanto aos benefícios da prática de atividade física à saúde^{7,8}, os níveis de inatividade continuam elevados, sendo necessários esforços de diversos setores da sociedade para que a população adote um estilo de vida ativo⁹.

Apesar do sucesso do Proeti Saúde durante aproximadamente uma década de existência, o mesmo possui condições de ser ampliado com a maior participação de idosos nos 18 polos do programa distribuídos no município. O entendimento das características dos idosos residentes nos bairros próximos aos polos e que não são participantes do programa é útil no aperfeiçoamento de programas comunitários direcionados à promoção de práticas de atividades físicas.

O propósito deste estudo foi analisar as características sociodemográficas, de saúde e comportamentais relacionadas a não participação das idosas nas atividades oferecidas pelo programa Proeti Saúde de Uberaba, Minas Gerais.

Métodos

Os resultados desta investigação fazem parte do Estudo de Avaliação do Programa Proeti Saúde realizado no município de Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2013. Trata-se de estudo observacional, do tipo caso controle, com pareamento 1:1 (sexo, idade e vizinhança), através de métodos exploratórios *surveys*.

A amostra foi composta por 220 idosas de 60 a 80 anos, selecionadas por conveniência, sendo 110 usuárias do programa Proeti Saúde (grupo caso) e 110 não usuárias (grupo controle).

As idosas participantes do estudo não apresentavam dificuldades na acuidade visual e auditiva ou alterações cognitivas em grau severo. A avaliação foi realizada pelo entrevistador de forma subjetiva, perante o padrão de argumento das idosas no discurso ou pela dificuldade da entrevistada no entendimento das perguntas.

Para os participantes do estudo do grupo denominado de “casos”, os mesmos estavam vinculados ao “Programa Proeti Saúde” por um período mínimo de 12 meses. O grupo controle foi estabelecido por não participantes do “Programa Proeti Saúde” considerando o pareamento dos participantes por local de residência (vizinhança) e faixa etária (60-64, 65-69, 70-74, 75-80 anos).

Na avaliação, foi elaborada uma entrevista multidimensional, aplicada de forma individual, sendo constituída por questões relacionadas aos aspectos sociodemográficos: idade, escolaridade, estado civil, situação ocupacional, arranjo familiar e a classificação econômica seguindo diretrizes de estudo prévio¹⁰; indicadores de saúde: percepção de saúde¹¹, declínio cognitivo avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental¹², sintomatologia depressiva pela Escala de Depressão Geriátrica¹³, capacidade funcional pelas escalas de avaliação das atividades básicas e instrumentais da vida diária^{14,15}, e aspectos comportamentais: consumo de álcool e tabaco; autoestima¹⁶, autoeficácia¹⁷ e nível de atividade física avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física¹⁸. Foram consideradas ativas as idosas que praticavam 150 minutos ou mais por semana de atividade física moderada por semana¹⁹.

Para confecção do banco de dados, foi utilizado o software Epidata, versão 3.1b, e as análises por meio do pacote estatístico SPSS 15.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Na análise dos dados foram realizados procedimentos da estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão e intervalo de confiança) e inferencial, por meio do teste de normalidade

dos dados (Kolmogorov-Smirnov), distribuição das variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde entre os grupos (Qui-quadrado ou teste exato de Fischer) e a análise bruta e multivariável dos fatores sociodemográficos, de saúde e comportamentais associados ao não engajamento das não usuárias no Programa Proeti Saúde (Regresão logística binária)

Na análise bruta as variáveis para as quais se obteve valores $p < 0,20$ (teste de Wald) foram candidatas aos modelos múltiplos (hierarquizada). No bloco 1 estão as condições sociodemográficas; bloco 2, problemas de saúde referidos e no bloco 3, variáveis comportamentais. Para as análises inferenciais foi considerado nível de significância de $p \leq 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Resultados

As características sociodemográficas das idosas do grupo caso e do controle ($n = 220$) são apresentadas na Tabela 1. Identificou-se predominância de idosas com idade entre 60 a 69 anos e estado civil casado (ou vivendo com o parceiro) em ambos os grupos.

No arranjo familiar, observou-se diferença entre os grupos, com maior frequência de usuárias do programa Proeti Saúde vivendo com os filhos e as não usuárias com os netos.

