

Ricardo da Costa Naete

**A Autopercepção Subjectiva do Estado de Saúde dos Participantes e não Participantes do
programa Envelhecer com Saúde na Cidade de Maputo**

Supervisor:

Prof. Doutor Timóteo Daca

Universidade Pedagógica de Maputo

Maputo

2021

Ricardo da Costa Naete

A Autopercepção Subjectiva do Estado de Saúde dos Participantes e não Participantes do programa Envelhecer com Saúde na Cidade de Maputo

Dissertação de Mestrado a apresentar ao Departamento de Biodinâmica na Faculdade de Educação Física e Desporto para a obtenção do grau de Mestre em Actividade Física e Saúde.

Mestrado em Actividade Física e Saúde

Universidade Pedagógica de Maputo

Maputo

2021

INDICE

Dados curriculares do Autor.....	I
Agradecimento.....	IV
Dedicatória.....	I
V	
<u>Filiação.....</u>	<u>IV</u>
Resumo.....	V
Abstract.....	III
<u>I</u>	
Índice de quadros.....	VII
Índice de Tabelas.....	VII
Índice de abreviaturas.....	VIII
CAPITULO I.....	
1. Introdução.....	<u>9:10</u>
1.1. Problema.....	11
1.2. Justificativa.....	12
1.3.1. Geral.....	12
1.3.1.1. Específicos.....	12
CAPITULO II.....	
2. Revisão de Literatura.....	14
2.1. Estado de Saúde.....	15
2.1.1. Autopercepção subjectiva do estado de saúde.....	10
2.1.1.1. Autopercepção de saúde e os conceitos associados.....	13
2.1.1.2. Autopercepção de saúde e seus factores.....	13
2.1.1.3. Autopercepção de saúde e seus determinantes.....	15
2.1.1.4. Autopercepção de saúde e algumas considerações.....	18
2.1.1.5. Autopercepção de saúde e o envelhecimento saudável.....	19
2.1.1.6. Autopercepção de saúde e suas dimensões.....	21
2.1.1.6.1. Saúde actual e anterior.....	24
2.1.1.6.2. Prespectiva de saúde e resistência à doença.....	27
2.1.1.6.3. Preocupação com a saúde e orientação a doença.....	30
2.1.2. Autopercepção da saúde e actividade física.....	35
2.1.3. Autopercepção da saúde e aptidão física.....	39
CAPITULO III.....	44
3.1. Metodologia.....	44
3.1.2. Amostra.....	44
3.1.2.1. Critério de inclusão.....	44

3.1.3. Programa “Envelhecer com Saúde”	44
3.1.4. Variáveis do Estudo.....	45
3.1.4.1. Indicadores sociodemográficos	45
3.1.4.2. Questionário da autopercepção de saúde.....	45
3.1.6. Processamento de dados e análise estatística	47
CAPITULO IV	48
4. Apresentação dos Resultados	Erro! Indicador não definido.
4.1. Resultados da caracterização sociodemográfica	Erro! Indicador não definido.
4.2. Resultados da validação do questionário.....	50
4.3. Resultados da autopercepção do estado de saúde.....	51
CAPITULO V	53
5. Discussão.....	53
5.2. Consistência interna do questionário.....	54
5.3. Saúde actual.....	55
5.4. Saúde anterior.....	55
5.5. Perspectiva de saúde.....	56
5.6. Resistência à doença.....	57
5.7. Preocupação com a saúde.....	58
5.8. Orientação da doença.....	58
5.9. Limitações	59
CAPITULO VI.....	60
6. Conclusão	60
CAPITULO VII.....	61
7. Referências Bibliográficas.....	61
ANEXO I - Instrumentos de recolha de dados	72
ANEXO II - Folha de consentimento informado	75
ANEXO III - Folha de consentimento informado	77
ANEXO IV – Comunicação de conflitos de Interesse	79
ANEXO V - Compromisso do Investigador em manter os Princípios de Bioética.....	80

Agradecimento

Fico eternamente grato a todos que, directa ou indirectamente, me apoiaram ao longo de todo percurso não só académico, mas também, profissional e social, pois sem vocês este estudo não teria sido realizado. O cumprimento de todos os objectivos e alcance de metas a que me propus desde o início deveram-se não só à minha persistência, mas, em grande parte, ao meu orientador Professor Doutor Timóteo Daca, pela disponibilidade, pela paciência, pelo profissionalismo, pelos incentivos e, principalmente, pelas críticas que me ajudaram a evoluir e crescer enquanto futuro profissional da Actividade Física e Saúde. Agradeço largamente a todos os funcionários da Faculdade de Educação Física e Desporto, colegas da turma, estudantes, aos Professores, as meninas “(Idosas)” do Programa Envelhecer com Saúde. Em segundo lugar, ao Professor António Prista, pelo saber transmitido nas aulas do laboratório no Núcleo de Investigação em Actividade Física e Saúde.

Em terceiro lugar, de forma mais ou menos informal, o meu mais sincero obrigado à minha família, em particular aos meus pais, que Deus os tenha, aos meus irmãos, aos meus tios e aos meus avós, pois foram, ao longo deste percurso, um forte apoio e uma fonte de inspiração para procurar fazer sempre mais e ser sempre melhor. À minha esposa Joana Titos e companheira de vida em todo e qualquer momento, aos meus filhos: Edna Naete Mapera, Costa Naete Mapera, Ricardo Naete Mapera, Olga Naete Mapera e a Victória Naete Mapera, o meu enorme agradecimento por todo o afecto e paciência, por me apoiar incondicionalmente e me fazer acreditar, em tudo o que faço.

Em quarto lugar expresso, ainda, a minha gratidão a todos os meus amigos: Professor Jeremias Mahique; Professor Pedro Pessula, Professor Armênio Matsolo, Professor Bernardo Matsimbe, por toda a motivação e estímulo em momentos de fraqueza e desânimo.

Porque a gratidão é o estado de reconhecimento de todos e tudo, pela prestação, auxílio, favor em reconhecida árdua tarefa académica, sem dúvida, um reconhecimento real por que me ofereceram e proporcionaram ao longo desta caminhada, endereço o meu especial agradecimento a todos.

Kanimambo

Dedicatória

Os meus Pais, por me conceder o privilégio, a capacidade vital e de aprender para servir com zelo, mestria a comunidade, e por abrir as portas quando tudo parecia impossível.

À Faculdade de Educação Física e Desportos (FEFD), na pessoa do Professor Doutor Timóteo Daca, que em todos os momentos apostou na relevância do Mestrado em Actividade Física e Saúde e que não mediu esforços para orientar o formando de uma forma motivadora e sempre presente em todos os momentos, pelas suas palavras de apreço e por apostar nas suas qualidades.

À minha família, em especial tio Martins Mapera, que me fez crescer profissionalmente; meus irmãos: Manuel Naete Mapera; Raimundo Naete Mapera; Olga Naete Mapera; (Dias Naete Mapera); Marenjo Naete Mapera; Zilda Naete Mapera e a Victória Naete Mapera, que, embora fisicamente distante, estavam presentes no pensamento, em cada batalha e em cada vitória.

À saudosa memória dos meus queridos pais (Costa Naete Mapera e Victória Mahesse), que desde a minha mais tenra idade, cultivaram em mim o homem que hoje sou, mostrando-me o ensino primário, nunca tivera oportunidade de assistir a nenhuma das minhas provas académicas.

E, finalmente, à minha esposa Joana Tito e aos meus filhos: Edna Naete Mapera; Costa Naete Mapera; Ricardo Naete Mapera; Olga Naete Mapera e Victória Naete Mapera, por terem sido muito pacientes e amorosos em todo este período de três anos em que, muitas vezes, estive tão ausente do meu dever social. Muito obrigado.

1,2Ricardo Naete, 1,2Timóteo Daca

e-mail: naetericardo@gmail.com; dacajunior@gmail.com

1Núcleo de Investigação em Actividade Física e Saúde; 2Faculdade de Educação Física e Desportos da Universidade Pedagógica de Maputo, Moçambique

Resumo

INTRODUÇÃO: A percepção do estado de saúde das populações adultas e idosas tem importância científica, não só para identificar a presença dos sinais e sintomas mais salientes de distúrbios, mas também para perceber como a actividade física (AF) regular ajuda a melhorar os processos cognitivos de bem-estar físico, mental e social. A autopercepção do estado de saúde dos adultos e idosos em programas de AF ainda é desconhecida em Moçambique, primeiro, por escassez de estudos e segundo pela complexidade do seu entendimento e avaliação.

OBJECTIVO: avaliar comparativamente a autopercepção do estado de saúde dos participantes (GEx) e não participantes (GnEx) do Programa “Envelhecer com Saúde” em curso na Faculdade de Educação Física e Desportos a mais de 10 anos de existência na Cidade de Maputo.

MÉTODOS: Foram seleccionados por conveniência cerca de 181 adultas e idosas ($57,9 \pm 6,7$ anos de idade), sendo 113 ($60,7 \pm 6,7$ anos de idade) participantes (GEx) e 68 ($55,3 \pm 3,5$ anos de idade) não participantes (GnEx) do Programa “Envelhecer com Saúde”. O questionário de autopercepção subjectiva do estado de saúde (QPS) elaborado por John Ware em 1976 foi o instrumento de medida utilizado no presente estudo. O QPS apresenta 33 itens dos quais 27 itens formam seis subescalas, a saber: (1) Saúde Actual (SA) com 9 itens; (2) Saúde Passada (SP) com 3 itens; (3) Perspectivas de Saúde (PS) com 4 itens; (4) Resistência a Doença (RD) com 4 itens; (5) Preocupação com a Saúde (PS) com 5 itens; (6) Orientação da Doença (OD) com 2 itens. Antes do estudo propriamente dito, o QPS passou por um teste de consistência interna, no qual 20 adultos e idosos (10 GEx e 10 GnEx), participaram no teste e reteste com intervalo de uma semana. O alfa (α) de Cronbach foi estimado para verificar a consistência interna do QPS enquanto o teste de Wilcoxon (W) foi utilizado para a comparação entre os GEx e o GnEx. Todos os pressupostos estatísticos obedeceram ao intervalo de confiança (IC) de 95% processados no pacote estatístico SPSS versão 22.0. **RESULTADOS:** O teste e reteste indicou elevada consistência interna do QPS testemunhado pelo valor de Alfa de Cronbach que esteve acima de 0.080 considerado mais que perfeita: (1) Saúde Actual (0,976); (2) Saúde Passada (1,000); (3) Perspectivas de Saúde (0,996); (4) Resistência a Doença (0,997); (5) Preocupação com a Saúde (0,991); (6) Orientação da Doença (0,987). A comparação entre os grupos indicou que o GEx apresentou melhores escores do QPS do que o GnEx em todas as dimensões; a saber; SA ($39,6 \pm 4,1$ & $17,4 \pm 9,8$; $p= 0,001$); SP ($10,7 \pm 2,9$ & $5,5 \pm 2,4$; $p= 0,001$); PS ($18,4 \pm 1,6$ & $8,2 \pm 5,6$; $p= 0,001$); RD ($16,7 \pm 2,5$ & $8,2 \pm 5,6$; $p=0,001$); PsS ($18,7 \pm 3,4$ & $9,8 \pm 4,9$; $p=0,001$); OD ($7,6 \pm 2,2$ & $3,5 \pm 1,2$; $p= 0,001$); RnD ($25,6 \pm 8,7$ & $13,0 \pm 7,7$; $p= 0,001$), respectivamente. **CONCLUSÃO:** Os resultados sugerem que o programa de AF pode estar a contribuir para a autopercepção subjectiva positiva do estado de saúde dos participantes.

Palavras-chave: Saúde; Exercício Físico; Autopercepção; Qualidade de vida.

Abstract

INTRODUCTION: The perception of the health status of the older adults populations have scientific importance, not only to identify the presence of the most prominent signs and symptoms of disorders, but also to understand how regular physical activity (PA) helps to improve cognitive processes of physical, mental and social well-being. The self-perception of the health status of older adults in the PA programs is still unknown in Mozambique, first, due to scarcity of studies and second, due to the complexity of its understanding and evaluation. **OBJECTIVE:** to comparatively assess the self-perception of the health status of participants (GEx) and non-participants (GnEx) of the “Aging with Health” program underway at the Faculty of Physical Education and Sport for more than 10 years of existence in the city of Maputo. **METHODS:** Approximately 181 older adults women (57.9 ± 6.7 years old) were selected for convenience, 113 (60.7 ± 6.7 years old) participating (GEx) and 68 (55.3 ± 3.5 years of age) not participating (GnEx) in the “Aging with Health” program. The questionnaire of subjective self-perception of the state of health (QPS) elaborated by John Ware in 1976 was the measurement instrument used in the present study. The QPS has 33 items, of which 27 items form six subscales, namely: (1) Present Health (SA) with 9 items; (2) Past Health (SP) with 3 items; (3) Health Perspectives (PS) with 4 items; (4) Disease Resistance (RD) with 4 items; (5) Health Concern (PS) with 5 items; (6) Disease Orientation (DO) with 2 items. Before the study properly said, QPS underwent a validation test, in which 20 older adults (10 GEx and 10 GnEx), participated in the test and retest with an interval of one week. Cronbach's alpha (α) was estimated to internal consistency of the QPS while the Wilcoxon test (W) was used for the comparison between GEx and GnEx. All statistical assumptions followed the 95% confidence interval (CI) processed in the SPSS version 22.0 statistical package. **RESULTS:** The test and retest indicated that the internal consistency of the QPS was high witnessed by the Cronbach's Alpha value that was above 0.080 considered more than perfect. (1) Present Health (0,976); (2) Past Health (1,000); (3) Health Perspectives (0,996); (4) Disease Resistance (0,997); (5) Health Concern (0,991); (6) Disease Orientation (0,987). The comparison between the groups indicated that the GEx had better QPS scores than the GnEx in all dimensions; to know; SA (39.6 ± 4.1 & 17.4 ± 9.8 ; $p = 0.001$); SP (10.7 ± 2.9 & 5.5 ± 2.4 ; $p = 0.001$); PS (18.4 ± 1.6 & 8.2 ± 5.6 ; $p = 0.001$); RD (16.7 ± 2.5 & 8.2 ± 5.6 ; $p = 0.001$); PcS (18.7 ± 3.4 & 9.8 ± 4.9 ; $p = 0.001$); OD (7.6 ± 2.2 & 3.5 ± 1.2 ; $p = 0.001$); RnD (25.6 ± 8.7 & 13.0 ± 7.7 ; $p = 0.001$), respectively. **CONCLUSION:** The results suggest that the PA program may be contributing to the positive subjective self-perception of the participants' health status.

