



Associação da autopercepção da qualidade de vida e saúde, prática de atividade física e desempenho funcional entre idosos no interior do Brasil

Association of self-perceived quality of life and health, physical activity and functional performance among older adults in the interior of Brazil

Renata da Costa Barbosa¹ 
Ana Luiza Lima Sousa² 

Resumo

Objetivo: analisar a autopercepção de saúde e da qualidade de vida associados aos fatores contextuais em idosos não institucionalizados em município rural no interior do Brasil. **Método:** Estudo transversal de base populacional. Foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais, não institucionalizados, residentes em município com características rurais. Foram utilizadas variáveis sociodemográficas, autopercepção da saúde e da qualidade de vida, nível de atividade física e desempenho funcional. Os dados foram coletados em domicílio com aplicação de entrevista e dos instrumentos: WHOQOL BREF, Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e teste *Timed Up and Go (TUG)*. Para a análise de comparação e associação foram aplicados os testes qui-quadrado ou exato de Fisher e Razão de Prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC). **Resultados:** Participaram do estudo 142 idosos, sendo 58,5% do sexo feminino, com média de idade de 72,4 ($\pm 8,0$) anos. A autopercepção da saúde foi associada à prática de atividade física (RP=1,13, IC=1,01-1,27) e ao desempenho funcional (RP=1,24, IC=1,03-1,48). A percepção da saúde (RP=1,66, IC=1,57-1,76) e qualidade de vida (RP=1,70, IC=1,60-1,79) boa/muito boa foi associada de forma positiva à prática de atividade física e independência funcional. **Conclusão:** A prática de atividade física e a manutenção da independência funcional contribuem de forma significativa para uma percepção positiva da saúde e qualidade de vida. Porém, idosos insuficientemente ativos e independentes também podem ter boa percepção da saúde. Recomendam-se intervenções nas políticas públicas que considerem características intrínsecas de cada população visando manter ou melhorar a percepção de saúde e qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Idoso; Autopercepção; Atividade motora; Desempenho físico funcional; Saúde do idoso; População rural.

¹ Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Goiânia, GO, Brasil.

² Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Liga de Hipertensão Arterial. Goiânia, GO, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Renata da Costa Barbosa
renatacbfisio@gmail.com

Recebido: 10/07/2021
Aprovado: 23/11/2021

Abstract

Objective: to analyze self-perception of health and quality of life associated with contextual factors in non-institutionalized older adults people in a rural municipality in the interior of Brazil. **Method:** Cross-sectional population-based study. Individuals aged 60 years or more, not institutionalized, living in a municipality with rural characteristics were included. Sociodemographic variables, self-perceived health and quality of life, level of physical activity and functional performance were used. Data were collected at home with application of interviews and instruments: WHOQOL BREF, International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) and Timed Up and Go test (TUG). For the comparison and association analysis, the chi-square or Fisher's exact test and the Prevalence Ratio (PR) and confidence intervals (CI) were applied. **Results:** The study involved 142 older adults, 58.5% female, with a mean age of 72.4 (± 8.0) years. Self-perceived health was associated with the practice of physical activity (PR=1.13, CI=1.01-1.27) and with functional performance (PR=1.24, CI=1.03 -1.48). The perception of good/very good health (PR=1.66, CI=1.57-1.76) and quality of life (PR=1.70, CI=1.60-1.79) was associated with positive to the practice of physical activity and functional independence. **Conclusion:** The practice of physical activity and maintenance of functional independence significantly contribute to a positive perception of health and quality of life. However, elderly people who are insufficiently active and independent may also have a good perception of health. Interventions in public policies that consider the intrinsic characteristics of each population are recommended, aiming to maintain or improve the perception of health and quality of life of the elderly.

Keywords: Aged; Self perception; Motor Activity; Functional physical performance; Health of elderly; Rural population.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é influenciado por fatores biológicos, ambientais e psicológicos¹ e provoca diferentes mudanças que podem impactar a vida do indivíduo, sua percepção de saúde e qualidade de vida². O envelhecimento saudável pode ser considerado um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice¹.

Entender a relação entre saúde, qualidade de vida e a capacidade funcional diante dos declínios associados ao envelhecimento é um desafio para a oferta de melhor assistência a essa população³. Um estilo de vida ativo contribui para a diminuição de limitações físicas e manutenção da autonomia do idoso, além disso, a atividade física mostra-se como um fator relevante para condições de percepção positiva da qualidade de vida e da saúde⁴. A atividade física pode ser influenciada pelo local de residência⁵ e refletir sobre a saúde individual e coletiva.

Idosos brasileiros residentes em meio rural recebem escassa atenção, visto que os maiores investimentos públicos em saúde concentram-se

em cenários urbanos⁶. Geralmente estudos abordam temas isolados como a atividade física^{7,8}, desempenho funcional^{9,10} e autopercepção da saúde ou da qualidade de vida^{4,11}, sem análises de possíveis associações capazes de afetar a vivência dessas populações específicas. A saúde percebida está associada à percepção da qualidade de vida e consiste em sentir-se bem mesmo na presença de doenças que suscitem algum impedimento para a realização de habilidades e capacidades⁴.