Quanto ao nível de instrução, constatou-se maior concentração de idosas do grupo caso com três ou mais anos de estudo em relação à amostra do grupo controle, no qual predominou idosas analfabetas ou até dois anos de estudo. Em relação à classificação econômica, verificou-se maior frequência de idosas em ambos os grupos na classe C.

Em relação às condições de saúde, apresentadas na Tabela 2, verificou-se que o grupo caso apresentou predominância de percepção positiva de saúde. Constatou-se melhor qualidade de sono entre as usuárias do programa Proeti Saúde em relação às não usuárias, e maior concentração de idosas do grupo controle com consumo superior a quatro medicamentos por dia.

O declínio cognitivo e a sintomatologia depressiva foram mais frequentes entre as idosas não usuárias do programa. Quando analisadas as variáveis referentes à capacidade funcional, ambos os grupos apresentaram predominância de independência para a realização das ABVD, entretanto, em relação às AIVD, houve maior

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas das mulheres idosas nos grupos caso e controle. Uberaba, MG.

Variável	Caso		Controle		p*
	%	N	%	N	
Faixa Etária					0,585
60-69 anos	71,8	79	70,9	78	
70-79 anos	27,3	30	29,1	32	
≥ 80 anos	0,9	1	0	0	
Estado Civil					0,338
Solteiro	9,1	10	10	11	
Casado/vivendo com parceiro	50	55	40	44	
Viúvo	28,2	31	39,1	43	
Divorciado ou separado	12,7	14	10,9	12	
Pessoas na mesma residência					0,04
Mora só	17,3	19	19,1	21	
Só o cônjuge	25,5	28	14,5	16	
+ filhos	31,8	35	25,5	28	
+ netos	14,5	16	30	33	
Outros	10,9	12	10,9	12	
Escolaridade					0,018
Analfabeto	6,4	7	10	11	
1 a 2 anos	14,5	16	28,2	31	
≥ 3 anos	79,1	87	61,8	68	
Nível socioeconômico					0,01
Classes A e B	25,5	28	10	11	
Classe C	46,4	51	53,6	59	
Classes D e E	28,2	31	36,4	40	

* teste de Qui-quadrado.

Tabela 2. Distribuição das variáveis de saúde das mulheres idosas nos grupos caso e controle. Uberaba, MG.

Variáveis	Caso		Controle		p
	%	N	%	N	
Percepção de Saúde					0,01*
Positiva	50,9	56	30	33	
Negativa	49,1	54	70	77	
Qualidade do sono (dormir bem)					0,05*
Positiva	65,5	72	53,6	59	
Negativa	34,5	38	46,4	51	
Medicamentos consumidos					0,024**
≤ 1	27,3	30	20,9	23	
2 a 4	53,6	59	43,6	48	
> 4	19,1	21	35,5	39	
Declínio Cognitivo					0,029*
Ausência	75,5	83	62,7	69	
Presença	24,5	27	37,3	41	
Sintomatologia depressiva					0,000*
Ausência	85,5	94	57,3	63	
Presença	14,5	16	42,7	47	
ABVD					0,116*
Independente	90	99	83,6	92	
Dependente	10	11	16,4	18	
AIVD					0,002*
Independente	89,1	98	72,7	80	
Dependente	10,9	12	27,3	30	

* teste exato de Fischer (teste unilateral); ** teste de Qui-quadrado.

frequência de idosas do grupo caso classificadas como independentes.

Quanto aos aspectos comportamentais apresentados na Tabela 3, não foram identificadas diferenças entre os grupos para as variáveis relacionadas ao consumo de tabaco e bebidas alcoólicas. Em relação à autoestima e à autoeficácia na realização de atividade física moderada ou vigorosa, verificou-se predominância de idosas do grupo caso em relação as não usuárias.

A Tabela 4 discrimina os resultados da análise bruta e multivariável hierarquizada, apresentando o respectivo *Odds Ratio* (OR) na análise univariada e ajustada para associação entre as variáveis independentes e o não engajamento dos idosos às práticas de atividades físicas.