Keywords: Health; Physical exercise; Self-perceived; Quality of life.

Índice de quadros:

Quadro nº 1 - Estudos sobre a Autopercepção da Saúde em Idosos (factores relacionados com a saúde actual; saúde anterior; resistência à doença; perspectiva da saúde; orientação da doença; rejeição à doença; atitude de ir ao médico; e preocupação com a saúde) Autopercepção da Saúde em Idosos.....

Quadro nº 2 - Estudos sobre a Dimensão Saúde Física- Capacidade Funcional de Actividade (factores relacionados à saúde actual e saúde anterior) Autopercepção da Saúde em Idosos.....

Quadro nº 3 - Estudos sobre a Dimensão Saúde Mental (factores relacionados à perspectiva de saúde e resistência a doença) Autopercepção da Saúde em Idosos.....

Quadro nº 4 - Estudos sobre a Dimensão Saúde Social (factores relacionados à preocupação com a saúde e orientação da doença) Autopercepção da Saúde em Idosos.....

Quadro nº 5 - Quadro representativo do agrupamento dos itens nas subescalas.....

Índice de Tabelas:

Tabela1. Resultados da descrição da amostra nas variáveis demográficas e socioculturais dos participantes e não participantes do Programa Envelhecer com Saúde.....

Tabela2. Resultado média (X) e desvio padrão (DP) do total, GEx e GnEx, Alfa de Cronbach do Teste-Reteste (*validação das imensões do questionário*) e valor de prova de acompadração de Z score do pré e pós entre as medias dos grupos de acordo com as dimensões do QPS.....

Tabela3. Resultados do escore da Autopercepção Subjectiva do Estado de Saúde dos Participantes e não Participantes do Programa Envelhecer com Saúde de acordo com as dimensões do QPS.....

Índice de abreviaturas:

- Actividade Física- (AF);
- Actividade Física e Saúde- (AFS);
- Aptidão Física- (ApF);
- Analysis of Moment Structures- (AMOS);
- Consistência Interna- (CI);
- Exercícios Físicos- (E.F);
- Núcleo de Investigação em Actividade Física e Saúde- (NIAFS);
- Organização das Nações Unidas- (ONU);
- Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Percepção Subjectiva da Saúde (PSS)
- Questionário de Percepção de Saúde- (QPS)
- Rand Health Insurance Experiment- (RHIE);
- The Health Perceptions Questionnaire - (HPQ);
- World Health Organization (WHO)

CAPITULO I

1. Introdução

A percepção do estado de saúde é uma opinião subjectiva que tem em conta os estímulos (internos e externos) recebidos de representação multidimensional (VINTEM, 2008; ROSS, 2010). Neste sentido, os estímulos sensoriais são organizados em informações significativas expressando concretamente a opinião subjectiva dos mesmos, a forma como ela é percebida, não se centrando apenas das indicações médicas objectivas, mas também da autoavaliação do seu estado físico e mental (VINTEM, 2008). Se por um lado a percepção de saúde representa uma visão multidimensional e subjectiva do indivíduo que tem sido afectada por valores pessoais, crenças, etnia, condição física, mental e social da presença ou não da doença, por outro lado, a sua monitoria representa ate certa medida o estado de bem-estar e a qualidade de vida do sujeito, incorporando em todas as componentes físicas, cognitivas e emocionais de domínio da satisfação com a própria vida (SILVA, JÚNIOR & VIELA, 2014; BIGATON et al., 2015).

A literatura de especialidade de estudos dedicados na avaliação subjectiva intimamente relacionada com as informações e conhecimentos de saúde e aspectos socioculturais, indica que a população adulta e idosa apresenta um diferencial, em relação aos outros grupos etários (crianças, adolescentes e Jovens), quanto à autopercepção da sua saúde, por ser um grupo etário atacado por múltiplas doenças e que se manifestam de forma acumulada (CONFORTIN et al., 2015). Relativamente ao gênero, as mulheres tendem a apresentarem piores resultados da autopercepção do estado de saúde do que os seus pares do sexo masculino (CONFORTIN et al., 2015) sem uma justificação aparente. Mesmo assim, as possíveis respostas são atribuídas ao peso significativo dos determinantes sociais sobre os domínios perceptivos, a saber, (1) nos indicadores demográficos (idade; sexo; estado civil e renda familiar); (2) indicadores socioeconómicos (educação e renda); (3) doenças crónicas (hipertensão, artrite ou reumatismo, doenças cardiovasculares, diabetes, asma, bronquite ou enfisema, acidente vascular cerebral e câncer) e (4) capacidade física funcional nas actividades de vida diária (FREITAS et al., 2010).

O programa de Actividade Física (AF) regular é um dos determinantes sociais com importância para a capacidade física funcional nas actividades de vida diária e se associa a autopercepção positiva do estado de saúde dos adultos e idosos (GUARDA, 2010; OMS, 2011). Esta realidade tem expressão na prevenção primária (idosos saudáveis), secundária (idosos doentes) e terciária (Idosos em recuperação) (OMS, 2011). Se por um lado os adultos e idosos tendem a apresentar taxas elevadas de ausência, desistência e de abandono nos programas de AF

com impacto significativo na saúde dos participantes (DISMAN, 1989), por outro se reconhece, um pouco pelo mundo, há escassez da avaliação consistente dos indicadores psicossociais nestes mesmos programas. Reconhece-se que a avaliação da autopercepção do estado de saúde dos adultos e idosos em programas de AF regulares pode ajudar a revelar quais os grupos dos participantes tem mais tendência de desistir, possibilitando, desse modo, criar medidas específicas e mais interventivas tendentes à melhoria da sua participação regular e consequentemente do seu bem-estar e qualidade de vida.

Em Moçambique, tanto quanto julgarmos ser do nosso conhecimento, os programas de AF regulares orientados para os adultos e idosos estão a aumentar consideravelmente, mesmo diante das dificuldades relacionadas à falta de infraestruturas adequadas e pessoal qualificado. Um dos exemplos de programa de AF consistente é denominado de “Envelhecer com Saúde” que esta em curso a mais de 10 anos na Faculdade de Educação Física e Desportos, da Universidade Pedagógica de Maputo. Nele tem sido referenciado, no domínio acadêmico, por continuar a disponibilizar estudos científicos publicados nas revistas nacionais e internacionais mais por conta da sua estrutura organizativa, metodologia e de superação que o caracteriza (DACA et al. 2011; 2016, 2020, 2021). Entretanto, no quadro destas publicações já realizadas denota-se a ausência de estudos que inferem a autopercepção do estado de saúde dos participantes. Dai que, dado a longevidade do programa “Envelhecer com Saúde” aliada a coexistência de níveis de desistência e abandono, o presente trabalho pretende avaliar comparativamente a autopercepção do estado de saúde das participantes e não participantes do programa “Envelhecer com Saúde” na Cidade de Maputo.

1.1. Problema

A avaliação da autopercepção do estado de saúde vem sendo frequentemente utilizada na abordagem da associação entre saúde e seus determinantes demográficos, socioeconómicos, doenças crónico-degenerativas e da capacidade física funcional das populações. Esta realidade tem sido considerada fiável e expressa vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional (LEBRÃO & DUARTE, 2008; ALVES & RODRIGUES, 2005). Neste sentido, os programas de Actividade Física (AF) regulares têm sido indicados como promotores da autoavaliação positiva da autopercepção do estado de saúde na população idosa (BIGATON 2015; SILVA, JÚNIOR & VILELA, 2014). Iguualmente, os mesmos autores sugerem que os idosos participantes dos programas de AF tendem a apresentarem melhores indicadores biopsicossociais do que os seus pares não activos (BIGATON 2015; SILVA, JÚNIOR & VILELA, 2014). Neste processo os adultos e idosos que necessitam de maiores cuidados e atenção, do ponto de vista de saúde, têm apresentado níveis preocupantes de ansiedade, depressão, auto-estima e auto-imagem associada a elevados níveis de ausências nos programas de AF, (RAMOS, 2003), complicando, até certo ponto, os seus estados de bem-estar e qualidade de vida autónoma. Se por um lado as ausências constantes e o abandono em programas de AF apresenta uma taxa elevada na população idosa, por outro lado, um pouco pelo mundo, há escasses de programas de AF que tem levado em consideração a avaliação consistente dos indicadores psicossociais com intuito de melhorar os procedimentos de intervenção (COSTA et al., 2004)

Os poucos estudos existentes, tem indicado distintos constrangimentos dos quais a heterogeneidade da amostra, período curto de estudo (estudos transversais), viés dos instrumentos de medida (questionários) e ausência da educação psicológica (WHO, 2011; AHA, 2000). Os estudos longitudinais parecem serem mais problemáticos do que os transversais. Os autores realçam que a avaliação da autopercepção do estado de saúde, nos estudos transversais, tem importância na consolidação estrutural e metodológicos dos programas de AF regulares mesmo para a população de adultos e idosos (WHO, 2011; AHA, 2000). Essa importante informação ajuda a indentificar idosos problemáticos, ou seja, pode ajudar, primeiro a revelar quais são os grupos de idosos que continuam a estar mais vulneráveis a estados depressivos, de ansiedade, da auto-estima negativa e da auto-imagem negativa e segundo criar mecanismos apropriados de intervenção para inverter o cenário de forma sistemática e progressiva.

Em Moçambique, os programas estruturados de AF para a terceira idade são reduzidos à semelhança de muitos outros países. Excepcionalmente, a Faculdade de Educação Física e

Desportos da Universidade Pedagógica de Maputo (UPM) desenvolve, há mais de 10 anos, um programa regular de AF para este grupo etário. Curiosamente, e não obstante este período relativamente extenso da sua implementação, nenhuma autoavaliação da percepção do estado de saúde dos participantes foi realizada até então. Neste programa os estudos realizados tem predomínio das questões biológicas e fisiológicas, o que dificulta, até então, perceber o real contributo do programa de AF no bem-estar e qualidade de vida num quadro mais abrangente do construto biopsicossocial. Reconhece-se que a falta de estudos que incluem as variáveis psicossociais é uma lacuna do programa de AF e o presente estudo, de carácter inicial, marca o início de uma longa jornada para o domínio da neurociência verso comportamentos dos adultos e idosos em Moçambique, relativamente ao seu estado de autoavaliação da saúde.

Diante do exposto anteriormente, e porque o presente estudo visa avaliar a autopercepção do estado de saúde das idosas praticantes de exercícios físicos regulares no “Programa Envelhecer com Saúde (PES)”, com idade acima de 50 anos, foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa; como se expressa a autopercepção do estado de saúde dos participantes no programa Envelhecer com Saúde?

1.2. Justificativa

A população mundial está a envelhecer, testemunhado pelas projeções demográficas (WHO 2011). Por conseguinte é de consenso que o processo de envelhecimento é inerente à diminuição das capacidades fisiológicas fundamentais o que contribui para aumentar as complicações do estado de saúde dos adultos e idosos (BUCHMAN et al., 2011; RIKLI & JONES, 2013). O rápido envelhecimento da população, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, tem levado a uma busca por indicadores simples da condição de saúde, que possam ser usados tanto em inquéritos de saúde assim como em estudos epidemiológicos (LIMA-COSTA et al., 2004). Com o aumento da expectativa de vida da população, os programas de AF surgem como estratégia que também ressalta a importância de garantir à longevidade dos idosos, a felicidade, a satisfação, o bem-estar e qualidade de vida (JOIA et al., 2007).

Os programas de AF, sempre, estiveram preocupados em melhorar a aptidão física (capacidade cardiorespiratória e força muscular) dos seus participantes (adultos e idosos) motivados pelo modelo biomédico (O'KEEFE et al., 2010; BOOTH, ROBERTS & LAYE, 2012). Actualmente, os programas de AF para os adultos e idosos sentem a necessidade de inclusão dos indicadores psicossocioculturais na estratégia de promoção do estado de saúde, não apenas para responder as orientações e diretrizes de bem-estar e qualidade de vida, mas também para responder ao novo paradigma biopsicossocial que se pensa eficaz, eficiente e mais abrangente (FERREIRA et al., 2011). Neste sentido, a autoavaliação do estado de saúde começa a fazer sentido em programas de AF para os adultos e idosos com relevância para o domínio pessoal, social e acadêmico científico.