Diante disso, foi objetivo deste estudo analisar a autopercepção de saúde e da qualidade de vida associados aos fatores contextuais em idosos não institucionalizados em município rural no interior do Brasil.

MÉTODO

Estudo transversal, de base populacional, com população idosa residente em município no interior do Brasil. O município de Trombas localiza-se no Estado de Goiás, na região Centro-Oeste brasileira, a 418 quilômetros de Goiânia, com população estimada de 3.572 habitantes. Possui ainda grau de urbanização

inferior a 75% e densidade demográfica de 4,32 habitantes por quilômetro quadrado caracterizando-o como município rural¹².

O tamanho da amostra calculado considerou o tamanho da população de idosos residentes no município (para o fator de correção da população finita) igual a 518, frequência estimada de prática de atividade física de 67,0%¹³, limite de confiança de 5% e tamanho do efeito igual a um. O tamanho da amostra calculado foi de 206 indivíduos, considerando uma taxa de não resposta de 10% após duas tentativas.

Foram incluídos idosos com 60 anos ou mais, residentes no município há pelo menos cinco anos e que tinham estado de cognição preservado para entendimento de comando simples, como dizer seu nome completo, data de nascimento e expressar interesse em participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que não foram localizados para a coleta de dados ou que se recusaram a participar do estudo ou ainda que se encontravam em situação de distanciamento por viagem ou internação hospitalar. Todas as regiões do município foram consideradas para a coleta de dados, as visitas em cada região ocorreram em semanas distintas, repetindo-se apenas uma segunda vez conforme o tempo de coleta, nas situações em que o idoso não era localizado na primeira visita.

Inicialmente foram identificados 380 idosos com cadastro realizado pelas equipes de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde. Durante o período de 4 de março a 26 de julho de 2019, totalizando 21 semanas de coleta, foram visitados 265 idosos, o que representou 69,7% do registrado e, desses, 142 (53,6%) aceitaram o convite para participar da pesquisa, uma taxa de perdas o dobro do esperado.

Os dados foram coletados durante visitas domiciliares realizadas pela pesquisadora, registrados em um banco de dados e a abordagem individual foi padronizada com aplicação de formulários específicos para coleta de informações sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal, cor da pele e renda individual) e instrumentos validados para avaliação do desempenho funcional, atividade física e autopercepção da qualidade de vida e da saúde.

Foram utilizadas as duas primeiras questões genéricas do questionário *World Health Organization Quality of Life* brief (WHOQOL BREF) para a avaliação da autopercepção da saúde e da qualidade de vida¹⁴. A primeira questão está relacionada à autopercepção da qualidade de vida de modo geral e a segunda, a percepção do indivíduo com a própria saúde¹⁴. A pontuação das respostas varia de 1 a 5 em Escala Likert (1= muito ruim; 2= ruim; 3= regular; 4= boa; e 5= muito boa) ou em escores percentuais variando de 0 a 100. Quanto maior o escore, melhor a percepção da qualidade de vida e percepção da saúde do avaliado¹⁴. Os resultados obtidos foram classificados em ruim/muito ruim, regular e boa/muito boa.

Foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão longa adaptada para idosos, para avaliar o nível de atividade física dos participantes. Esse instrumento possibilita realizar a estimativa do tempo semanal gasto em atividades físicas de diferentes intensidades e em diversos contextos do cotidiano¹⁵. É um instrumento aplicado internacionalmente e validado para a população idosa brasileira¹⁵. O IPAQ adaptado para idosos é composto por cinco domínios, com 15 questões. As perguntas do instrumento incluem as atividades praticadas no trabalho, no transporte, em casa ou jardim e aquelas realizadas no lazer, dentre elas, a caminhada, o exercício ou esporte¹⁶.

Para categorizar os resultados do IPAQ, foi utilizada a classificação em minutos/semana¹⁶, considerando como suficientemente ativos os que praticavam atividade no mínimo moderada, pelo menos, 150 minutos por semana; escores inferiores foram classificados como insuficientemente ativos¹⁷. Os idosos suficientemente ativos ainda foram categorizados naqueles que realizavam atividades de lazer e os que realizavam atividades no trabalho ou tarefas domésticas.

Para verificar o desempenho funcional foi utilizado o Teste *Timed "Up & Go"* (TUG), que classifica a funcionalidade do indivíduo em categorias, informando sobre seu equilíbrio, velocidade de marcha e habilidades funcionais¹⁸. O teste mede, em segundos, o tempo necessário para o indivíduo levantar-se de uma cadeira de braços padrão (altura

de aproximadamente 46cm), caminhar uma distância de 3 metros, virar-se, caminhar de volta para a cadeira e sentar-se novamente¹⁸. O teste foi aplicado três vezes no mesmo dia (com dois minutos de intervalo entre os testes), com cada participante, e como pontuação final foi escolhido o melhor resultado. Foi considerada a seguinte classificação para ambos os gêneros: indivíduo independente nas atividades de vida diária (AVDs) (realiza o teste em até 20 segundos) e dependente nas AVDs (acima de 20 segundos)¹⁸.