Na análise bruta o não engajamento das idosas às atividades do programa associou-se com o nível socioeconômico, percepção negativa de saúde, presença de labirintite, qualidade do sono, número de medicamentos consumidos diariamente, declínio cognitivo, sintomatologia depressiva, dependência para realização das AIVD, baixa autoestima, insuficiência de atividade física no domínio do lazer, baixa autoeficácia para realização de caminhada e atividade física vigorosa.

Quando realizada a análise ajustada, permaneceram associadas com a não adesão ao programa as variáveis de sintomatologia depressiva, prática insuficiente de atividade física no domí-

nio do lazer e autoeficácia reduzida para a realização de atividade física moderada ou vigorosa.

Discussão

As características sociodemográficas e de saúde das participantes deste estudo são similares a de outras pesquisas que analisaram o perfil dos usuários dos serviços de saúde pública^{20,21}. A similaridade de características favorece a generalização dos resultados e melhor compreensão das necessidades dos indivíduos que buscam tais serviços.

A prática regular de atividade física favorece a percepção positiva de saúde¹¹; melhora da capacidade funcional⁷; ausência de declínio cognitivo²²; menor ocorrência de sintomatologia depressiva²³; autoestima elevada¹⁶; melhor qualidade do sono²⁴; e maior autoeficácia para atividades físicas vigorosas⁸.

No presente estudo, em relação aos aspectos sociodemográficos, foi observado que parte considerável de ambos os grupos (caso/controlado) residem em ambiente multigeracional, fato que diferencia da realidade de idosos de outras localidades^{25,26}.

As idosas participantes do programa Proeti Saúde apresentam maior escolaridade do que as do grupo controle. A prática de atividade física, em especial no domínio de lazer, pode estar rela-

Tabela 3. Distribuição das variáveis comportamentais das mulheres idosas nos grupos caso e controle. Uberaba, MG.

Variável	Caso		Controle		p*
	%	N	%	N	
Tabagista					0,412
Não	71,8	79	61,8	68	
Sim	28,2	31	38,2	42	
Consumo de bebidas alcoólicas					0,484
Não	73,4	80	74,5	82	
Sim	26,6	29	25,5	28	
Autoestima					0,003
Elevada	66,4	73	47,3	52	
Baixa a moderada	33,6	37	52,7	58	
Autoeficácia (caminhada)					0,000
Elevada	47,3	52	17,3	19	
Baixa a moderada	52,7	58	82,7	91	
Autoeficácia (atividades físicas em intensidade moderada a vigorosa)					0,000
Elevada	77,3	85	15,5	17	
Baixa a moderada	22,7	25	84,5	93	

* teste exato de Fischer (teste unilateral).

Tabela 4. Fatores associados ao não engajamento dos idosos ao Programa Proeti Saúde de Uberaba, MG.

Variáveis	Prevalência %	Não usuários do programa Proeti Saúde			
		Análise Bruta		Análise Multivariável**	
		OR (IC 95%)	Wald	OR (IC 95%)	p*
Bloco 1 - Aspectos sociodemográficos					
Nível socioeconômico					1,35
A,B	28,2	1	8,58	1	
C	53,6	2,94 [1,33-6,50]		2,03 [0,61-6,76]	
D,E	56,3	3,28 [1,41-7,61]		1,65 [0,46-5,88]	
Bloco 2 - Aspectos funcionais e clínicos de saúde*					
Percepção de Saúde			9,80		
Positiva	37,1	1		1	
Negativa	58,8	2,42 [1,39-4,20]			
Labirintite			6,94		0,60
Não	43	1		1	
Sim	62,7	2,15 [1,21-3,82]		1,55 [0,64-3,7]	
Qualidade do sono (dormir bem)			6,25		
Sempre	46,3	1			
Quase sempre	22,3	0,86 [0,42-1,77]			
Às vezes	25,5	1,15 [0,58-2,28]			
Nunca/raramente	15	2,66 [1,12-6,29]			
Medicamentos			7,27		
< 2 medicamentos	43,4	1			
2 a 4 medicamentos	44,9	1,06 [0,54-2,06]			
> 4 medicamentos	65	2,42 [1,13-5,17]			
Declínio cognitivo			4,12		
Ausência	45,4	1			
Presença	60,3	1,82 [1,02-3,26]			
Sintomatologia depressiva			19,8		7,28
Ausência	40,1	1		1	
Presença	74,6	4,38 [2,28-8,40]		3,50 [1,40-8,69]	
AIVD ^a			8,98		
Independente	44,9	1			
Dependente	71,4	3,06 [1,47- 6,36]			
Bloco 3 - Aspectos Comportamentais**					
Autoestima			8,05		
Positiva	41,6	1			
Negativa	61,1	2,20 [1,27-3,79]			
Atividade física de lazer			53,88		31,48
≥ 150 min/sem	16,3	1		1	
< 150 min/sem	71,6	12,9 [6,55-25,7]		12,8- [5,26-31,3]	
Autoeficácia (caminhada)			21,21		
Positiva	26,8	1			
Negativa	61,1	4,3 [2,31-7,98]			
Autoeficácia (atividades físicas moderadas/vigorosas)			70,42		41,61
Elevada	16,7	1		1	
Reduzida	78,8	18,6 [9,39- 36,8]		15,5 [6,76-35,8]	