O domínio pessoal levanta a questão das individualidades biológicas dos indivíduos da terceira idade. Sabe-se, porém que cada um é um campo de estudo dado as suas particularidades. No caso dos adultos e idosos há que destacar que no domínio pessoal os entendimentos das questões psicossociais estão ligados significativamente ao processo de envelhecimento, no qual o cuidado com as características individuais tem expressão na organização estrutural não só do sujeito em causa mais também dos programas de AF com destaque para a seleção dos indicadores dos exercícios (tipo, intensidade, duração, frequência e volume) que melhor respondem os objectivos pessoais. Os conhecimentos nesta temática sobre o estado de saúde, enquanto ferramenta de abordagem, permite entenderem, de forma mais ampliada, os aspectos da saúde física e cognitiva dos adultos e idosos sob-óptica do próprio indivíduo;

O domínio social levanta questões de relevância para uma viabilização de uma investigação na condição de saúde em que o idoso se encontra. Estes contextos se identificam como sendo em sua própria casa (domicílio), em instituições de abrigo ou sem abrigo. São realidades sociais e culturais que abragem a maioria dos adultos e idosos, não só no mundo desenvolvido, mas também em países em via de desenvolvimento tal como Moçambique. No sentido lato são estudadas as variáveis psicossociais com forte poder de influência na autoavaliação da percepção do estado de saúde. Salienta-se também que neste domínio a saúde é valorizada individualmente e de forma colectiva nos adultos e idosos, segmento populacional socialmente necessitada e exposta a diversas limitantes sociofuncionais;

Finalmente o domínio académico-científico, levanta questões que procura responder no sentido inferencial do estado da arte da autopercepção do estado de saúde de participantes em programas de AF em Moçambique, o que lhe confere não tão-somente uma natureza pioneira, mas também uma importância particular, na medida em que os seus resultados poderão servir de fonte de informação documentada e contextualizada acerca do estado de saúde percebido, factores associados, autoavaliação, autorelato de benefícios decorrentes da prática regular de AF. Adicionalmente, esta temática terá que ser entendido dentro dos parâmetros que determinam os comportamentos perante a saúde.

1.3. OBJECTIVOS

1.3.1. Geral

Avaliar comparativamente a autopercepção subjectiva do estado de saúde dos participantes e não participantes do programa “Envelhecer com Saúde” em curso na Faculdade de Educação Física e Desportos a mais de 10 anos de existência na Cidade de Maputo.

1.3.1.1. Específicos

Estimar a confiabilidade das dimensões do questionário da autopercepção do estado de saúde dos participantes e não participantes do programma “Envelhecer com Saúde”;

Identificar e descrever os principais factores determinantes sociodemográficos que podem interferir na autopercepção de saúde dos participantes e não participante do programa “Envelhecer com Saúde”;

Identificar e descrever a autopercepção do estado de saúde dos participantes e não participantes do Programa “Envelhecer com Saúde”;

Comparar a autopercepção do estado de saúde dos participantes e não participantes no Programa Envelhecer com Saúde.

CAPITULO II

2. Revisão de Literatura

2.1. Estado de Saúde

A saúde é um dos bens mais importantes para o ser humano, não apenas pela sobrevivência, mas também para a preservação da espécie (VIANA, 2017). O conceito de saúde reflecte o conjunto social, económico, político e cultural, sendo diferenciado de indivíduo para indivíduo (SCLIAR, 2007). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde é o estado mais completo de bem-estar físico, mental, social, não apenas ausência de doença ou enfermidade. Esta definição representa uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde como um estado. Para PARSONS (1964) saúde é a capacidade particular de executar convenientemente as tarefas e papéis da vida. A saúde consiste na função dinâmica, na vida, de forças e limitações interativo-físicas, emocionais, sociais, intelectuais, permitindo que se dominem as tarefas necessárias ao processo de desenvolvimento de uma vida produtiva e gratificante (PAYNE & HAHN, 1986).

O senso comum define saúde como sendo a ausência de doença, contudo a ela ostenta muito mais do que isso sendo não considerada como um estado, mas sim um processo ou um meio para a realização de objectivos individuais e comunitários (CATALANO et al., 1979; FRANCO, 2002). As condições em que o indivíduo vive e trabalha estão relacionadas com a sua saúde. Dai que os factores sociais, económicos, culturais, étnicos e comportamentais influenciam a saúde dos indivíduos (FILHO, 2006). Por conseguinte, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas ao grau de equidade na distribuição de renda (HEIDMANN et al., 2006). Esta realidade torna a saúde um fenómeno complexo capaz de ser interpretado por construções teóricas, a saber, (1) Teoria ambientalista desenvolvida; (2) Teoria genética e (3) Teoria da justiça.

A teoria ambientalista desenvolvida foi apresentada, por Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra. Ela apresenta, como foco principal, o meio ambiente como seu elemento chave para interpretar todas as condições e influências externas que afectam a vida e o desenvolvimento de um organismo, capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença e a morte. São factores para a manutenção de um ambiente favorável no sentido de facilitar o processo de cura e o viver saudável (ventilação, limpeza, iluminação,

calor, ruídos, odores e a alimentação), de modo que o processo de reparação, instituído pela natureza, não seja impedido (NIGHTINGALE, 1989).

A teoria genética defende a ideia de que o envelhecimento é resultado de alterações bioquímicas programadas pelo próprio genoma, o qual poderia regular a expectativa de vida por meio de diferentes genes. Desta forma, cada ser vivo apresentaria uma duração de vida estipulada pelo seu padrão genético, algo que tenta ser comprovado pela realização de várias pesquisas acerca da longevidade, somadas às constatações na prática clínica do envelhecimento precoces (Progenia infantil ou Síndrome de Hutchinson-Gilford e Progenia do adulto ou síndrome de Werner) doenças que estariam relacionadas a deficiências de enzimas controlados por genes autossômicos recessivos (BORGONOVÍ & PAPALÉO NETTO, 1996; TORRES, 2002).

Numa abordagem biofisiológica do envelhecimento, teorias interpretativas sobre os conceitos saúde-doença são estudadas com base na teoria genética, mencionando que o processo de envelhecimento é explicado a partir dos seguintes pressupostos: (a) estresse oxidativo; (b) potencial limitado da capacidade de duplicação das células somáticas; (c) telômeros; (d) mutagênese intrínseca; (e) declínio de diversos hormônios do eixo hipotálamo-pituitária – adrenal e (f) imunidade e a Teoria estocástica que explica o processo de envelhecimento tendo em conta: (g) mutação somática; (i) erro estastrófico; (j) reparação do ADN; (l) quebra de ligações; (m) ligações cruzadas e (n) estresse oxidativo. O envelhecimento é um processo natural, contínuo, irreversível que obedece obrigatoriamente as seguintes etapas: nascimento, desenvolvimento, puberdade, maturidade e morte para todos os indivíduos, mas de forma diferente (DACA, 2015).

A teoria da justiça é deotológica e construtivista para sociedades democráticas que adotam como ideia central a noção de igualdade humana fundamental. Nela, a sociedade é compreendida como um sistema equitativo de cooperação que, embora vise o benefício mútuo, é marcada, ao mesmo tempo, pelo conflito e por uma identidade de interesses. Dessa forma, sua unidade baseia-se na aceitação, por parte dos cidadãos, de uma concepção política da justiça que faz uso de ideias do bem, consideradas razoáveis (ou seja, compatíveis com essa concepção política de justiça) e que compartilham a mesma concepção de pessoa, o que garante que os princípios da justiça sejam aplicados, além de assegurar a estabilidade social (De MÁRIO, 2013).

2.1.1. Autopercepção subjectiva do estado de saúde

A autopercepção é um auto-relato que retrata o estado real do indivíduo idoso naquele momento é um indicador de baixo custo e de fácil operacionalização para o desenvolvimento de Pesquisas (SOUSA, 2012). A autopercepção de saúde basea-se em critérios subjectivos e objectivos, sendo influenciada por factores como: sexo, idade, classe social e presença de doenças crónicas (OLIVEIRA MR., et al 2010). NERI, (2007). A Percepção de saúde é uma avaliação global de saúde com base em uma análise dos aspectos objectivos e subjectivos de cada indivíduo. A subjectividade refere-se ao modo como as pessoas se sentem como julgam os componentes objectivos como factores qualitativos de suas vidas. Quando o indivíduo avalia o seu estado de saúde, não o faz de forma circunstancial SHOOSHFARI & SHIELDS, (2001), mas sim, como referência à análise da saúde, como expressão dos “modos de andar a vida” CONGUILHEM (2000).

Assim sendo, KASMEL et al (2004) referencia de que a qualidade de vida é definida como a percepção subjectiva de satisfação ou felicidade com a vida e está intimamente ligada a autopercepção de saúde que esta diretamente associada a aspectos sociais, culturais e ambientais. É conceituada como a percepção que o indivíduo possui de sua saúde. Já a comunicação independente de sua modalidade é o meio que o ser humano possui para expressar conhecimentos, emoções, intenções, desejos e insatisfação.

A percepção consiste num processo pelo qual o indivíduo organiza os estímulos sensoriais em informações significativas (ROSS, 2010). Assim sendo, a percepção acerca da saúde refere-se, concretamente à opinião subjectiva da mesma, à forma como se percebe a saúde tendo em conta os estímulos recebidos, não se centrando nas indicações médicas objectivas, mas sim na avaliação que o próprio indivíduo efectua da sua saúde tanto a nível físico como mental (VINTEM, 2008). A medição da percepção do estado de saúde e da qualidade de vida é cada vez mais utilizada na investigação e na prática clínica por vezes integrada em avaliação económica, para permitir determinar a efectividade de intervenções de cuidado de saúde e, por conseguinte, na prestação de cuidados (FERREIRA & FERREIRA, 2006).

No geral, a literatura revela-nos que as mulheres apresentam maiores taxas de morbilidade e menores *scores* na percepção da saúde. A percepção, em geral, da saúde declina com a idade e em classes de menores rendimentos (FERREIRA e SANTANA, 2003). A percepção de saúde, tradicionalmente, encontra-se maioritariamente relacionada com os problemas de saúde a nível físico, capacidades funcionais e comportamentos de saúde, porém, alguns estudos consideram também como aspectos directamente relacionados com este

conceito, aspectos relacionais, sociais e psicológicos da vida de um indivíduo (ROHLTS et al., 2000).

Outras pesquisas afirmam existir uma forte relação entre a satisfação com a vida e aspectos importantes como felicidade e a percepção de saúde. Uma importante componente da psicologia positiva é o bem-estar subjectivo, também designado felicidade, pois é um aspecto que pode favorecer a maneira como as pessoas se vêem e como vêem os outros, isso pode resultar em maior prazer na vivência das situações quotidianas e no relacionamento com os outros, o que, conseqüentemente, terá grande influência na percepção que o indivíduo tem da sua saúde (PASSARELI & SILVA, 2007).

Actualmente, como forma de avaliar o estado de saúde dos indivíduos, recorre-se a instrumentos que se baseiam na autopercepção da saúde (PAIS-RIBEIRO, 2005; SOBHONSLIDSUK et al., 2006). Um dos indicadores mais utilizados na avaliação do estado de saúde é a autopercepção de saúde, uma vez que ela contribui para a predição da mortalidade e do declínio funcional (BLAZER, 2008). O autorrelato da saúde reflecte uma percepção integrada do indivíduo que inclui as dimensões biológicas, psicossocial e social, além de ser um preditor da mortalidade. É um indicador subjectivo e está relacionado com a demanda por saúde, sendo feita apenas a pergunta de como o indivíduo avalia a sua saúde. A autopercepção de saúde da pessoa idosa é produto de múltiplos factores, incluindo idade, sexo, estado conjugal, oportunidades de educação, capacidade funcional, condições crónicas de saúde e estilos de vida, entre outros.

Estudos realizados por BAILIS et al (2003) & BARON-EPEL (2001) mostram correlação da autopercepção da saúde com variáveis demográficas e socioeconómicas, bem como comportamentais e com outras medidas de condições de saúde, tais como doenças crónicas e capacidade funcional. A definição de percepção subjectiva da saúde inclui nove domínios ou dimensões, sendo cada um definido pelo modelo de Basson.

Há limitações para estudar e identificar as causas de uma boa saúde contrariamente à prevenção e ao tratamento das doenças (SAGAN, 1987; NAHAS 2001; DIAZ 2007). Não é fácil especificar e justificar estratégias para promover a saúde positiva, ao menos do ponto de vista científico, sendo uma noção normativa, a aceitação e a coerência das estratégias propostas que dependem de como foram previamente operacionalizadas. Desde que, na velhice, factos triviais podem desencadear a descompensação de um estado de saúde ao alterarem o equilíbrio em que o idoso se encontra.

A saúde do idoso não pode ser vista como a ideia simplista de ausência de doença, mas como um estado óptimo, nos sentidos físico e psicológico, de tal modo que, a síndrome da imobilidade constitua um dos principais problemas que podem comprometer, quando devidamente diagnosticada e tratada (DIAZ, 2007). Há recuperação, por vezes plena, da aptidão motora e conseqüentemente da auto-estima, o que muito contribui para o aumento da independência e da longevidade.

A diminuição funcional e a redução na qualidade de vida do idoso são atribuídas a três factores: envelhecimento normal, doenças e inactividade (NAHAS, 2001). MOTA & CARVALHO (1999) realçam que é importante conhecer o processo de envelhecimento de forma a compreender e a determinar estratégias que diminuam os resultados da ausência, de tal modo que seja possível assegurar uma vivência autónoma e qualitativamente positiva no final do ciclo de vida, dado que a qualidade de vida é dependente da saúde física, do bem-estar psicológico, da satisfação social e espiritual. Neste sentido, envelhecer é um processo inevitável e natural, inerente ao destino de um ser vivo, desde o seu nascimento até à morte (MOTA & CARVALHO, 1999).

Neste processo ocorrem mudanças ao longo do ciclo de vida do ser humano, alterações nas diversas dimensões biopsicosocioculturais que o compõe, importa perceber também a dinâmica e a concepção da população idosa numa visão holística e metodológica, onde a saúde ganha um lugar de destaque indiscutível (MOTA & CARVALHO, 1999). Para além das contribuições ao conhecimento científico geral, há possibilidade de se produzirem de forma científica, normas para um envelhecimento saudável para a população que participa nos programas de AF.