Para realizar análise estatística foi fixado o nível de significância em $p < 0,05$. As variáveis foram analisadas de forma descritiva por meio da frequência relativa e absoluta, bem como por medidas de posição e dispersão. As variáveis quantitativas foram apresentadas em média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartil (IQ) Q1 - Q3 (25% - 75%). As comparações de proporções foram feitas por meio do teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Como medida de associação foi utilizada a Razão de Prevalência (RP) com intervalo de confiança (IC) de 95%. Foram rodados modelos de regressão e aplicadas estratégias de análise para desvelar os resultados possíveis, a partir dos dados coletados. Um dos pressupostos ausentes para aplicar a regressão múltipla foi a distribuição da frequência dos dados em variáveis categóricas.

O desempenho funcional e o de nível de atividade física foram agregados, gerando a seguinte classificação: suficientemente ativos e independentes; suficientemente ativos e dependentes; insuficientemente ativos e independentes e insuficientemente ativos e dependentes. Foram identificados os idosos que eram suficientemente ativos, dentro desse grupo verificaram-se aqueles que eram também independentes e os que eram dependentes em suas AVDs. De forma semelhante, dentro do grupo de idosos insuficientemente ativos foi verificado aqueles que eram independentes e os que eram dependentes em suas AVDs.

Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com o parecer nº 3.157.986 e protocolo CAAE: 03823418.4.0000.5078.

RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 142 idosos, o que representou 37,4% daqueles com registro na Estratégia Saúde da Família no município. A média de idade foi de 72,4 ($\pm 8,0$), mínima de 60 e máxima de 97 anos; mediana de 71,5 anos (IQ : 66-79 anos), semelhante entre os sexos.

Os participantes do sexo feminino e idosos mais jovens (entre 60 e 69 anos de idade) apresentaram-se em maior proporção. Além disso, foi verificado que 38,7% dos idosos frequentou de um a três anos de escola formal, 53,5% eram casados e a maior parte era aposentada (Tabela 1).

Não houve associação significativa da variáveis sociodemográficas e categorias de autopercepção da saúde ou qualidade de vida (Tabela 2).

A proporção de idosos que apresentaram boa ou muito boa autopercepção da saúde e autopercepção da qualidade de vida foi maior comparadas às outras categorias (Figura 1).

Quanto à prática de atividade física, do total de participantes, 95 (66,9%) foram classificados como suficientemente ativos e 33,1% como insuficientemente ativos. Dentre aqueles suficientemente ativos 55,8% realizavam algum tipo de atividade de lazer e 44,2% realizavam atividades voltadas para o trabalho ou tarefas domésticas.

Em relação ao desempenho funcional, o teste TUG identificou que 124 (88,6%) dos idosos avaliados eram independentes nas AVDs.

Do total de idosos suficientemente ativos, 64,2% ($p=0,012$) apresentaram autopercepção da saúde boa ou muito boa. No entanto, não foram encontradas associações entre o tipo de atividade física (lazer ou trabalho e tarefas) e a autopercepção da saúde e da qualidade de vida. Quanto ao desempenho funcional, 62,1% ($p=0,018$) dos idosos independentes percebiam sua saúde como boa ou muito boa.

Ao categorizar a amostra de acordo com a prática de atividade física em conjunto com desempenho funcional, verificou-se que 65,7%

dos participantes eram suficientemente ativos e independentes nas AVDs.

Foi observada associação da autopercepção da saúde com a prática de atividade física e a independência nas atividades de vida diária, em que a maior proporção desse grupo tinha

autopercepção da saúde boa/muito boa (Tabela 3). Quanto à autopercepção da qualidade de vida, foram observadas associações com a prática de atividade física e desempenho funcional. A maior proporção de idosos que percebia a qualidade de vida como boa/muito boa era suficientemente ativa e independente (Tabela 3).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra (n=142). Trombas, GO, 2019.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	59 (41,5)
Feminino	83 (58,5)
Escolaridade	
Nunca foi à escola, mas sabe ler e escrever	21 (14,8)
Nunca foi à escola e não sabe ler e escrever	17 (12,0)
Frequentou de 1 a 3 anos de escola formal	55 (38,7)
Frequentou de 4 a 6 anos de escola formal	25 (17,6)
Frequentou mais de 6 anos de escola formal	24 (16,9)
Faixa etária	
60 a 69 anos	58 (40,8)
70 a 79 anos	52 (36,6)
80 anos ou mais	32 (22,6)
Situação conjugal	
Separado/divorciado	10 (7,0)
Solteiro/viúvo	56 (39,5)
Casado	76 (53,5)
Cor da pele	
Branca	34 (23,9)
Parda	91 (64,1)
Negra	17 (12,0)
Amarela	-
Renda individual (SM ¹)	
Menos de 1	3 (2,1)
1 a 2	128 (90,1)
2 a mais	8 (5,7)
Sem rendimento próprio	3 (2,1)
Aposentadoria	
Aposentado	120 (84,5)
Não aposentado	22 (15,5)

¹ SM: salário mínimo vigente na época; valor = R\$ 998,00.

Tabela 2. Características sociodemográficas da amostra segundo autopercepção da saúde e da qualidade de vida entre idosos (n=142). Trombas, GO, 2019.