^a Atividades instrumentais da vida diária. * Controlado por aspectos sociodemográficos e aspectos funcionais e clínicos de saúde;

** Controlado por nível socioeconômico, labirintite, sintomatologia depressiva, atividade física de lazer, Autoeficácia em atividades físicas moderadas ou vigorosas.

cionada à quantidade de anos de estudo devido à relação com a renda e o acesso a informações

relacionadas ao benefício da prática de atividade física à saúde, ou mesmo, às estruturas de lazer²⁷.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, observou-se que ambos os grupos apresentaram predominância de idosas pertencentes à classificação econômica C. Entretanto, parte do grupo de idosas participantes do programa Proeti Saúde também apresentou ser pertencente aos estratos superiores de classificação econômica (classes A e B) característica esta que o diferencia do grupo controle, que por sua vez teve representatividade nos estratos inferiores de classificação denominados classes D e E.

A maior adesão por idosas com melhores condições financeiras às práticas de atividade física é corroborado por estudo realizado no país²⁸. No entanto, tal fato não é consenso na literatura, visto que alguns estudos têm demonstrado que em regiões de menor aporte financeiro há relação inversa entre renda e maiores níveis de atividade física^{26,29}, sendo tal diferença marcada pelo tempo despendido pelas idosas em atividades domésticas²⁶.

Em relação à percepção de saúde, verificou-se que as usuárias do programa Proeti Saúde relataram mais otimismo do que as não usuárias. Esses dados corroboram com os resultados de outros estudos que buscaram comparar a percepção de saúde de idosos expostos e não expostos à prática de atividade física^{11,30}.

Entre as usuárias, o elevado percentual de idosas que relataram percepção negativa, pode estar relacionado à procura pelo programa por pessoas que já apresentam algum problema de saúde, uma vez que as ESF fazem o encaminhamento de idosos com DCNT para o programa Proeti Saúde. O direcionamento de indivíduos já doentes para os serviços promotores de atividade física é tendência observada em outros programas e reflete a herança do modelo curativista, focada nos sintomas, o que pode contribuir para redução da eficácia da intervenção³¹.

Quanto à qualidade do sono, observou-se que as idosas do grupo caso relataram com maior frequência a percepção positiva em relação às idosas do grupo controle, resultados estes que são corroborados pela literatura³². Entre as possíveis explicações para tal relação está no fato de que distúrbios do sono estão relacionados à diminuição da disposição física e piora em indicadores físicos e psicossociais da qualidade de vida²⁴.

Referente ao consumo de medicamentos, constatou-se que mais de 1/3 das não usuárias do programa Proeti Saúde consomem mais do que 4 medicamentos por dia, percentual consideravelmente mais elevado do que entre as usuárias. Outros estudos também identificaram a relação

inversa entre a prática regular de atividade física e o consumo de medicamentos^{31,33}.

O consumo de alguns medicamentos, além de ser sinalizador da condição clínica de saúde, pode produzir efeitos colaterais, a exemplo da vertigem, que por sua vez está relacionada a maior prevalência de quedas, podendo ser esta a razão das não usuárias não aderirem a programas de atividades físicas³⁴.