Na análise das desigualdades sociais em saúde são mencionadas as dimensões médicas, dimensão do estado funcional e a dimensão subjectiva (BLAXTER, 1989). A dimensão médica considera o número de doenças em que a morbilidade é definida como desvio de uma norma fisiológica delimitada por um critério objectivo equanto a dimensão do estado funcional define a morbilidade como sendo a falta de habilidade para desempenhar alguma tarefa que seria habitual, finalmente a dimensão subjectiva representa a autoavaliação de saúde, em que a morbilidade é definida a partir da percepção das pessoas acerca de sua saúde. Adicionalmente BLAZER (2008) aponta que além do autorrelato da saúde ser um preditor de mortalidade e de declínio funcional, ele é tão importante quanto à dimensão objectiva da saúde, ou seja, quando há presença de doenças. O autor relaciona ainda as percepções de saúde e de bem-estar com o contexto social.

2.1.1.1. Autopercepção de saúde e os conceitos associados

Segundo a OMS (2005) os indicadores como mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer têm relação directa com as condições de saúde. Por conseguinte a melhoria das condições de vida proporcionadas por políticas públicas e avanços tecnológicos (escolarização, campanhas de vacinação, saneamento básico, avanços da medicina), as taxas de fecundidade e a urbanização estão vinculadas a estas condições. A estrutura etária da população se apresenta vinculada à demanda por serviços de saúde e, sendo assim, mudanças nesta estrutura ocasionam mudanças na demanda por serviços de saúde (OMS, 2005).

Diante das mudanças na estrutura etária, que é caracterizada pelo aumento relativo de pessoas idosas, associado à maior longevidade da população, o desafio posto para as políticas públicas é o fornecimento de serviços e benefícios que permitam uma vida digna e activa aos idosos, o que depende especificamente das políticas de segurança social, a fim de prevenir ou atenuar o desamparo das gerações mais velhas (WONG, 2006).

A OMS (2005) define saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social. Com isso, propõe um envelhecimento activo caracterizado principalmente pela participação de idosos na sociedade, de acordo com suas necessidades e anseios, além de protecção e segurança social. Neste sentido, identificar e analisar as associações entre aspectos socioeconómicos e comportamentais da pessoa idosa com o processo de envelhecimento activo é um ponto importante de partida para elaboração de políticas públicas visando ao bem-estar e à equidade desse segmento populacional.

Um ponto inicial seria analisar as desigualdades sociais, económicas e demográficas e buscar compreender os factores que mais afectam a qualidade de vida, vista não somente pelo estado de saúde, mas também de uma forma mais abrangente do bem-estar. Uma das possibilidades de executar estas análises é utilizar informações provenientes da percepção de idosos em relação ao seu próprio estado de saúde, que engloba questões objectivas de saúde e como esses indivíduos as encaram, e o bem-estar subjectivo dentro de suas realidades (ALVES, 2004).

2.1.1.2. Autopercepção de saúde e seus factores

A autopercepção de saúde da pessoa idosa é produto de múltiplos factores, incluindo idade, sexo, estado conjugal, oportunidades de educação, capacidade funcional, condições crónicas de saúde, estilo de vida, entre outros. Diversos estudos mostram correlação da

autopercepção da saúde com variáveis demográficas e socioeconómicas, bem como comportamentais e com outras medidas de condições de saúde, tais como doenças crónicas e capacidade funcional.

Os factores que afectam a percepção da saúde são vários dentre eles: os biológicos, os comportamentais, os ambientais, os socioeconómicos e os psicológicos. Os factores biológicos dizem respeito às características naturais do indivíduo (*por exemplo: o sexo feminino tende a avaliar o seu estado de saúde de forma mais negativa do que seu par do sexo masculino*). Os factores comportamentais referem-se ao comportamento que promovem a saúde (*por exemplo, a prática da AF, uma alimentação equilibrada e não ter comportamentos de risco como fumar, consumir álcool em excesso, sendo estes aspectos a ter em conta quando os indivíduos avaliam a sua saúde*). Os factores ambientais referem-se às condições físicas que envolvem o indivíduo, as características e acessibilidade de cuidados de saúde, uma vez que indivíduos com difícil acesso a serviços de saúde tendem a avaliar de forma mais negativa a sua saúde. Os factores socioeconómicos exercem influência na percepção de saúde do indivíduo na medida em que baixos níveis económicos e baixos níveis de escolaridade se associam a uma percepção de saúde mais negativa. Finalmente os factores psicológicos dizem respeito à forma como o indivíduo lida com a saúde, com a doença e com aspectos que influenciam de forma negativa a percepção acerca da saúde (*por exemplo, a ansiedade e o estresse*) (BAILIS et al., 2003; TOLLIVER, 2007; ROSS, 2010).

LOPES & RABELO (2006) afirmam que, de modo geral, um idoso com qualidade de vida é aquele que tem boa saúde física, realiza em suas escolhas de modo consciente e leva a vida com significado. No entanto, a qualidade da saúde do idoso leva em consideração não somente o aspecto físico, mas o psicológico, o social e o espiritual. O termo “qualidade de vida” é dinâmico, assim como a percepção da saúde, pois varia entre as pessoas e em relação ao tempo (RABELO, 2010). Este autor, em seu trabalho sobre qualidade de vida e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos, enfatiza a dificuldade de definição do termo qualidade de vida na velhice, ao considera-lo de um fenómeno multideterminado e multidimensional, que envolve critérios objectivos e subjectivos, que podem ser alterados ao longo do tempo. Para NERI (2007) a importância da subjectividade na avaliação da saúde dos idosos, mesmo considerando os factores objectivos como aqueles de natureza socioeconómica, estão em determinar como os idosos se sentem e se percebem a respeito de suas vidas.

2.1.1.3. Autopercepção de saúde e seus determinantes

Para analisar os factores associados, especificamente à percepção de saúde, MICHEL MARLOT (2004) fez abordagem, em sua obra *Status Syndrome*, da questão do gradiente social de saúde, no qual menciona como a posição social pode afectar a saúde e a expectativa de vida do indivíduo. Segundo o mesmo autor, a desigualdade no que se refere à autonomia e participação que levaria à ocorrência de doenças. Portanto, o determinante de bem-estar e longevidade vai além de renda ou estilo de vida, por isso, a participação social plena tem um efeito profundo na saúde das pessoas. Este marco conceitual também foi contemplado pelo relatório “Saúde das Américas”. Opa (2012) faz abordagem de determinantes de saúde estruturais e intermediários, sendo os primeiros caracterizados pelas diferentes culturas e religiões, pelo mercado de trabalho, pelo sistema educacional, que geram diferentes estratos sociais por sexo e raça. Os determinantes intermediários seriam aqueles que determinam as condições de vida da população (comportamentos de risco e acesso a recursos, por exemplo), e são derivados dos estratos sociais provocados pelos determinantes estruturais.

Os determinantes sociais da saúde e demográficos, bem como a presença de doenças crónicas e estilos de vida estão correlacionados e podem influenciar na forma como as pessoas, em especial, as idosas, avaliam a sua saúde. Por isso, identificar e entender os factores socioeconómicos e comportamentais que determinam as condições de saúde é de suma importância e pode proporcionar uma velhice activa (CAMPOS, 2009).

Os principais determinantes sociais que podem interferir na autopercepção da saúde da pessoa idosa, de acordo com a literatura pesquisada é o panorama do envelhecimento, embora representado por ambos os sexos, retrata a chamada “feminização” do envelhecimento, como mostrado nos trabalhos de SILVA (2006) & TORRES (2009) que fazem menção ao estado do envelhecimento ser mais significativo para as mulheres que para os homens. As mulheres têm menor exposição à factores de risco como tabagismo e uso de álcool, bem como diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades funcionais. Dessa forma, o sexo será considerado uma variável de controlo, pois se entende que há diferenças na percepção da saúde dependendo do sexo.

As mulheres têm maior expectativa de vida e o número de viúvas é significativamente maior do que de homens nesta situação; com isso, as idosas que vivem sozinhas são altamente vulneráveis à pobreza e ao isolamento social (WHO, 2005). Pelo fato da percepção de saúde

estar envolvida por aspectos subjectivos, se a resposta é dada por outra pessoa que não o próprio indivíduo pode acarretar em alguma diferença de percepção. O objectivo de incluir esta variável nas análises é exactamente o de avaliar se as respostas fornecidas por outra pessoa diferem daquelas fornecidas pelo próprio informante e em que medida. Igualmente com relação ao sexo, o factor idade é considerado um determinante fundamental na autoavaliação de saúde, pois reflecte o cenário de desigualdades sociais (PAGOTTO et al., 2011). DACHS (2002) considera que com o avançar da idade, se aumenta a probabilidade de avaliação negativa da saúde.

A idade, sexo, raça e cor da pele são determinante demográfico a ser considerado e que pode influenciar na autopercepção da saúde do idoso (CAMPOS, 2009). A OMS (2005) faz referência à importância também do nível de escolarização como determinante de saúde, uma vez que possibilita a habilidade de se informar melhor e tomar decisões que mais convém à pessoa e tem efeito directo na geração de renda, alimentação, hábitos saudáveis e cuidados com a saúde. Uma questão importante que compõe o comportamento dos indivíduos é a participação em actividades sociais. Este fato relaciona-se ao apoio social. É fundamental reduzir os riscos da solidão e do isolamento social, por meio de apoio aos grupos ou programas que podem estimular a interacção social. Uma forma de sociabilização é a participação em cultos ou religião que serve, além de outras questões, para o indivíduo idoso ter contacto com outras pessoas.

O consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada são comportamentos de risco que podem interferir na saúde e na percepção da saúde de idosos. A Organização Mundial de Saúde WHO (2002) faz referência que o tabaco aumenta os riscos de doenças não transmissíveis, leva a perdas de capacidade funcional pelo aumento das taxas de declínio de densidade óssea, força muscular e de função respiratória. Além disso, é considerado o factor mais evitável como causa de morte prematura. O tabagismo é um dos principais factores de risco evitáveis à saúde, contribuindo para o desenvolvimento de várias doenças crónicas, tais como doenças cardiovasculares, diversos tipos de cancros, doenças pulmonares crónicas, pneumonias e asma, problemas da vista, como catarata e cegueira, entre outras.

A alimentação não saudável tanto do ponto de vista da desnutrição quanto do consumo em excesso de calorias é considerada como o principal factor de risco à saúde, contribuindo para a ocorrência, por exemplo, de diabetes e pressão alta (WHO, 2002). O consumo excessivo do sal está relacionado ao aumento no risco de Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e doenças renais, e o consumo em excesso

de calorias aumenta o risco de obesidade e deficiências durante o processo de envelhecimento (WHO, 2005).

A prática regular de exercícios físicos ou desporto é avaliada como factor de protecção à saúde das pessoas, incluindo nos idosos. É considerado um importante indicador, que pode estar relacionado à redução do surgimento de doenças crónicas. Esta prática regular, aliada à boa alimentação e a outros hábitos comportamentais saudáveis, pode diminuir o aparecimento de doenças crónicas em idosos saudáveis ou doentes crónicos (WHO, 2005). Por outro lado, a falta de AF pode representar um risco acrescido com declínio das capacidades funcionais das pessoas idosas (CAMPOS, 2009).

A AF pode ajudar os idosos a permanecerem independentes e reduzir o número de quedas, o que pode representar benefícios económicos com relação a gastos médicos (WHO, 1998). A questão do envelhecimento activo, em relação à autonomia e à independência dessas pessoas destaca a importância da saúde mental e das relações sociais para o bem-estar físico, mental e social das pessoas idosas. Assim, a incapacidade funcional está intrinsecamente relacionada a outros factores de risco, tais como a ausência de actividades físicas e o tabagismo (WHO, 2002). Isso mostra a interdependência entre os factores de risco em idades mais avançadas e pode causar a perda da autonomia e da independência dos idosos.

Segundo RAMOS (2003) é necessária à consideração de questões que abordem a capacidade funcional dos idosos, quando se pretende medir seu estado de saúde. Para ALVES (2005) a presença de doenças crónicas também pode estar relacionada à autopercepção da saúde da pessoa idosa. DAMIAN et al (1999) fazem referência que o aumento do número de doenças está relacionado com a percepção negativa da saúde. As DCNT são importantes causas de gastos individuais e para a sociedade e défices que intensificam os obstáculos no processo de envelhecimento activo e pior indicador da qualidade de vida. Com AF regulares muitas doenças crónicas podem ser evitadas ou adiadas, proporcionando um envelhecimento saudável e com menos gastos individuais e para a sociedade (MOTA et al., 2006).

Variável arranjo familiar destaca que os indivíduos idosos podem ser classificados como morando sozinhos ou acompanhados. Esta realidade pode ser estruturada para abarcar o estado conjugal e as redes sociais, considerados de capital social importante para o idoso. Segundo RAMOS (2002) o apoio familiar e social tem influência positiva no bem-estar psicológico, pela manifestação de afeição, preocupação e assistência, o que faz com que os idosos se sintam amparados para enfrentar os problemas de saúde inerentes ao estado de envelhecimento e isso pode produzir impacto na autoavaliação de sua saúde.

Outro factor importante é o estado civil do indivíduo idoso. Esta variável está directamente relacionada ao arranjo familiar que, neste sentido, também considera a presença ou não do ente familiar para auxiliar no combate à solidão. A bibliografia traz divergências acerca do estado de saúde de pessoas idosas e o estado civil. HARTMANN (2008) descreve, por exemplo, que os viúvos experimentam mais autonomia e liberdade, o que contribuiria para a melhor autopercepção da saúde. O mesmo autor aponta também que os idosos viúvos podem apresentar maiores problemas de saúde, o que contribuiria para a percepção negativa da saúde.