Variáveis	Autopercepção Saúde		Valor de p^*	Autopercepção Qualidade de Vida		Valor de p^*
	Ruim/muito ruim/regular	Boa/Muito boa		Ruim/muito ruim/regular	Boa/Muito boa	
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Sexo			0,981			0,595
Masculino	25 (42,4)	34 (57,6)		23 (39,0)	36 (61,0)	
Feminino	35 (42,2)	48 (57,8)		28 (33,7)	55 (60,4)	
Escolaridade			0,597			0,186
Nunca foi à escola, mas sabe ler e escrever	11 (52,4)	10 (47,6)		7 (33,3)	14 (66,7)	
Nunca foi à escola e não sabe ler e escrever	8 (47,1)	9 (52,9)		6 (35,3)	11 (64,7)	
1 a 3 anos de escola formal	20 (39,2)	31 (60,8)		23 (45,1)	28 (54,9)	
4 a 6 anos de escola formal	10 (40,0)	15 (60,0)		7 (28,0)	18 (72,0)	
6 anos de escola formal	7 (29,2)	17 (70,8)		5 (20,8)	19 (79,2)	
Faixa etária			0,101			0,068
60 a 69 anos	19 (32,8)	39 (67,2)		17 (29,3)	41 (70,7)	
70 a 79 anos	23 (44,2)	29 (55,8)		17 (32,7)	35 (67,3)	
80 anos ou mais	18 (56,2)	14 (43,8)		17 (53,1)	15 (46,9)	
Situação conjugal			0,929			0,857
Separado/divorciado	4 (40,0)	6 (60,0)		4(40,0)	6 (60,0)	
Solteiro/viúvo	25 (44,6)	31 (55,4)		21 (37,5)	35 (62,5)	
Casado	31 (40,8)	45 (59,2)		26 (34,2)	50 (65,8)	
Cor da pele			0,128			0,413
Branca	17 (50,0)	17 (50,0)		15 (44,1)	19 (55,9)	
Parda	33 (36,3)	58 (63,7)		29 (31,9)	62 (68,1)	
Negra	10 (58,8)	7 (41,2)		7 (41,2)	10 (58,8)	
Renda individual (SM ¹)			0,278			0,143
Menos de 1 salário mínimo	1 (33,3)	2 (66,7)		0 (0,0)	3 (100,0)	
1 a 2 salários mínimos	56 (43,8)	72 (56,2)		51 (39,8)	77 (60,2)	
2 a mais salários mínimos	1 (12,5)	7 (87,5)		0 (0,0)	8 (100,0)	
Sem rendimento próprio	2 (66,7)	1 (33,3)		0 (0,0)	3 (100,0)	

¹ SM – salário mínimo vigente na época; valor = R\$ 998,00. * Qui-quadrado.

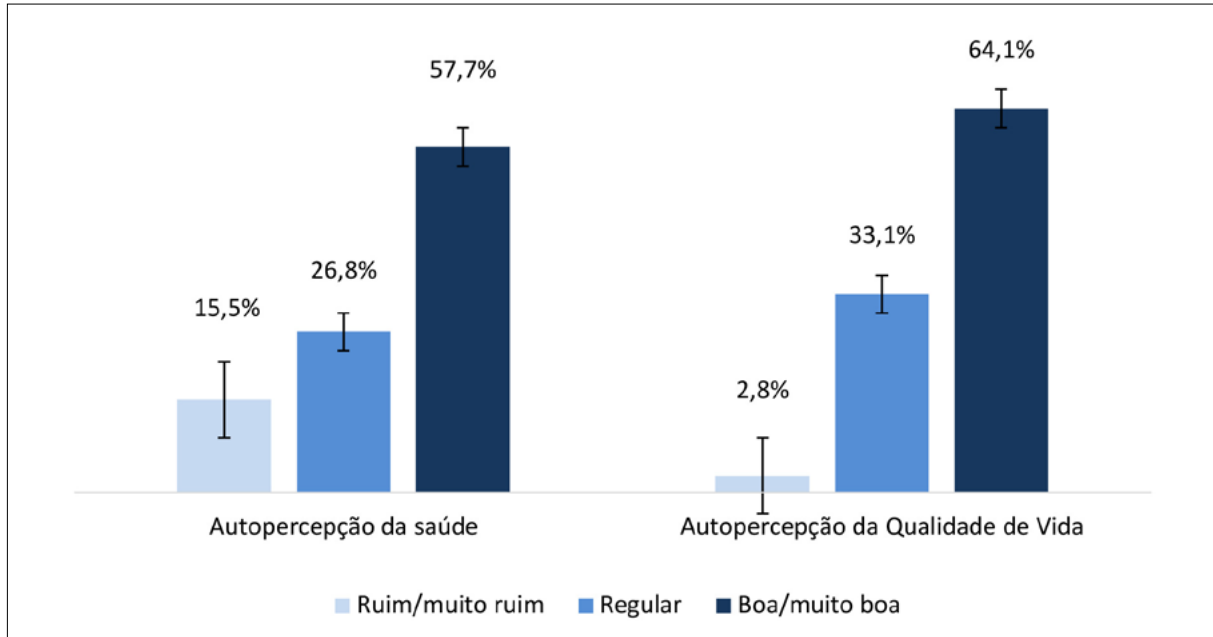


Figura 1. Avaliação da autopercepção da qualidade de vida e da saúde da amostra. Trombas, GO, 2019.