O declínio cognitivo é considerado um grave problema de saúde pública em diversos países, estando o mesmo relacionado ao risco aumentado do desenvolvimento de demência, incapacidade funcional e a hábitos negativos de saúde, entre os quais encontra-se a inatividade física^{35,36}.

Foi identificado o declínio cognitivo leve em mais de 1/3 das idosas do grupo controle, sendo esta prevalência superior a do grupo caso. A relação inversa entre prática de atividade física e a presença de declínio cognitivo leve tem sido pronunciada com frequência na literatura^{22,37,38}. Há que destacar-se a limitação em explorar a variável cognitiva em estudos populacionais, devido a impossibilidade de obtenção de dados confiáveis por meio de questionários a pessoas com déficit cognitivo leve.

A depressão é reconhecida como doença extremamente onerosa em diversos países, sendo apontada na literatura como a quarta principal causa de incapacidade precoce, estando a mesma relacionada a alterações de humor, tristeza e desânimo^{23,39}.

Em relação à sintomatologia depressiva, constatou-se que as não usuárias do programa apresentaram elevada prevalência de tais sintomas em relação às usuárias, sendo tal resultado similar a levantamentos nacionais^{39,40}. A relação inversa entre a prática de atividade física e a presença dos sintomas depressivos, pode ser justificada pelo fato de que a variável comportamental possui dimensões psicossociais que favorece a comunicação e a diminuição do isolamento social⁴⁰.

A prevalência de dependência para as ABVD foi similar nos dois grupos, enquanto a prevalência de dependência para as AIVD foi superior no grupo controle em relação ao grupo caso.

A incapacidade funcional do grupo controle na realização das ABVD foi similar a levantamentos realizados em outras localidades do país, porém com prevalência inferior em relação às AIVD^{10,41}. As idosas do grupo caso apresentaram prevalência de incapacidade para ABVD e AIVD inferior a estudos conduzidos no país^{10,41}. A prática regular de atividade física contribui para manutenção e/ou desenvolvimento da aptidão física

e em aspectos psicossociais, o que por sua vez atua de forma positiva no desempenho funcional de idosos⁴².

Em relação aos aspectos comportamentais, verificou-se que a percepção elevada de autoestima das idosas do grupo caso foi superior aos escores do grupo controle. Os resultados observados corroboram com evidências encontradas em outro estudo, que compararam esse aspecto comportamental entre idosos ativos e inativos¹⁶. O aumento do nível de atividade física está relacionado com maior autoestima, que por sua vez, está relacionada a menores índices de sintomas depressivos¹⁶.

Em relação à autoeficácia, observaram-se níveis baixos para realização de caminhada em ambos os grupos. Entretanto, entre as usuárias do programa, 47,3% relataram ter elevada autoeficácia para realização dessa atividade, índice superior do que observado entre as não usuárias (17,3%). Para realização das atividades físicas moderadas ou vigorosa, a diferença observada entre os dois grupos foi mais acentuada, com nível elevado de autoeficácia para realização dessas atividades entre as idosas do grupo caso e reduzido para as idosas do grupo controle.

A elevada autoeficácia está relacionada à realização e manutenção de hábitos saudáveis, bem como à participação em atividades sociais, enquanto níveis reduzidos de autoeficácia relacionam-se com percepção subestimada das capacidades do idoso para enfrentar mudanças e realizar novas atividades⁴³. Evidências demonstram que elevada autoeficácia propicia ao idoso a busca de hábitos que promovam benefícios para sua saúde⁴⁴.

Em relação aos fatores associados ao não engajamento das idosas às atividades oferecidas pelo programa Proeti Saúde, na análise ajustada permaneceu associada com o não engajamento ao programa a sintomatologia depressiva, prática insuficiente de atividade física no domínio do lazer e autoeficácia reduzida para a realização de atividade física moderada ou vigorosa.

Algumas características sociodemográficas atuam como determinantes para o estilo de vida ativo, sendo identificadas na análise bruta, que as idosas pertencentes às classes econômicas C, D e E eram mais frequentes no grupo controle, porém tal associação não permaneceu na análise ajustada. Em alguns estudos foram identificadas a relação inversa do nível socioeconômico com o engajamento de idosos em práticas de atividades físicas^{26,29}.