Aqueles que possuem planos privados de saúde têm melhor acesso aos cuidados preventivos e utilizam mais os serviços de saúde (PAIM et al., 2011). Este facto pode influenciar na autopercepção da saúde do idoso e contribuir para desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A existência de planos privados de saúde aponta para questões como à desigualdade no sistema de saúde e à autopercepção da saúde, mediante a *chance* de as pessoas idosas obterem algum tratamento cometido por doenças nesta fase da vida.

2.1.1.4. Autopercepção de saúde e algumas considerações

A autopercepção do estado de saúde tem sido utilizada em diversos estudos considerada um indicador confiável e válido, pois observa vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional das pessoas (BAILIS et al., 2003; BARON-EPEL, 2001; LEBRÃO, 2005; HARTMANN, 2008; CAMPOS, 2009).

SOUZA (2012) faz referência de um estudo desenvolvido pelo projecto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) que a má auto-avaliação foi um factor de risco de mortalidade, sendo consideravelmente maior que aqueles que se referiram à própria saúde como excelente.

HARTMANN (2008) em seu estudo realizado em Porto Alegre, entre Dezembro de 2005 e Novembro de 2006, identificou uma avaliação positiva da saúde em idosos com maior escolaridade, melhor condição socioeconómica, que não necessitavam de auxílio para actividades da vida diária e com ausência de diversas doenças crónicas como diabetes e bronquite. Além da vantagem da autopercepção retratar o estado real do indivíduo idoso naquele momento, foi considerado um indicador de baixo custo e de fácil operacionalização para o desenvolvimento de pesquisas (SOUZA, 2012).

SALOMON et al (2004) confirma o problema das comparações, pois as variações nas percepções de saúde e do *status* da auto-avaliação da saúde podem estar relacionadas, em parte, a diferentes expectativas de saúde inseridas em um contexto específico. No entanto, apesar dessas observações que podem ser consideradas como limitações dos estudos, a identificação

dos determinantes socioeconómicos e comportamentais, os entendimentos de como eles se relacionam uns com os outros e como estes determinantes podem gerar desigualdades em saúde, a análise dos determinantes torna-se essencial para entender o bem-estar dos idosos (CAMPOS, 2009). A identificação dos determinantes que podem afectar a forma como o idoso avalia a sua saúde pode ajudar na adopção de medidas preventivas e na implementação de políticas públicas que se destinariam a atenuar os efeitos negativos sobre o estado de saúde da população idosa (ALVES, 2004).

2.1.1.5. Autopercepção de saúde e o envelhecimento saudável

Considerando principalmente a pessoa idosa, a autopercepção da saúde aponta para a questão da qualidade de vida, que consiste em se sentir bem, mesmo com a presença de doenças que podem comprometer sua independência funcional. Além de englobar condições médicas e incapacidades funcionais, o autorelato da saúde envolve factores considerados não clínicos, tais como o estado de humor, as redes de relações sociais e as comparações sociais (RABELO, 2010). Para HAYWOOD et al (2004) a definição de pessoa idosa inclui não só a idade e estado de saúde, mas também a etnia e capital cultural. Existem três categorias amplas para a fase da vida identificada com a velhice: *entrada na velhice* (geralmente 60 anos ou mais), *fase de transição* (décadas de 70 ou 80) e *idosos frágeis* (velhice tardia).

A velhice bem-sucedida era considerada como responsabilidade da família e uma questão de previdência individual que se transforma em questão pública devido ao envelhecimento populacional (DEBERT, 2011). BIRMAN (1995) traz uma reflexão, que se pode dizer actual, acerca dos termos sobre o envelhecimento, como idoso, velhice e terceira idade. O conceito de “velho” na percepção dos “envelhecidos” das camadas médias e superiores está associado à pobreza, à dependência e à incapacidade, o que implica que o velho é sempre o outro. Contrariamente, a noção de “terceira idade” torna-se sinónimo dos “jovens velhos”, os aposentados dinâmicos que se inserem em actividades sociais, culturais e desportivas. Idoso, por sua vez, é a designação dos “velhos respeitados”. A expressão “idosa” designa uma categoria social, no sentido de uma corporação, o que implica o desaparecimento do sujeito, sua história pessoal e suas particularidades.

Além disso, uma vez que é considerado apenas como categoria social “o idoso é alguém que existiu no passado, que realizou o seu percurso psicossocial e que apenas espera o momento fatídico para sair inteiramente da cena do mundo”. O termo idoso é caracterizado por todo e qualquer indivíduo acima de 60 ou 65 anos, ou seja, é o sujeito do envelhecimento; a velhice é o

último ciclo da vida; e terceira idade é a fase entre a aposentadoria e o envelhecimento que traz as demandas de cuidado com a saúde em prol de um envelhecimento com mais qualidade de vida. O processo de envelhecimento é norteado por desafios no aspecto físico, psicológico e social (SILVA, 2005).

FONSECA (2005) conceitualiza envelhecimento bem-sucedido de sucesso, caracterizado pelo equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente no qual ele se encontra. Actualmente, o conceito de envelhecimento bem-sucedido ultrapassa a diferença entre saúde e doença, embora a ausência e a incapacidade sejam uma componente do envelhecimento bem-sucedido (KEONG, 2010). FONSECA (2005) faz referência a comportamentos e características como baixo risco de doença e incapacidade, elevada função mental e física, bem como um compromisso activo para com a vida podem ser traduzidos como envelhecimento bem-sucedido.

Em uma perspectiva psicológica, FERNÁNDEZ-BALLESTEROS (2009) refere à satisfação com a vida e o compromisso social, o acto de sentir-se bem consigo e conduzir-se segundo seus próprios valores ou crenças. Com relação às teorias do envelhecimento, há autores que consideram uma visão positiva (ATCHLEY, 1980; HAVIGHURST, 1987). Para FERNANDEZ-BALLESTEROS (2009) o envelhecer é um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano, no qual se fazem necessárias adaptações constantes em busca de novos equilíbrios internos e externos, pois este processo aumenta a vulnerabilidade em relação a doenças crónicas e agudas.

Para DEBERT (2011) a tendência contemporânea é rever os estereótipos associados ao envelhecimento, como a ideia de um processo de perdas que tem sido substituída pela consideração de que esse é um momento propício para novas conquistas. No entanto, questões e estereótipos ainda permeiam a sociedade. Diante disso, percebe-se que as teorias do envelhecimento bem-sucedido permeiam o sujeito activo, que vive com qualidade de vida. RON (2007) refere que pessoas que definiram o seu estado de saúde de forma negativa apresentavam mais atitudes e percepções do envelhecimento negativas do que os sujeitos que definiram a sua saúde como boa ou excelente.

As pesquisas indicam que a maioria das pessoas sabe muito pouco acerca da idade avançada e a maioria tem percepções erradas, estereotípicas e negativas (RON, 2007). Ainda no contexto de envelhecimento bem-sucedido existe o termo resiliência que foi associada à baixa probabilidade de doença, manutenção da funcionalidade tanto física como cognitiva, bem-estar e comprometimento com a vida como indicadores de velhice bem-sucedida. Os idosos

resilientes são aqueles com a capacidade de se adaptar depois de serem afectados por adversidades e que recuperam seus níveis de bem-estar objectivo e subjectivo. Dessa forma, tornam-se importantes elementos como autoconceito e auto-estima representadas pelo suporte familiar e com o relacionamento com a comunidade (FONTES, 2015).

2.1.1.6. Autopercepção de saúde e suas dimensões

As dimensões da autopercepção do estado de saúde são: a saúde actual, saúde anterior, perspectiva de saúde, resistência à doença, preocupação com a saúde, orientação à doença, rejeição a doença e a atitude de ir ao médico. Nestas dimensões espelha-se à forma como os indivíduos compreendem as suas próprias atitudes, crenças, comportamento em relação há factores de risco (SHENKIN et al., 2014). Estas formas de se auto-avaliarem envolvem todas as impressões internas e externas ligadas aos sentimentos, emoções, pensamentos, sensações (SHENKIN et al., 2014). Ao mesmo tempo permite com que o individuo libertar-se e revelar-se para o mundo natural (ROSS, 2010).

Quadro nº1. Estudos sobre a autoavaliação da percepção da saúde dos Idosos

Autor/ano	Metodologia	Resultados
ANA CRISTINA VAZ HARTMANN (2008).	1078 Idosos, ≤ 60 Anos; comparadas FV estudadas do Teste Qui-quadrado; AFA média do (OR) com IC95%; Consideradas associações ES valores de $P \leq 0,05$.	Relataram saúde como boa e regular; Não se observou \neq ES entre a APS e o género; com maior escolarida apresentam relação ES com melhor APS; Relação ES melhor condição socioeconómica e melhor APS.
MARIANA FERNANDE SOUZA GOMES, et al., (2016).	279 Idosos, 68% H; FAAP Variável Sociodemográfico, econômicos; SF e recursos sociais; AU testes Qui-quadrado, Mann-Whitney; AM construído modelo regressão logística ordinal.	57,5% Idosos consideraram saúde de boa ou muito boa; factores associados a melhor PS na AM (valor- $P < 0,05$); satisfação relacionamento com os amigos; não ter diabetes, doença cardiovascular.
CAMILA TOMICKI et al., (2016).	30 entrevistados, base questionário desenvolvido; realizou-se análise descritiva inferencial; associação entre variáveis utilizou-se teste Qui-quadrado de Person ou Teste T de Student. Nível de significância 5%.	PSS, 53,5% considera sua saúde muito boa /boa; Idade avançada, presença de comorbidades, polifarmácia e histórico de quedas não demonstraram associação com a APS, apesar da presença de doenças esses factores não afectaram PSS.
PATRÍCIA LEITE OLIVEIRA BELEM, et al., (2015).	420 Idosos 68,1% H média etária 71,57anos; variáveis demográficas, socioeconômicas, nº de DCNT e grau dependência nas ABVD; Factores associados à avaliação da saúde verificada por MRL.	Avaliação negativa ES; acometidos por 2/3 DCNTs (OR=2,70IC95%:1,47-4,96); Por 4/+ DCNTs(OR=4,35IC95%:1,58-12,01); dependência leve (OR=2,34IC95%:1,134,87); dependência moderada (OR=2,11IC95%:1,074,17), casados (OR=2,46; IC95%:1,01-6,01).
JOANA FILIPE CAMPOS ARAÚJO, (2008).	772 idosos ≥ 60 Anos, avaliaram características sociodemográfica comportamentais, clínicas e antropométricas; utilizado MRL não condicional para o cálculo de (OR) e IC a 95% ajustados para	Na zona urbana perceberam seu ES como fraco; AM menos probabilidade de perceber ES como fraco no consumir de bebidas alcoólicas, praticar AF de lazer e Consumir mais do que 5 porções/dia de frutas e/ou vegetais.

- idade sexo e escolaridade.
- LUÍS ALEXANDRE RODRIGUES DA PAIXÃO, (2017). Descrever variáveis utilizadas e modelagem dos dados; Modelo de regressão adotado para verificar associação das variáveis explicativas com variável dependente. Idade e negras ANS controlado pelo NII; Idade, raça deixaram de ser significativas; < grau de instrução, menor chance de avaliar saúde negativa; Mostrou maior prevalência DCNT, pela variável de CF associada PNS, para H.
- ELEIA MACEDO, et al., (2018). Avaliada PNS 2013, pelo INGE; variável dependente APES, variáveis independente: sócio-demográfica funcionalidade do idoso e domicílio; Testadas pelo Qui-quadrado, ajustadas APES; realizadas por Epi Info TM versão 7.2.1; $p < 0,05$ Meio rural melhor desempenho ABVD e pior nas AIVD; Menos sintomas depressivos, multimorbidades; Fraca APES boa ou muito boa, ajustando a sexo, raça, estado conjugal, ocupação, classe socioeconômica, CSF, SD, e ABVD.
- VANESSA MARGARIDA AMORIM SANTOS, (2016). 600 (H/M), idades acima dos dezoito anos e provenientes das mesmas regiões geográficas; A HPQ apresenta 33 itens avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos. O instrumento não apresenta bons índices de adequabilidade face ao novo modelo fatorial proposto para a população em estudo.
- DANIELA DA SILVA GONCALVES DIAS et al., (2013). Avaliados, em corte transversal, 51 idosos; idade ≤ 60 anos, frequentadores do CCCI, moradores das instituições Lar São Vicente de Paulo, Lar de Amparo à Velhice e à Infância de Barra Bonita no período de Novembro de 2010 a Fevereiro de 2011. Bons níveis de QV em domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOLOLD, comparados à pontuação máxima (100%) dos resultados para cada domínio e/ou faceta; encontradas \neq ES no WHOQOL-BREF em domínio físico, comparando os que vivem com a família apresentam maior grau de satisfação.
- FLÁVIA SILVA ARBX BORIM, (2014). Inquérito de saúde de idosos, idade ≥ 60 anos em 2008 e 2009; variável dependente foi Autoavaliação de Saúde, categorizada em: excelente, muito boa, boa, ruim e muito ruim. As razões de prevalências ajustadas foram estimadas por meio de regressão múltipla de Poisson. Maior prevalência de Auto-avaliação de Saúde como mau/muito mau observado nos sem escolaridade, menor escolaridade, renda familiar per capita mensal inferior a salário mínimo; pior Auto-avaliação de Saúde no indicador de SF, cinco ou mais no *Self Reporting Questionnaire 20* e os que não referiram sentimento de felicidade todo o tempo.
- ARIENE ANGELINI DOS SANTOS et al., (2011). Estudo transversal com abordagem quantitativa. Funcionalidade familiar avaliada utilizando o instrumento Apgar de Família, durante entrevista domiciliar a 45 idosos, com alterações cognitivas, que moravam em contextos de pobreza. 62% M e 95% H funcionalidade familiar como “boa”, 21%M e 5%H moderada disfunção e apenas M (17%) elevada disfunção familiar; resultados significativamente diferentes, segundo o teste de *Mann-Whitney* ($Z = -2,559$; $p = 0,01$).
- CAMILA TOMICKI et al., (2016). 30 idosos foram entrevistados com base no questionário desenvolvido pelos pesquisadores realizou-se análise descritiva e inferencial. Nas associações entre as variáveis, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Person ou Teste T de Student. Nível de significância de 5%. Em relação a percepção subjectiva da saúde, 53,5% considera sua saúde como muito boa /boa. Em relação à idade avançada, presença de comorbidades, polifarmácia e histórico de quedas não demonstraram associação com a autopercepção de saúde. Apesar da elevada presença de doenças e suas complicações, não foi possível afirmar esses factores afectaram a percepção subjectiva de saúde.
- GRAZIELA SOUSA NOGUEIRA et 325 adultas enfermas crônicas; análise pelo método dos eixos principais rotação varimax, extraiu Embora a solução fatorial encontrada no presente estudo tenha diferido, em parte, da proposta teórica do Modelo de Autorregulação