Tabela 3. Autopercepção da saúde e da qualidade de vida e associação com atividade física e desempenho funcional entre idosos. Trombas, GO, 2019.

Atividade física e Desempenho funcional	Autopercepção da Saúde				Valor de <i>p</i> *
	Ruim/muito ruim/regular	Boa/muito boa	RP	IC95%	
	n (%)	n (%)			
Suficientemente Ativos					0,000
Dependentes	2 (100,0)	0 (0,0)	1,66	1,57-1,76	
Independentes	31 (33,7)	61 (66,3)			
Insuficientemente ativos					0,368
Dependentes	9 (64,3)	5 (35,7)	1,10	0,89-1,38	
Independentes	16 (50,0)	16 (50,0)			
	Autopercepção da Qualidade de Vida				
Suficientemente Ativos					0,000
Dependentes	2 (100,0)	0 (0,0)	1,70	1,60-1,79	
Independentes	28 (30,4)	64 (69,6)			
Insuficientemente ativos					0,439
Dependentes	7 (50,0)	7 (50,0)	1,08	0,88-1,33	
Independentes	12 (37,5)	20 (62,5)			

RP: razão de prevalência, IC95%: Intervalo de Confiança de 95%, *Qui-quadrado

DISCUSSÃO

Neste estudo, uma menor proporção de idosos apresentou autopercepção da saúde e da qualidade de vida ruim ou muito ruim, sendo que, mais da metade dos participantes percebiam sua saúde e qualidade de vida como boa ou muito boa. Embora não tenha sido identificada associação com variáveis sociodemográficas nessa população específica, é reconhecido que a autopercepção da saúde pode ser influenciada pela idade, sexo, nível educacional, estilo de vida, fatores culturais, biológicos, psicológicos e sociais e pelo local de residência¹⁹.

Um estudo realizado com população de uma cidade de pequeno porte no interior de Goiás identificou que grande maioria dos entrevistados apresentou autopercepção da saúde boa ou muito boa²⁰.

A história de vida de cada um reflete sobre a forma como o processo de envelhecimento e mesmo as doenças são entendidas²¹. Na presença de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais os sentimentos de fragilidade e insegurança refletem sobre como a saúde é percebida²².

A autopercepção da qualidade de vida esteve associada de forma significativa com a prática de atividade física e independência nas AVDs, não sendo associada a nenhuma outra variável deste estudo. Esse resultado foi contrário a um trabalho que verificou os fatores associados à percepção positiva da qualidade de vida em idosos de baixa renda em zona rural e urbana de cidade do nordeste do Brasil, não foram encontradas associações entre autopercepção da qualidade de vida e nível de atividade física¹¹. No entanto, vários estudos confirmam os resultados apresentados, e relatam a relação positiva da prática de atividade física e/ou a independência funcional com a boa qualidade de vida^{7,10}. Esses resultados podem ser explicados pela forma de avaliação da qualidade de vida. Em alguns trabalhos, foi avaliada a percepção que o indivíduo tinha da sua própria qualidade de vida. Em outros, foram utilizados os domínios do instrumento WHOQOL OLD, que investiga vários fatores relacionados à qualidade de vida (autonomia, funcionamento do sensorio, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade).

No presente estudo, verificou-se que dois terços dos idosos eram suficientemente ativos, sendo consonante com a prevalência de 67,0% encontrada por Peixoto et al.¹³ e com idosos residentes em áreas rurais na Bahia (64,2%)²³. Essas características estiveram associadas apenas a autopercepção da saúde.

Foi observado neste trabalho que os idosos suficientemente ativos e com maior independência nas atividades da vida diária, referiram autopercepção da saúde como boa ou muito boa, indicando uma associação na forma de perceber o próprio bem-estar. Foi identificado que a prática da atividade física e melhor desempenho funcional estavam associados ao processo de envelhecimento saudável. Destaca-se, nesse estudo, que o tipo de atividade física não influenciou a autopercepção de saúde do idoso em área rural, sendo observada apenas associação quanto ao nível de atividade física. A prática de atividade física pode ser influenciada pelas condições ambientais e sociais às quais o idoso está inserido²³, sendo que idosos em meio rural podem apresentar estilo de vida mais saudável do que quando residem em grandes áreas urbanas⁵.

A caminhada tem sido a atividade física mais frequente entre a população de idosos urbanos no Brasil, de acordo com o que foi revelado em estudo descritivo realizado em todas as capitais e no Distrito Federal²⁴. Na população do presente estudo, 44,2% dos idosos se manteve ativa por meio da realização de atividades domésticas, jardinagem, deslocamento, cultivo de lavouras e agropecuária. Enquanto 55,8% incluíam em seu cotidiano alguma atividade física voltada para o lazer, predominantemente a caminhada.