A condição socioeconômica está relacionada à educação, cuidados e assistência de saúde²⁶, po-

rém tal variável pode ter sido inibida na análise pela maior força de interação apresentada pelas variáveis comportamentais.

Entre as doenças crônicas reportadas, a labirintite, apesar de não ter permanecido na análise ajustada, foi associada ao não engajamento das idosas na análise bruta, sendo uma doença comum durante o envelhecimento que está relacionada à tontura, perda de equilíbrio e que contribui ao favorecimento da ocorrência de quedas, que consequentemente gera uma série de transtornos para os indivíduos³⁴.

A sintomatologia depressiva foi associada a não participação do grupo controle às atividades oferecidas pelo programa Proeti Saúde, mesmo quando controlada por outras variáveis. Essa relação é compreensível, ao verificar-se que a doença está associada a sofrimento psíquico, falta de apetite e descaso com o autocuidado^{23,39}.

Por ser doença de complexo diagnóstico, a mesma representa obstáculo para os serviços de saúde, que devem se organizar para a identificação dos seus sintomas e prestar a atenção adequada a idosos mais suscetíveis a tal condição³⁹. A elevada prevalência de idosos com sintomatologia depressiva no grupo controle, e a relação inversa entre a prática de atividade física e a prevalência de depressão encontrada na literatura^{22,28} sugerem que ações específicas sejam desenvolvidas para incentivar a adesão das idosas não usuárias ao programa Proeti Saúde.

O nível insuficiente de atividade física no lazer também foi associado a não adesão de idosos do grupo controle às atividades oferecidas pelo programa Proeti Saúde. A prática de atividade física como lazer é necessária para indivíduos de todas as faixas etárias, sobretudo para os idosos, uma vez que estes são mais suscetíveis a níveis reduzidos da mesma no total, em especial no domínio do trabalho, devido à aposentadoria que também está relacionada à redução da interação social⁴⁵.

Evidências na literatura apontam que classes econômicas menos favorecidas, baixa escolaridade, presença de transtornos mentais, a exemplo da depressão, perdas funcionais decorrentes do processo de envelhecimento e a inviabilização de espaços públicos adequados, possuem relação estreita com a inatividade física no domínio do lazer^{27,45}. Tais evidências corroboram com alguns achados deste estudo quanto aos fatores determinantes ao não engajamento ao programa.

Na presente investigação foi identificado que baixa autoeficácia para atividades físicas moderadas e vigorosas se apresenta como fator deter-

minante para a não adesão das idosas do grupo controle ao programa Proeti Saúde. A autoeficácia, compreendida como a disposição, o interesse e a determinação que o indivíduo possui para adquirir novos hábitos, quando elevada configura-se como um dos fatores relacionados à adoção de hábitos saudáveis de vida, dos quais se encontra a atividade física⁴⁶.

Nesse contexto, é compreensível que a baixa autoeficácia para realização das atividades moderadas e vigorosas esteja relacionada com a não adesão das idosas do grupo controle ao programa Proeti Saúde. É necessária a elaboração de estratégias que possam identificar o estágio de disposição para mudança de comportamento em que se encontram as idosas não usuárias, para que sejam implantadas estratégias motivacionais e de encorajamento direcionadas ao desenvolvimento da autoeficácia e consequentemente à adesão ao programa⁴⁷.

Algumas limitações foram observadas no presente estudo: 1) uso do questionário pode subestimar ou superestimar algumas informações encontradas; 2) a não exigência de uma frequência regular no programa, bem como a ausência

de registro formal dos idosos frequentes dificulta a análise dos indicadores de desempenho, bem como o desenvolvimento de cada unidade específica, visto que alguns idosos realizam atividades em diferentes unidades durante a semana.

Por outro lado, a possibilidade de viés na seleção da amostra está reduzida devido ao pareamento feito por sexo, faixa etária e vizinhança, o que permitiu comparar idosas usuárias e não usuárias com características similares reduzindo assim a influência de possíveis fatores de confusão nos resultados encontrados.

Conclusão

Os dados analisados neste estudo permitem concluir que a sintomatologia, o baixo nível de atividade física no lazer e a reduzida autoeficácia em atividades físicas de moderada e/ou vigorosa intensidade são fatores determinantes para o não engajamento das idosas do grupo controle ao Programa Proeti/Saúde, mesmo quando controlado para aspectos sociodemográficos e clínicos de saúde.