al., (2016).	dois fatores: o Fator 1 (quatro itens; alfa de Cronbach = 0,80) representação emocional e o Fator 2 (três itens; alfa de Cronbach = 0,52) representação cognitiva.	de Leventhal, a versão brasileira do <i>Brief IPQ</i> pode ser considerada válida e confiável para avaliar a percepção de doenças no contexto de enfermidades crônicas.
LUCIANA ARAÚJO DOS REIS et al., (2011).	235 idosos; instrumento constituído por: dados sociodemográficos e de saúde; MEM; Índice de Barthel e Inventário de Percepção do Suporte Familiar; análise estatística realizada com nível de significância $p < 0,05$, mediante realização do teste do Qui-Quadrado.	Verificou-se diferença estatística significativa entre médias do domínio Afetividade, consistência e as variáveis presenças de sequelas ($p=0,042$), comprometimento ABVD ($p=0,033$), entre as médias do domínio Adaptação familiar e nível de escolaridade analfabeta ($p=0,012$); domínio Autonomia e variáveis estados civis casados ($p=0,013$); realização de tratamento ($p=0,032$) e comprometimento ABVD ($p=0,011$).
ZÉLIA FERREIRA et al., (2011).	75 Idosos entre 66 e 100 anos; recolhidos dados através de uma caracterização sócio-demográfica através do MMS e Questionário de Autoavaliação da Saúde e do bem-estar físico (de Fonseca e Paúl, 1999); dados trabalhados na perspectiva de estatística descritiva e estatística inferencial, com análise do coeficiente de Spearman.	Percepcionam sua saúde como “aceitável” ou “fraca”; dados sócio-demográficos, instituição a que cada indivíduo pertence não tem relação com a PES; existe relação significativa entre PES das idosas institucionalizadas e a saúde dos seus pares em itens relacionados com aspectos físicos; hábito de vida não existe relação entre a PES das idosas, hábitos tabágicos e os hábitos alcoólicos.

Legenda: DCNT-Doenças Crônicas Não Transmissíveis; ABVD-Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD-Atividades Instrumentais de Vida Diária; *Brief IPQ*-Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve; FAAP-Fatores Associados a Autopercepção; ANS-autopercepção negativa da saúde; PNS-Percepção Negativa de Saúde; SD-Sintomas depressivos; PNS-Pesquisa Nacional de Saúde; CSF-cobertura pela Saúde da Família; INGE-Instituto Nacional de Geografia e Estatística ANS-Autopercepção Negativa da Saúde; APES-Auto-Percepção do Estado de Saúde; PSS-Percepção Subjetiva da Saúde; APS-Auto-percepção de Saúde; PDPEC-Percepção de Doença de Pessoas com Enfermidades Crônicas; FV-Frequência das Variáveis; AFA-Avaliação da Força de Associação; PS-Percepção de Saúde; ≠-Diferença; ES-Estatística Significativa; APS-Auto-percepção da Saúde; AD-Actividades Diárias; CF-Capacidade Funcional; SF-Saúde Física; AU-Análise Univariada; AM-Análise Multivariada; MRL-Modelo de Regressão Lógica; IC-Intervalo de Confiança; NII-Nível de Instrução do Idoso; QPN-Qualidades Psicométricas Necessárias; CCCI-Centro de Convivência Casa do Idoso; AFR-Actividade Física Regular.

No quadro 1 estão apresentados os estudos sobre a autoavaliação da percepção do estado de saúde dos adultos e idosos. A autopercepção da saúde é a forma como os indivíduos compreendem as suas próprias atitudes, crenças, comportamento em relação aos factores de risco e envolve todas as impressões internas e externas. Estudos referem que uma boa percepção do estado de saúde pode estar associada a maior escolarização, melhores condições socioeconómica e boa capacidade funcional do idoso mesmo sabendo que este é propenso a ficar maior parte do tempo em condição de doenças crônicas degenerativas.

Relativamente ao idoso institucionalizado, os autores indicam a necessidade de estes participarem activamente em programas de AF regulares. Esta realidade leva a um entendimento de que a condição física aliada à alimentação controlada e a educação psicossocial têm influência na forma como os idosos autopercebem o seu estado de saúde. Neste domínio, a

autonomia, o bem-estar físico, mental, social e a qualidade de vida são sempre indicados como metas a serem alcançadas. Alguns factores podem ser aqui indicados como potenciadores do sucesso, tais como a necessidade de profissionais treinados para atender a demanda, promover convívios sociais, direccionar foco da intervenção para a prevenção primária, secundária e terciária, reabilitação, manutenção e melhoria da capacidade funcional.

Na generalidade, a autopercepção do estado de saúde deve ser entendida de forma global tendo em conta a associação das informações recolhidas acerca da (1) saúde no presente; (2) saúde no passado; (3) perspectiva acerca de saúde; (4) resistência a doenças; (5) preocupação com a saúde; (6) orientação da doença; (7) rejeição a doença e (8) atitude de ir ao médico. Do ponto de vista operacional as dimensões da autopercepção do estado de saúde têm sido agrupadas para dar maior consistência interna ao instrumento de recolha da informação.

2.1.1.6.1. Saúde actual e passada

A saúde actual e a saúde passada são dimensões da autopercepção do estado de saúde que tem uma estreita relação com a saúde física também amplamente conhecida como capacidade física funcional (RAMOS, 2003). Neste domínio, à ausência de doenças (incapacidades) tem sido indicada como potencializadora da energia física para realizar tarefas diárias e actividades em tempo livre sem fadiga indevida (WHO, 2002). Uma boa capacidade física funcional está positivamente associada à redução de quedas e fraturas, particularmente para os idosos. Todavia, na velhice, alguns factos triviais, podem desencadear alguma descompensação motora, causando problemas até de equilíbrio postural. Daí que se recomenda que o idoso não possa ser visto de forma simplista de ausência de doença, mas sim com um estado de saúde que necessita de cuidados físicos e psicológicos acrescidos a cada momento e situação da vida diária (DIAZ, 2007).

Sabe-se, porém que a incapacidade funcional, frequente nos idosos, está intrinsecamente relacionada a outros factores de risco, tais como a falta de AF regular e o tabagismo (WHO, 2002).

A literatura evidencia também inequivocamente que a população mais vulnerável se encontra nas mulheres pós-menopáusicas devido às deficiências de estrogénio o que origina neste extracto populacional um elevado índice de fracturas (ACSM, 1995; CHEUNG, 1995; WHO, 2002 e IGNÁCIO et al., 2009). As mulheres começam a diminuir a produção do estrogénio a partir de aproximadamente os 45 anos de idade, o que leva à diminuição gradual da Densidade Mineral Óssea (CHILBECH, 1995; CHILBECH, 2000; BURPEE, 2004). Isso mostra

a interdependência entre os fatores de risco que, em idades mais avançadas, podem causar a perda da autonomia e da independência dos idosos. Para RAMOS (2003) é necessária à consideração de questões que abordem a capacidade física funcional dos idosos, quando se pretende medir o seu estado de saúde na sua generalidade.

As pesquisas sugerem que a participação em programas de AF regulares pode ser um complemento eficaz para melhorar a capacidade física funcional do idoso, principalmente, quando associado a outras de terapia ocupacional (HOETELMANN CP & TCKA A, 2008). Por isso a melhoria da capacidade física funcional tem sido indicada como uma prioridade nos programas de AF por contribuir directamente para a redução das quedas através do aumento da força muscular, flexibilidade, agilidade, capacidade cardiovascular e coordenação motora (CUMINGS & BLACH, 1986; LANE, 1998; FRANÇA, 2008).

Quadro nº 2. Estudos sobre a Dimensão Saúde Física- Capacidade funcional de actividade (factores associados à saúde actual e saúde passada)

Autor/ano	Metodologia	Resultados
MONICA RODRIGUESPERROCI NI et al., (2002).	1.667 idosos de 65 anos; Inquéritos multidimensionais domiciliários (1991/92 e 1994/95); questionário estruturado, versão brasileira do OARS: (BOMFAQ). Foi realizada análise de regressão logística, passo a passo, com $p < 0,05$ e IC de 95%.	31% dos idosos disseram ter caído no ano anterior ao 1º inquérito; cerca de 11% afirmaram ter sofrido duas ou mais quedas; história de fratura (OR=4,6 95% CI 2,23-9,69), dificuldade em AVD (OR=2,37 95% CI 1,49-3,78), dificuldade em mais AVD (OR=3,31 95% CI 1,58-6,93).
MAZO GZ et al., (2007).	256 idosos M=219 e H=37; formulário, perguntas sobre CS, quedas e o IPAQ; AED e Qui-quadrado, adotando-se um nível de significância de 5%.	79,13% classificados como muito ativos; relação estatisticamente significativa entre o nível de AF pouco ativa com o número de quedas e com CSA ($p = 0,011$).
MARIA CÉLIA R. NUNE et al., (2007).	397 idosos; avaliada CF por escala de AVDB; nível de significância 0,05, AE, distribuição de frequência, medidas de associação (OR) entre CF e variáveis socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e análise de regressão logística múltipla.	Comportamento da CF está relacionado a piores condições de saúde auto-referidas, as quedas, ao sexo feminino, a viuvez, a idosos mais velhos, a baixa escolaridade e a baixa renda e não estar activo no mercado de trabalho.
ELIZANDRA CRISTINA PEDRAZZI et al., (2007).	47 idosos, com 60 anos ou + em 2001; realizou-se consulta dos portuários com idosos e cuidador em 2004; utilizando instrumento de avaliação da CF.	Características sociodemográficas dos idosos apontaram feminização do envelhecimento; Mulheres referiram maior nº de morbidades e sofreram maior interferência na execução das AVDs.
FABIANO MARQUES CAMERA et al., (2008).	Capacidade e ApF, no período 1987 a 2007; trabalhos com protocolos, testes específicos para CF em sujeitos <60 anos; total 38 publicações, estudos descritivos, experimentais e revisão de literatura.	TUG Apresenta alto coeficiente de objetividade inter e intra-avaliadores ($r = 0,99$), bem como índices de validade concorrente significativos com o BBS ($r = -0,72$), com a VM ($r = -0,55$) e com o BIADL ($r = -0,72$).

ADÉLIA Y. K. NAKATANI et al., (2009).	105 idosos (M) EESF; aplicado um questionário e escalas de avaliação mediante de AFSPD.	59,1% dos idosos apresentaram independência para AVD e 58,1% comprometimento de AIVD.
NATÁLIA CRISTINA S. CIPRIANI et al., (2009).	Testes AAHPERD; avaliações de Março e Dezembro de 2005 há 225 idosos, participantes do PRAF e DFI, análise de dada estatística descritiva; Teste t de Student e ANOVA.	O grupo que praticava AF ha mais de 10 anos e com faixa etária acima de 80 anos de idade, apresentaram melhor IAFG nas avaliações realizadas.
SILVANA NOGUEIRA at al., (2009).	129 idosos, 53%=M; questionário e medidas antropométricas, CF, avaliada pelo modelo desenvolvido por (ANDREOTTI e OKUMA 1999).	Factores independentes associados à CF: <85 anos; ser (M); uso de 5 ou + medicamentos; não visitar parentes/amigos pelo menos 1 vez por semana e considerar a própria saúde pior que a dos seus pares.
FLÁVIA NUNES MACHADO et al., (2013).	MIF em 109 idosos, 60 idosos foram classificadas como dependentes para as ABVD e foram descritos de acordo com a classificação internacional da CIF. Processo de triangulação reforçou a confiabilidade.	A diferença entre a Capacidade e o Desempenho foi estatisticamente significativa ($P<0,05$) em maior das tarefas do cotidiano.
CIBELE CARDENAZ DE SOUSA et al., (2013).	413 Idosas (H/M), M=269; 72 das ILPI e 341 da Comunidade; avaliar o GMF; teste TUG cronometrados.	Não foi detectada DE entre médias do TUG pelos sexos, tanto Comunidade ($p>0,05$), quanto na ILPI ($p>0,05$). (H/M) residentes na ILPI apresentaram média de TUG significativamente maior que H e M da comunidade ($p<0,01$).
LÍVIA PIMENTA R. GASPAROTTO et al., (2014).	Informações obtidas na base Cochrane, PubMed e Midlin para através de descritores correspondentes as palavras Envelhecimento e Quedas entre os anos 2009 a 2013.	Definiu-se factores associados, consequência da queda, prevenção e intervenção nas quedas, mitigação desses efeitos alto gasto hospitalar de idosos para a saúde pública.
JULIANA CORDEIRO et al., (2014).	Grupos de comparação, idosos ativos (G1) e insuficientemente ativos (G2), idade acima de 60 anos, avaliação composta pelos instrumentos: Teste de Memória Emocional, Índice de Katz e Avaliação da Qualidade de Vida: SF-36.	CF para ABVD avaliado pelo Índice de Katz, não houve DES entre os grupos, mas quando observados os resultados da variável CF avaliado pelo SF-36, o G1 apresentou melhores resultados com diferença estatisticamente significativa em relação a G2.
RENATO NOVAES CHAVES et al., (2017).	20 idosos longevos; Avaliada a cognição do entrevistado, por meio do MEEM, a DF quanto às ABVD por meio do ÍB e da EK, e o PS.	Prevalência da faixa etária entre 80 a 85 anos (90,0%). Mulheres apresentaram < % de perda cognitiva (28,5%) seguido dos não alfabetizados (H/M) (37,3%). O estudo subsidia impacto que a perda cognitiva e a DF trazem para a saúde do idoso longevo.
PALOMA ALMEIDA et al., (2017).	Questionário sociodemográfico, Índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody e o Whoqol-bref. Verificou-se uma maior distribuição de idosos do sexo feminino, alfabetizados, vivendo sem companheiro e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos.	Problema de saúde, dependentes ABVD e AIVD; idosos são dependentes de familiares para AVD; compromete a QV destes idosos, grande interferência da presença de DC na funcionalidade dos indivíduos, nas AIVD causando aos idosos a perda de sua autonomia.