Estudos no Brasil têm mostrado que populações que residem em área rural apresentam um comportamento mais ativo nos domínios do trabalho, deslocamento e domicílio, como prática de atividade física^{8,23}. Por outro lado, foi verificada frequência elevada de indivíduos insuficientemente ativos, principalmente nas atividades de lazer, independentemente da faixa etária, nessa população²⁵.

Idosos que residem em área rural podem apresentar estilo de vida mais saudável, com melhores hábitos alimentares e comportamentos mais ativos em atividades do cotidiano^{8,23}. Em zona rural do sul

do Brasil a participação dos idosos em atividades de lazer foi elevada (79,8%) e esteve associada ao gênero, situação conjugal, escolaridade e renda. Os autores incluíram em atividades de lazer, tanto as atividades físicas quanto as manuais/artísticas, intelectuais, associativas e turísticas, identificando 46,2% da amostra com prática de atividade física no lazer²⁶.

Os resultados encontrados na presente pesquisa podem ser explicados por questões relacionadas a ações de educação em saúde promovida pelo próprio município que abordam temas sobre promoção de alimentação saudável e prática de atividade física²⁷. Os idosos expressavam a necessidade de realizar atividades físicas como a caminhada e manutenção de hábitos de vida saudáveis. A atividade física pode favorecer a promoção da percepção de saúde positiva entre idosos. Além de aumentar a expectativa de vida e reduzir o risco de doenças crônicas contribuindo para a manutenção da aptidão física e capacidade funcional⁴.

Em outro estudo, realizado com mulheres idosas ex-alunas de uma Universidade na Carolina do Norte, nos Estados Unidos, a atividade física no lazer e a satisfação com o tempo de atividade física no lazer foi correlacionada de forma positiva à autopercepção de saúde²⁸. Idosos chineses que estavam expostos a espaços verdes e faziam exercícios físicos com frequência tinham maior probabilidade de relatar boa percepção de saúde comparados àqueles que faziam exercícios com pouca frequência²⁹.

No que se refere à autopercepção da saúde, 64,2% dos idosos suficientemente ativos percebiam, de forma significativa, sua saúde como boa ou muito boa. Um corte transversal realizado com idosos em cidade de pequeno porte no interior da Bahia não encontrou associações entre o nível de atividade física e a autopercepção da saúde, com prevalência de 53,9% de inatividade física entre os participantes⁷. Em área urbana no sul do Brasil, a atividade física foi um fator importante na relação da autopercepção de saúde e da qualidade de vida em idosas participantes de um programa de atividades físicas⁴.

A inatividade física é considerada um fator determinante na diminuição da autonomia e independência da população idosa, pois exacerba

os prejuízos nos sistemas fisiológicos e biomecânicos provocados pelo envelhecimento³. Os efeitos benéficos da atividade física são bem aceitos, assim como sua importância para a melhora das condições de saúde, especialmente na população idosa⁷. No entanto, neste estudo, 69,6% dos idosos insuficientemente ativos eram independentes em suas AVDs e 50% apresentava boa ou muito boa percepção da saúde.

Maiores escores da autopercepção de saúde foram associados a uma menor limitação para realizar atividades³⁰. Por outro lado, estudo em população rural no nordeste brasileiro não apontou associação significativa entre autopercepção da saúde e incapacidade funcional, sendo observadas associações entre incapacidade funcional e doenças crônicas como hipertensão arterial e cardiopatia. A autopercepção negativa de saúde relatada por essa população foi de 57,9%³¹.

Uma possível explicação para as implicações apresentadas deve-se às diferenças características de cada pesquisa, como por exemplo, tipo de instrumento utilizado para avaliar a capacidade funcional. Destacando-se também que a capacidade funcional e a percepção da saúde são influenciados por questões intrínsecas à cada população estudada¹⁹.

No presente estudo, grande parte dos idosos independentes em suas AVDs eram também suficientemente ativos, e desses, dois terços apresentavam percepção da saúde boa ou muito boa. Estudo com idosos no Brasil, realizado em três centros urbanos diferentes apontou que ter percepção negativa da saúde (regular ou ruim), fazer uso de mais de dois medicamentos, ter sintomas depressivos e ser insuficientemente ativo (menor quartil de nível de atividade física, ≤ 60 minutos/semanais) foram fatores associados a incapacidade funcional nas AVDs. O tempo curto ou prolongado de sono, tabagismo e a inatividade física foram fatores que aumentaram a necessidade de assistência em atividades de vida diária de idosos rurais³².

A independência na realização de tarefas habituais é um fator que determina a saúde do idoso³³. O declínio da funcionalidade é motivo para uma pior percepção da saúde³¹. Estudo transversal realizado

na região nordeste do Brasil, com idosos residentes em distritos rurais, mostrou baixa proporção de dependência na realização das AVDs (3,4%) e incapacidade funcional (13,7%)²³. Além disso, os resultados da presente pesquisa condizem com estudos na região norte brasileira, em que, 94,0% dos idosos estudados na zona rural e 97,0% em zona urbana apresentaram boa funcionalidade^{9,10}.