Colaboradores

RM Ribeiro e JS Virtuoso Junior participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo, e aprovação da versão a ser publicada. S Tribess, AS Santos, LLT Pinto, MCL Ribeiro e LB Roza participaram da redação e revisão crítica do artigo, e aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de Mestrado e à Secretaria Municipal de Esporte e Lazer de Uberaba, pela autorização para a realização da pesquisa.

Referências

- Costa FF, Garcia LMT, Nahas MVA. A Educação Física no Brasil em Transição: perspectivas para a promoção de atividade física. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2012; 17(1):14-21.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, 2010.
- Carmo EH, Silva Junior JB, Barreto ML. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol Serv Saude* 2003; 12(2):63-75.
- Van der Ploeg HP, Chey T, Korda RJ, Banks E, Bauman A. Sitting Time and All-Cause Mortality Risk in 222 497 Australian Adults. *Arch Intern Med* 2012; 172(6):494-500.
- Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, Morais Neto OL, Temporão JG. National policy of health promotion and the motor activity agenda in the context of the National Health System in Brazil. *Epidemiol Serv Saude* 2009; 18(1):79-86.
- Knuth AG, Malta DC, Cruz DK, Freitas PC, Lopes MP, Fagundes J, Reis RS, Hallal PC. Rede Nacional de Atividade Física do Ministério de Saúde: resultados e estratégias avaliativas. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2010; 15(4):229-233.
- Mullen SP, McAuley E, Satariano WA, Kealey M, Prohaska TR. Physical Activity and Functional Limitations in Older Adults: The Influence of Self-Efficacy and Functional Performance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2012; 67(3):354-361.
- Xue QL, Bandeen-Roche K, Mielenz TJ, Seplaki CL, Szanton SL, Thorpe RJ, Kalyani RR, Chaves PH, Dam TT, Ornstein K, RoyChoudhury A, Varadhan R, Yao W, Fried LP. Patterns of 12-Year Change in Physical Activity Levels in Community-Dwelling Older Women: Can Modest Levels of Physical Activity Help Older Women Live Longer? *Am J Epidemiol* 2012; 176(6):534-543.
- Sousa CA, César CL, Barros MB, Carandina L, Godbaum M, Marchioni DM, Fisberg RM. Prevalence of leisure-time physical activity and associated factors: a population-based study in São Paulo, Brazil, 2008-2009. *Cad Saude Publica* 2013; 29(2):270-282.
- Virtuoso Júnior JS, Guerra RO. Factors associated to functional limitations in elderly of low income. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(5):430-435.
- Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes dos grupos de convivência de Florianópolis. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2087-2093.
- Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 1998; 56(3):605-612.
- Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(3):421-426.
- Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):103-112.
- Lopes RS, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS* 2008; 21(4):290-296.
- Meurer ST, Borges LJ, Benedetti TRB. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Rev Bras Ciênc Esporte* 2012; 34(3):683-695.
- Rech CR, Sarabia TT, Fermio RC, Hallal PC, Reis RS. Psychometric properties of a self-efficacy scale for physical activity in Brazilian adults. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 29(4):259-266.
- Benedetti TRB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *R Bras Ci e Mov* 2004; 12(1):25-34.
- Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1081-1093.
- Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(1):49-54.
- Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC, Cardoso AS, Dias RG, Balbé GP. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. *Cien Saude Colet* 2012; 17(1):23-31.
- Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saude Publica* 2008; 42(2):302-307.
- Lucas M, Mekary R, Pan A, Mirzaei F, O'Reilly EJ, Willett WC, Koenen K, Okereke OI, Ascherio A. Relation between clinical depression risk and physical activity and time spent watching television in older women. a 10-year prospective follow up study. *Am J Epidemiol* 2011; 174(9):1017-1027.
- Mello MT, Boscolo RA, Esteves AM, Tufik S. Physical exercise and the psychobiological aspects. *Rev Bras Med Esporte* 2005; 11(3):203-207.
- Pavarini SCI, Luchesi BM, Fernandes HCL, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Barham EJ, Oishi J. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. *Rev Eletr Enf* 2008; 10(1):39-50.
- Tribess S, Virtuoso Junior JS, Petroski EL. Atividade física e aspectos sociodemográficos de mulheres idosas. *RBSP* 2009; 33(3):336-348.