Legenda: BOMFAQ-Brasil Multidimensional Funcional Assessment Questionnaire; OARS/AVD-Atividade de vida diária; AAHPERD-American Alliance for Health Physical Education; IAFG-Índice de Aptidão Funcional

Geral; AF-Actividade Física; RFMS-resistência de força de membros superiores; RAG-resistência aeróbia geral; DC-Dança Fulcral; IPAQ- Questionário Internacional de Actividade Física; AED-Análise Estatística Descritiva; AVD-Actividade de Vida Diária; AVDBI- Actividade de Vida Diária Básica e Instrumental; TUG-Timed Up and Go; BBS-Berg Balance Scale; BIADL-Banthe Index of Activities of Daily Living; VM-Velocidade Máxima; EESF-Equipa da Estratégia de Saúde da Família; AFSPD-Análise de Frequência Simples e Percepção dos Dados; PRAF-Programa Regular de Actividade Física; CIF-Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde; GMF-Grau de Mobilidade Funcional; ILPI-Instituições de Longa Permanência para Idosos; DF-Dependência Funcional; PS-Perfil Sociodemográfico; EK-Escala de Katz; MEEM-Mini Exame do Estado Mental; IB- índice de Barthel; MIF-Média de Independência Funcional.

Os estudos da saúde actual e saúde anterior estão apresentados no quadro 2. A autopercepção da saúde actual e anterior tem estreita relação com as dimensões da saúde física que se referem à ausência de doenças. Esta temática tem importância ao indentificar a energia física aceitável para realizar tarefas diárias e actividades em tempo livre sem fadiga desnecessária. Os estudos referem que a avaliação e orientação da capacidade física funcional têm sido indicadas por equipas especializadas como importante para reduzir o risco de quedas e fracturas na população idosa.

Os idosos pouco activos sofreram mais de quedas e fracturas do que seus pares mais activos, realidade condicionada mesmo com a participação em programas de AF regulares. A provável explicação é que a capacidade física funcional é um construto complexo, relacionada à interação de factores multidimensionais à saúde tais como a comportamentos de risco, determinantes sociais e deve ser mantida com a participação regular em programas de AF.

Os resultados no quadro 2 reforçam a necessidade de se avaliar de forma contínua e periódica a capacidade física funcional do idoso. Estes estudos advogam que a AF regular tem sido considerada como sendo alternativa de baixo custo para minimizar os efeitos do processo de envelhecimento. Sabe-se que a perda das funções cognitivas pode resultar em prejuízo no funcionamento físico, social, emocional, no desenvolvimento das actividades básicas da vida diária e da qualidade de vida. Daí que se sugere a promoção de AF mais para a prevenção de doenças, com destaque para a oferta de actividades de reabilitação que buscam reduzir as interferências funcionais.

2.1.1.6.2. Perspectiva de saúde e resistência à doença

A perspectiva de saúde e resistência à doença tem ligação directa com a saúde mental com importância para à (1) ausência de distúrbios mentais (*por exemplo, a consciência indicando os processos mentais: cognitivo, afecto, perceptivo, emotivo, desiderativo*); (2) capacidade de realizar desafios diários e interações sociais sem problemas comportamentais (*por exemplo, a prática da AF, uma alimentação equilibrada e não ter comportamentos de risco como fumar, consumir álcool em excesso, sendo estes aspectos a ter em conta quando os*

indivíduos avaliam a sua saúde); (3) factores associados às doenças graves e crónicas; (4) prevalência e incidência das doenças crónicas e a (5) hospitalização. Para esta última subdimensão, destaca a importância no papel que o médico tem principalmente no diagnóstico, tratamento, e alta, mencionando que é pelo número de doenças em que a morbidade tem sido definida (*desvio de uma norma fisiológica delimitada por um critério objectivo*).

Os determinantes sociais e demográficos da saúde, bem como a presença de doenças crónicas, no estilo de vida dos sujeitos estão também correlacionados entre si e podem influenciar na forma como as pessoas, em especial, os idosos, auto-avaliam a sua saúde. Por isso, identificar e entender os factores socioeconómico e comportamentais que determinam as condições de saúde é de suma importância e pode proporcionar uma velhice activa (CAMPOS, 2009). A presença de doenças crónicas também está relacionada à autopercepção da saúde da pessoa idosa em que a percepção negativa tem sido mais mencionada (DAMIAN et al., 1999).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) nos países tanto desenvolvidos como em desenvolvimento, as DCNT são as causas importantes e dispendiosas de deficiência e pior qualidade de vida das populações. Assim, com o passar dos anos, estas deficiências tendem a intensificar os obstáculos no processo de intervenção no ramo da saúde (exemplo de artrite, cancro de pulmão e diabetes). Neste contexto, a OMS defende que muitas doenças crónicas podem ser evitadas ou adiadas, proporcionando um envelhecimento saudável com menos gastos individuais e para a sociedade, com destaque para estratégias integradas de intervenção e que incluem a participação activa nos programas de AF regulares.

LOPES & RABELO (2006) afirmam de modo geral que um idoso com qualidade de vida é aquele que tem boa saúde física, realiza suas escolhas de modo consciente e leva a vida com significado. No entanto, a qualidade da saúde do idoso leva em consideração não somente o aspecto físico, mas o psicológico, o social e o espiritual. A estrutura etária da população se apresenta vinculada à demanda por serviços de saúde e, sendo assim, mudanças nesta estrutura ocasionam mudanças na demanda por serviços de saúde (WHO, 2005).

Diante desta mudança na estrutura etária, que é caracterizada pelo aumento relativo de pessoas idosas, associado à maior longevidade da população, o desafio posto para as políticas públicas é o fornecimento de serviços e benefícios que permitam a esses indivíduos idosos uma vida digna e activa, o que depende especificamente das políticas de seguridade social, a fim de prevenir ou atenuar o desamparo das gerações mais velhas (WONG, 2006).

Quadro 3. Estudos sobre a dimensão da saúde mental (factores associados com a perspectiva de saúde e resistência a doença) Autopercepção da Saúde em Idoso

Autor/ano	Metodologia	Resultados
MARIA FERNANDA LIMA-COSTA et al., (2004).	1516 Idosos participaram do estudo; entrevistas, exames físicos e laboratoriais.	Apresentaram AIP com pior Percepção da Saúde: Condições de Saúde (SD/A), (QI), (MNMPU).
FABIANO DE SOUSA ORLANDI, (2008).	100 idosos (H/M) portadores de IRCT, em tratamento hemodialítico há pelo menos seis meses.	Dimensões do SF-36, CN com a severidade da IRCT; 50% discriminaram os sujeitos com severidade suave e não suave da IRCT, com exceção dos aspectos emocionais e SM.
ÉMERSON SEBASTIÃO et al., (2008).	192idosos (H/M) amostragem aleatória estratificada; QGAQV, SF36 e QSDS; A AE incluiu ED, testes paramétricos e não paramétrico, adotando $p < 0,05$.	Idade, a AE apontou DES para NAF entre os grupos, G1 (60 – 69 anos) apresentou < NAF; gênero observou DES na QV e no uso de medicamentos, com os H percebendo melhor QV e fazendo menor uso de medicamentos.
MANOEL DEUSDEDT JUNIOR, (2015).	Entrevistas, LDD; CSM; ST, CTF profissionais repercute dificuldade a integração dos serviços para lidar com problemas de SM e ST que chegam aos DSM.	Categoria “trabalho” considerada como aspecto importante na superação da dicotomia entre singular e coletivo na saúde; importante na compreensão de casos de adoecimento mental e condução do tratamento de USS.
MARIA SALETE BESSA JORGE et al., (2008).	APP abordam a SM e suas dimensões; recorte temporal de 2000-2005; consultadas revistas classificadas como Qualis B circulação nacional ou Qualis B ou C de circulação internacional nas áreas da ESC.	O cuidado à pessoa em sofrimento psíquico e percepções sobre a doença mental. Percebeu-se produção do conhecimento no campo da saúde mental ser fortemente influenciada pela prática.
REIS SARA PORTALA et al., (2015).	238 idosos (H/M), idade ≤ 60 ; qualidade de vida, questionário proposto pela OMS: WHOQOL – BREF.	A média dos 4 domínios foi de 65,93, sendo que a percepção da qualidade de vida (69,94) e a satisfação com a saúde (61,92).
ROBERTA SOUSA FRETAS et al., (2012).	316idosos; CF avaliada por escala hierárquica, verificando associação condições de saúde; fatores sócio demográficos e comportamentais pela técnica de regressão logística multinomial.	Dependência nas AIVD foi associada ao grupo etário ≥ 80 anos; uso de medicamentos; comprometimento cognitivo; falta de participação em atividades religiosas; hospitalização nos últimos 12 meses, comprometimento cognitivo e sobrepeso.
SÓNIA FARIAS MENDES BRAGA et al., (2011).	223idosos em hemodiálise; QV foi avaliada utilizando o KDQOL-SF e MOS-SF-36; componente da DR 11 subescalas, físico 4 subescalas e mental 4.	Foram observadas associações negativas significativas e independentes do componente da doença renal e mental com número de doenças crônicas e tempo de tratamento (ambas).
DANIELA FIGUEREDO et al., (2008).	52 cuidam idosos dementes e 47 não dementes; sobrecarga avaliada com escala do CSS, de PEARLIN et al, (1990); Para a PES foi administrada a versão portuguesa do MOS-SF36 (Ferreira, 1998).	Percepcionam ES fraco; cuidadores familiares de idosos sem demência percebem SM significativamente melhor; cuidadores que têm percepção mais desfavorável do ES são aqueles que se sentem sobrecarregados.

ANDREIA PEREIRA et al., (2008). 65 idosos; Entrevista individual, a EIEI, o QAFMI para avaliar SFM a Escala de Animo (avalia bem-estar psicológico), a Escala Depressão Geriátrica e o Inventário de Ansiedade Geriátrica. A maioria dos idosos percebeu SM (84%) insatisfatória; percentagem importante apresentou sintomas depressivos (56,9%) e ansiosos (64,6%). A pontuação total de inteligência espiritual correlacionou-se positivamente com atitudes face ao envelhecimento e negativamente com a pontuação total de sintomas depressivos.

Legenda: IRPMFCA-Insatisfação com os Relacionamentos Pessoais e Menor Frequência a Clubes ou Associações; SD/A- Sintomas Depressivo-Ansiosos; MNMPU-Maior Número de Medicamentos Prescritos; ANI-Associação Negativa e Independente; AIP-Associação Independente e Positiva; QGAQV-Questionário Genérico para Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso; QSDS-Questionário Sociodemográfico de Saúde; NAF-Níveis de Actividade Física; DES-Diferença Estatisticamente Significativo; IRCT-Insuficiência Renal Crônica Terminal; CN-Correlação Negativa; KDQOL-SF- Kidney Disease and Quality of Life – Short Form; MOS-SF-36- Medical Outcome Survey – Short Form; CSS- Caregiver’s Stress Scale; PES-Percepção do Estado de Saúde; SM-Saúde Mental; ES-Estado de Saúde; EIEI-Escala de Inteligência Espiritual Integrada; QAFMI-Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos; SFM- Saúde Física e Mental.

No quadro 3, estão apresentados os estudos sobre a autoavaliação da perspectiva de saúde e resistência a doença. O prior se percebe que a perspectiva de saúde esta correlacionada positivamente com a resistência à doença. Ambas são dimensões da auto percepção do estado de saúde que referem, em simultâneo, à ausência de distúrbios mentais e presença da capacidade de realizar desafios diários e interações sociais sem problemas de fórum comportamentais, emocionais, às doenças graves, prevalência e incidência da doença crónica e a hospitalização. Daí que os estudos recorrentes indicam que a autoavaliação da saúde deve compreender a identificação de situações como acesso e uso de serviços de saúde na consolidação do bem-estar físico, mental e social.