De forma semelhante à presente investigação, outros estudos apontaram que a funcionalidade está diretamente ligada a autopercepção do estado geral de saúde^{30,32,33}. Estudo de coorte realizado com idosos de 60 a 69 anos em região rural da Noruega destacou que, após 11 anos, uma baixa autopercepção da saúde e depressão foram fatores de risco para a necessidade de assistência em uma ou mais atividade de vida diária³².

Estudo em área urbana com idosas ativas e sedentárias no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, indicou que a autonomia funcional foi classificada como baixa para todos os grupos. Os autores sugeriram que as atividades físicas oferecidas aos grupos ativos não representaram estímulos suficiente para melhorar a capacidade física dos participantes³. Atividades que promovam melhorias na capacidade aeróbia podem preservar as funções fisiológicas acometidas pelo envelhecimento³. Nesse estudo, idosos suficientemente ativos e insuficientemente ativos apresentaram nível de 50% ou mais de independência funcional.

Elementos explicativos que possibilitam o entendimento do declínio funcional ainda são complexos, porém, há um consenso quanto a preservação das condições funcionais por meio de certos hábitos, como a prática de atividade física. Entretanto, ainda são pouco explorados os fatores associados à incapacidade funcional e a atividade física, muitas vezes limitados a levantamentos isolados específicos^{33,34}.

Uma limitação reconhecida do presente estudo esteve associada à coleta de dados que prolongou-se no tempo, refletindo possíveis vieses de aferição. Para minimizar essa possibilidade foram utilizados instrumentos de avaliação validados e as medidas realizadas em domicílio foram feitas com aparelhos calibrados e sempre aplicados pela mesma pessoa.

Suscita-se a dúvida sobre a relação entre ser independente nas AVDs e/ou ser suficientemente ativo, e quais das características influenciam de forma mais significativa a percepção da saúde de idosos. Visto que, ser independente nas AVDs não significa necessariamente ser suficientemente ativo. Na literatura, é crescente o conceito de investigar o comportamento (realização de uma atividade) versus o desfecho (o resultado de se realizar atividade), verificando qual produziria maiores efeitos benéficos ao indivíduo³⁵. Sugere-se assim, estudos que possam investigar de forma mais detalhada os benefícios de ser independente nas AVDs como um desfecho e de ser suficientemente ativo como um comportamento.

Alguns outros pontos devem ser destacados como força do estudo, como por exemplo, o diagnóstico situacional da condição de vida de pessoas idosas residentes em município rural no interior do Brasil. As questões respondidas durante as visitas em domicílio permitiram expressões pessoais dos idosos, incluindo reivindicações para o poder público. Ainda durante a coleta de dados a pesquisadora colheu sugestões para intervenções nas políticas públicas na área social e da saúde, com sugestões para aplicação imediata e tardia.

Ressalta-se também a criação de uma coorte com os idosos participantes do estudo para que sejam acompanhados em um sistema de vigilância em saúde no município.

CONCLUSÕES

A prática de atividade física e a manutenção da independência nas atividades de vida diária apresentam-se como fatores que contribuem para uma percepção positiva da saúde e qualidade de vida. No entanto, idosos insuficientemente ativos e independentes também percebem sua saúde de forma boa ou muito boa. Além disso, o tipo de atividade física não foi associado à percepção da saúde.

Recomendam-se intervenções nas políticas públicas na área social e de saúde, considerando as características específicas da população para que possam proporcionar a manutenção ou melhoria da boa percepção de saúde e qualidade de vida. Essas ações podem contribuir para o fortalecimento de

vínculos familiares e comunitários, promovendo a autonomia e melhora da qualidade de vida e saúde dessa população. Recomendamos que as Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais no município sejam utilizados para oferta de atividades orientadas por profissionais capacitados.

Espera-se que as contribuições deste trabalho, para a comunidade do município estudado, estendam-

se para outros municípios com características semelhantes, colaborando para evidenciar o impacto da ciência na sociedade. Sugere-se a realização de mais estudos com idosos em comunidades com características rurais, visto que o vasto território brasileiro apresenta características distintas de uma região para a outra.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