27. Pitanga FJ, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):870-877.
28. Reichert FF, Barros AJ, Domingues MR, Hallal PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *Am J Public Health* 2007; 97(3):515-519.
29. Batista NNLAL, Vieira DJN, da Silva GMP. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. *Enferm Foco* 2012; 3(1):7-11.
30. Vita A, Neri AL, Padovani CR. Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos, jovens e idosos. *Salusvita* 2006; 25(1):23-34.
31. Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SV, Alves M, Lopes ACS. Academia da Cidade: um serviço de promoção de saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):95-102.
32. Ribeiro JAB, Cavalli AS, Cavalli MO, Pogorzelski LV, Prestes MR, Ricardo LIC. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. *Rev Bras Ciênc Esporte* 2012; 34(4):969-984.
33. Silva LJ, Azevedo MR, Matsudo S, Lopes GS. Associação entre nível de atividade física e o uso de medicamentos em mulheres idosas. *Cad Saude Publica* 2012; 28(3):463-471.
34. Miranda RV, Mota VP, Borges M. Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. *Rev Enf Int* 2010; 3(1): 453-464.
35. Geda YE, Silber TC, Roberts RO, Knopman DS, Christianson TJ, Pankratz VS, Boeve BF, Tangalos EG, Petersen RC. Computer Activities, Physical Exercise, Aging and Mild Cognitive Impairment: A population based study. *Mayo Clin Proc* 2012; 87(5):437-442.
36. Nagamatsu LS, Handy TC, Hsu CL, Voss M, Liu-Ambrose T. Resistance training promotes cognitive and functional brain plasticity in seniors with probable mild cognitive impairment: A 6-month randomized controlled Trial. *Arch Intern Med* 2012; 172(8):666-671.
37. Garber CE, Greaney ML, Riebe D, Nigg CR, Burbank PA, Clark PG. Physical and mental health-related correlates of physical function in community dwelling older adults: a cross sectional study. *BMC Geriatr* 2010; 10:6.
38. Wang HX, Jin Y, Hendrie HC, Liang C, Yang L, Cheng Y, Unverzagt FW, Ma F, Hall KS, Murrell JR, Li P, Bian J, Pei JJ, Gao S. Late life leisure activities and risk of cognitive decline. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2012; 68(2):205-213.
39. Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JA, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):253-259.
40. Reichert CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacorte RR. Physical activity and depressive symptoms in community dwelling elders from southern Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2011; 33(2):165-170.
41. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saude Publica* 2009; 43(5):796-805.
42. Ueno DT, Gobbi S, Teixeira CVL, Sebastião E, Prado AKG, Costa JL, Gobbi LTB. Efeito de três modalidades de atividade física na capacidade funcional de idosos. *Rev Bras Educ Fis Esporte* 2012; 26(2):273-281.
43. Rabelo DF, Cardoso CM. Autoeficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *PsicoUSF* 2007; 12(1):75-81.
44. Silva MCS, Lautert L. O senso de autoeficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(1):61-67.
45. Zaitune MP, Barros MB, César CL, Carandina L, Goldbaum M. Variables associated with sedentary leisure time in the elderly in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(6):1329-1338.
46. McAuley E, Mullen SP, Szabo AN, White SM, Wójcicki TR, Mailey EL, Gothe NP, Olson EA, Voss M, Erickson K, Prakash R, Kramer AF. Self-Regulatory Process and Exercise Adherence in Older Adults: Executive Functions And Self Efficacy Effects. *Am J Prev Med* 2011; 41(3):284-290.
47. De Oliveira JG, Barbosa JPAS, Farah BQ, Chehuen MR, Cucato GG, Wolosker N, Forjaz CLM, Dias RMR. Estágios de mudança de comportamento e fatores associados à prática de atividade física em indivíduos com claudicação intermitente. *Einstein* 2012; 10(4):422-427.

Artigo apresentado em 10/04/2014

Aprovado em 03/09/2014

Versão final apresentada em 05/09/2014