11 de 12

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde . Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Geneva: OMS; 2015.
2. Condello GAO, Capranica LAO, Migliaccio S, Forte R, Di Baldassarre AAO, Pesce CA-O. Energy Balance and Active Lifestyle: Potential Mediators of Health and Quality of Life Perception in Aging. *Nutrients*. 2019;11(9):1-9.
3. Moraes FLR, Corrêa P, Coelho WS. Avaliação da autonomia funcional, capacidades físicas e qualidade de vida de idosos fisicamente ativos e sedentários. *Rev Bras Prescrição Fisiol Exerc*. 2018;12(74):297-307.
4. Gomes FRH, Gasparotto GS, de Oliveira V, Vagetti GC. Autopercepção de saúde associada à percepção de qualidade de vida em idosas praticantes de atividade física de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Rev Kairós*. 2019;22(3):1-10.
5. Whitfield G, Carlson S, Ussery E, Fulton J, Galuska DA, Petersen R. Trends in Meeting Physical Activity Guidelines Among Urban and Rural Dwelling Adults - United States, 2008-2017. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68(23):513-8.
6. Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:724-32.
7. Rodrigues SC, dos Santos L, Pinheiro Júnior JA, Valença Neto PF, Casotti CA. Nível de atividade física em idosos residentes em um município de pequeno porte: dados do estudo base. *Rev Bras Prescrição Fisiol Exerc*. 2019;13(82):1-10.
8. Ribeiro CG, Ferretti F, Sá CA. Quality of life based on level of physical activity among elderly residents of urban and rural areas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):330-9.
9. da Costa RS, Leão LF, Campos HLM. Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. *Rev Kairós*. 2020;23(1):1-10.
10. Freitas CV, Sarges ESNF, Moreira KECS, Carneiro SR. Evaluation of frailty, functional capacity and quality of life of the elderly in geriatric outpatient clinic of a university hospital. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):119-28.
11. Santos JR, Couto JO, Santos WS, Gueiros MM, Moraes Jr. GS, Silva RJS. Fatores associados à percepção de qualidade de vida em idosos de baixa renda. *Motricidade*. 2016;12:139-46.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População do Município de Trombas, Goiás [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/trombas/panorama2010> .
13. Peixoto SV, Mambrini JVM, Firmo JOA, de Loyola Filho AI, de Souza Jr. PRB, de Andrade FB, et al. Physical activity practice among older adults: results of the ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Supl 2):1-10.
14. World Health Organization. WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version, December 1996. Geneva: WHO; 1996.
15. Benedetti TRB, Antunes PC, Rodriguez-Añez CR, Mazo GZ, Petroski EL. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Rev Bras Med Esporte*. 2007;13:11-6.
16. Mazo GZ, Benedetti TRB. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. *Rev Bras Cineantropom Desenvolv Hum*. 2010;12(6):480-4.
17. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020;54(24):1451-62.
18. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up & Go": a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-8.

19. Sayón-Orea C, Santiago S, Bes-Rastrollo MAO, Martínez-González MA-O, Pastor MA-O, Moreno-Aliaga MJ, et al. Determinants of Self-Rated Health Perception in a Sample of a Physically Active Population: PLENUFAR VI Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):1-10.
20. Inuzuka S, Jardim PCV, Abrahams-Gessel S, Souza LG, Rezende AC, Perillo NB, et al. Self-rated health status and illiteracy as death predictors in a Brazilian cohort. *PLoS ONE*. 2018;13(7):e0200501.
21. Borges A, Santos G, Kummer J, Fior L, Molin V, Wibeling L. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(1):79-86.
22. Moimaz S, Almeida M, Lolli L, Garbin C, Saliba N. Envelhecimento: Análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009;12(3):361-75.
23. Rodrigues WKM, Rocha SV, Vasconcelos LRC, Diniz KO. Atividade física e incapacidade funcional em idosos da zona rural de um município do nordeste do Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015;28(1):126-32.
24. Lima DF, Lima LA, Mazzardo O, Anguera MdG, Piovani VGS, da Silva Jr. AP, et al. O padrão da atividade física no lazer de idosos brasileiros. *Cad Educ Fis*. 2018;16(2):1-10.
25. Wanzeler F, Nogueira J. Atividade física em populações rurais do Brasil: uma revisão da literatura. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2019;27(4):1-10.
26. Pitilin EB, Massaroli A, Luzardo AR, Lentsck MH, Baratieri T, Gasparin VA. Fatores associados às atividades de lazer de idosos residentes na zona rural. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Supl. 3):1-10.
27. Seabra CAM, Xavier SPL, Sampaio YPCC, de Oliveira MF, Quirino GS, Machado MFAS. Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(4):1-10.
28. Eifert EK, Hall M, Smith PH, Wideman L. Quality of life as a mediator of leisure activity and perceived health among older women. *J Women Aging*. 2018;31(1):1-10.
29. Chen H, Liu Y, Zhu Z, Li Z. Does where you live matter to your health? Investigating factors that influence the self-rated health of urban and rural Chinese residents: evidence drawn from Chinese General Social Survey data. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):1-10.
30. Guerra FP, Dias RC, Pereira LSM, Assis LO, Assis MG. Factors that impact functional performance of elderly with low back pain. *Fisioter Mov*. 2017;30:63-73.
31. Almeida T, Santos C, Rocha S, Pedreira R, Pinto Jr. E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos residentes na zona rural. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2016;15:1-10.
32. Storeng SH, Sund ER, Krokstad S. Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population-based survey: the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *BMJ Open*. 2018;8(3):1-10.
33. Virtuoso Jr. JS, Tribess S, Smith Menezes A, Meneguci J, Sasaki JE. Fatores associados à incapacidade funcional em idosos brasileiros. *Rev Andal Med Deporte*. 2016:1-9.
34. Del Duca G F, Silva MCD, Silva SGD, Nahas MV, Hallal PC. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2012;16(2):120-4.
35. Dankel SJ, Loenneke JP, Loprinzi PD. Determining the Importance of Meeting Muscle-Strengthening Activity Guidelines: Is the Behavior or the Outcome of the Behavior (Strength) a More Important Determinant of All-Cause Mortality? *Mayo Clin Proc*. 2016;91(2):166-74.