As investigações no campo da saúde mental e do trabalho permitem constatar que não é possível compreender o adoecimento, a melhora dos pacientes, sem levar consideração a aspectos ligados à história de vida de cada paciente, o que reforça a importância associada à perspectiva de saúde e resistência a doença. Mesmo assim os estudos sugerem que como forma de melhorar os aspectos sociais há que desenvolver oficinas artesanais, actividades físicas específicas, equipas para a educação e promoção da saúde das populações.

2.1.1.6.3. Preocupação com a saúde e orientação a doença

A preocupação com a saúde e orientação da doença são dimensões da saúde social que se referem à capacidade de interagir efetivamente com outras pessoas e com o ambiente social, aproveitando relacionamentos pessoais satisfatórios. A idade, o tempo no programa de AF, o estado civil; a profissão, a escolaridade, o entretenimento (passa tempo/diversão), são factores

associados à preocupação com a saúde e orientação da doença no domínio da autopercepção do estado de saúde dos indivíduos, em particular para o idoso.

DACHS (2002) diz que, com o avançar da idade, aumenta-se a probabilidade da auto-avaliação negativa da saúde, uma das questões também importantes é a compreensão dos comportamentos saudáveis dos indivíduos que inclui a participação activa nas actividades sociais, obviamente relacionado ao apoio social. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) é fundamental reduzir os riscos da solidão e do isolamento social, por meio de apoio aos grupos ou programas que podem estimular a interacção social. Uma forma de sociabilização é a participação em programas de AF regulares e em cultos religiosos que serve, além de outros factores, para o indivíduo idoso ter contacto com outras pessoas.

Outro factor importante é o estado civil do indivíduo idoso que está directamente relacionado ao arranjo familiar que, neste sentido, também considera a presença ou não do ente familiar para auxiliar no combate à solidão. A bibliografia traz divergências acerca do estado de saúde de pessoas idosas e o estado civil. HARTMANN (2008) descreve, por exemplo, que os viúvos experimentam mais autonomia e liberdade, o que contribuiria para a melhor autopercepção da saúde. No entanto, a autora aponta também que os idosos viúvos podem apresentar maiores problemas de saúde, o que contribuiria para a percepção negativa da saúde.

Aqueles que possuem planos privados de saúde têm melhor acesso aos cuidados preventivos e utilizam mais os serviços de saúde (PAIM et al., 2011). Este facto pode influenciar na autopercepção da saúde do idoso e corrobora as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A existência de planos privados de saúde aponta para questões referentes à desigualdade no sistema de saúde e à autopercepção da saúde, mediante a chance de as pessoas idosas obterem algum tratamento, quando acometidas por doenças nesta fase da vida.

MARLOT (2004) fez abordagem em sua obra *Status Syndrome* à questão do gradiente social de saúde, no qual ele menciona como a posição social pode afectar a saúde e a expectativa de vida do indivíduo. Segundo o autor, a desigualdade no que se refere à autonomia e participação em programas sociais, levaria à ocorrência de doenças.

CARVALHO et al (2015), destaca a qualidade da saúde e do bem-estar quando está relacionada com as expectativas que diferentes grupos e culturas possuem. Esta realidade reflecte de forma diferente como a saúde tem sido valorizada de forma diferenciada entre os grupos sociais, principalmente quando estabelecido como necessidade humana. Este trabalho chama a atenção para os cuidados nas comparações dos resultados das populações de diferentes países ou regiões.

HARTMANN (2008) identificou uma avaliação positiva da saúde em idosos com maior escolaridade, melhor condição socioeconómica, que não necessitavam de auxílio para actividades da vida diária e com ausência de diversas doenças crónicas como diabetes e bronquite. As pesquisas realizadas em países desenvolvidos apontam que o nível socioeconómico mais elevado está associado a melhores condições de saúde (ARBER, 1991; HAY DI, 1988). Os aspectos demográficos (idade, sexo e o estado conjugal), socioeconómico (educação e a renda), doenças crónicas e a capacidade física funcional são os factores determinantes sociais que podem influenciar simultaneamente a autopercepção de saúde dos idosos termos básicos (ALVES LC & RODRIGUES RN., 2005).

A autopercepção de saúde do idoso é um produto de um amplo espectro de factores determinantes, incluindo a idade, o sexo, o suporte familiar, o estado conjugal, as oportunidades de educação e emprego, a renda, a capacidade funcional, as condições crónicas de saúde, o estilo de vida, dentre outros. Diversos estudos demonstram uma correlação da autopercepção de saúde com as variáveis demográficas e socioeconómicas e com outras medidas de condição de saúde, como as doenças crónicas e a capacidade funcional (BARRON-EPEL O & KAPLAN G., 2001).

O suporte advindo da família envolve elementos como coesão (*proximidade emocional entre os membros da família*), apoio (*suporte dado e recebido na família*), adaptabilidade (*capacidade da família de se ajustar às mudanças*) e comunicação. A percepção de que o suporte familiar é satisfatório reflecte a força da ligação emocional estabelecida, sua adaptabilidade a situações de estresse e o compartilhamento de afecto, estima e gratificação. Actua como moderador do efeito dos eventos estressantes sobre a saúde mental (HYDE, GORKA, MANUCK & HARIRI, 2011; PETTIT, ROBERTS, LEWINSOHN, SEELEY & YAROSLAVSKY 2011; COUTO, KOLLER, NOVO & SOARES, 2009). Esses mesmos autores indicam que quanto maior a reciprocidade dentro das redes de apoio, maior o bem-estar psicológico, favorecendo a resiliência individual frente a eventos adversos.

Quadro 4. Estudos sobre a dimensão saúde sociais (factores associados à preocupação de saúde e orientação da doença).

Autor/ano	Metodologia	Resultados
MOTA, J. et al., (2006).	88 Idosos (H/M), dois grupos: o GE, n = 46, H =34,8%), envolvido PRAF, investigando o IERAFCFISI; GC, n = 42; H = 47,6%) não envolvido em nenhum PRAF; A HRQL foi avaliada pela versão MOS-SF-36.	Resultados permitem concluir que a participação em programa de AF melhora a QV relacionado com a saúde.

- ROCHA NS. et al., (2011). 241 Idosos (H/M), 122 PIA com alguma doença crônica, provenientes de um hospital universitário, e 119 ISMACR; a) WHOQOL-100-QV; b) BDI-sintomas depressivos; c). WHOQOL-SRPBi – escala de importância dada às facetas do módulo de SRPB do WHOQOL-100- importância dada à SRPB. PIA mostraram piores resultados que ISMACR nos domínios do WHOQOL-100; avaliação de importância dada à SRPB ($P=0,03$); regressão múltipla, importância dada à SRPB associada com o domínio geral, psicológico, relacionamento social, ambiente e SRPB do WHOQOL-100 ($\beta = 0,10$; $\beta = 0,17$; $\beta = 0,12$; $\beta = 0,11$; $\beta = 0,72$, respectivamente; $P < 0,05$).
- MACEDO AML. et al., (2012). 503 idosos de 60 anos e mais com *déficit* cognitivo, MS e assistidos pela ESF; colecta de dados realizada por meio de entrevistas domiciliares, com um questionário estruturado para variáveis sociodemográficas e condições de saúde, o MEEM e a MIF. Identificados 215 idosos com *déficit* cognitivo, dos quais 32 (14,9%) apresentavam grau de dependência; Houve grau de dependência no sexo masculino e na faixa etária de 80 anos e mais. As dimensões locomoção e cognição apresentaram os $>$ valores.
- MARGARETH GUIMARÃES LIMA et al., (2011). 1.958 idosos em 2001/2002; QV aferida com o uso do instrumento MOS-SF36, ISFHS; variáveis dependentes e as independentes foram AF, FSIBA e hábito de fumar; Modelos de regressão linear múltipla usado para controlar o efeito de sexo, idade, escolaridade, trabalho, área de residência e nº DC. AF associada com oito escalas do SF-36; associações encontradas em aspectos físicos ($\beta = 11,9$), CF ($\beta = 11,3$); Idosos que ingeriam bebida alcoólica pelo menos uma vez por semana apresentaram melhor QV do que os que não ingeriam; os fumantes tiveram pior QV no componente mental ($\beta = -2,4$).
- EVELINA MARIA DE OLIVEIRA TINOCO et al., (2015). Pesquisa com 30 Idosos (H/M), buscando no relato desta amostra fatores ligados ao envelhecimento saudável e entrevista com uma psicóloga; Idosos preencheram entrevista semiestruturada, a EMSV e a EAPAN; Psicóloga respondeu entrevista semiestruturada. Idosos satisfeitos com o seu processo de envelhecimento; descrevendo vivências de afetos positivos quando comparados aos negativos; considerando o aumento da idade e também a variável sexo; a psicologia contribuiu na identificação e promoção das características que levam a um PEQ.
- REIS et al., (2015). Para avaliar QVI, foram aplicados dois questionários propostos pela OMS que são: um pré-teste WHOQOL – BRREF e o WHOQOL – OLD. 238 idosos, com idade \leq 60anos. Entrevistadas Idosas casadas e aposentadas. Média dos domínios (65,93); maior resultado o social (68,78) e o menor o ambiental (52,77). Ainda no WHOQOL-BREF; analisado a PQV (69,94) e a satisfação com a saúde (61,92), há correlação na análise do WHOQOL-OLD, a média das facetas 65,19.
- MARIA HELENA LENARDT et al., (2015). 203 idosos; dados foram coletados mediante questionários de NAF, perda de peso, fadiga/exaustão, QV e realização de testes de velocidade da marcha e força de prensão manual. 115 eram pré-frágeis, 49 não frágeis, 39 frágeis, havendo associação significativa para a DCFQV. As dimensões limitações por aspectos físicos, dor e vitalidade foram associadas aos não frágeis.
- MARIA FÁTIMA MACIEL ARAÚJO et al., (2008). 419 indivíduos de 60 anos ou mais, em serviços de saúde, nos anos de 2005 e 2006, através de um questionário com perguntas objetivas abordando sexo, idade, atividades de lazer e religiosidade dos idosos. Índice superior a 90% dos entrevistados rezam/oram, e mais de 70% reza diariamente; mulheres idosas são mais afeitas aos aspectos religiosos em comparação com os homens idosos.

CAMOMILA LIRA FERREIRA et al., (2011).	Questionário e Escalas de Resiliência, Autoestima e Apoio Social; Participaram 65 idosos com idade média de 71 anos, sendo 81% do sexo feminino, com baixas condições sócioeconômicas.	Apresentaram características resilientes, auto-estima positiva e apoio social percebido como satisfatório, mesmo diante das perdas e declínios vivenciados na velhice; correlações moderadas e positivas entre resiliência e autoestima.
LUCIANO ARAUJO DOS REIS et al., (2011).	235 idosos; dados sociodemográficos e de saúde; MEM Índice de Barthel e Inventário de PSF; Análise Estatística foi realizada com nível de significância $p < 0,05$, mediante realização do teste do Qui-Quadrado.	DES entre médias domínio Afetividade, Consistência e as Variáveis Presenças de Sequelas ($p=0,042$), comprometimento das ABVD ($p=0,033$); médias do domínio Adaptação familiar e nível de escolaridade analfabetos ($p=0,012$); domínio Autonomia e as variáveis estado civil casado ($p=0,013$); comprometimento das AVD ($p=0,011$).
ZÉLIA FERREIRA, (2011).	75 idosos; 66-100 anos, (H/M); recolhidos dados Sociodemográfico, através MMS e do QAaS e do bem-estar físico (FONSECA & PAÚL, 1999); dados obtidos trabalhados na estatística descritiva e estatística inferencial, com análise do coeficiente de Spearman.	Os dados sociodemográficos, e a instituição a que cada indivíduo pertence não tem relação com a PES destas; existe relação significativa entre a PES percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas e a saúde dos seus pares.

Legenda: GE-grupo experimental; GC-Grupo Controle; AF- Atividade Física; QV-Qualidade de Vida; IERAFCFISI- Impacto do Exercício Regular na Aptidão Física e na Capacidade Funcional e Saúde em Indivíduos; PRAF-Programa Regular de Atividade Física; HRQL-; MOS SF-36-Medical Outcomes Study, Short Form – 36 Health Survey; PIA-Pacientes Internados e Ambulatoriais; ISMACR-Indivíduos Saudáveis Membros Ativos de Comunidades Religiosas; DCFQV-Dimensão Capacidade Funcional da Qualidade de Vida; NAF-Nível de Atividade Física; BDI-Depressive Symptoms; WHOQOL-Qword Health Organization Quality of Life Assesmen; SRPB-Scale of Importance Assigned to the Facets of the Spirituality/Religiousness/Personal Beliefs Module; ESF-Estratégia Saúde da Família; MEEM-Miniexame do Estado Mental; MIF-Medida de Independência Funcional; ISFHS- Item Short Form Health Survey; FSIBA-Frequência Semanal de Ingestão de Bebida Alcoólica; EMSV-Escala de Medida de Satisfação com a Vida; EAPN-Escala de Afetos Positivos e Negativos; PEQ-Processo de Envelhecimento com Qualidade; QVI-Qualidade de vida do Idoso; PQV-Programa de Qualidade de Vida; MMS-Mini Mental State; PES-Percepção do Estado de Saúde; PSF-Percepção do Suporte Familiar; DES-Diferença Estatística significativa; ABI-Actividades Básicas Instrumentais; VD-Vida Diária; QAaS-Questionário da Auto-avaliação da Saúde.

No quadro 4, estão apresentados estudos sobre a dimensão da saúde social e factores associados à preocupação com a saúde e orientação da doença. Estudos encontrados referem que uma das boas práticas é a participação regular em programas de AF como grupo de socialização, buscando a integração social e psicológica dos idosos. Esta realidade indica que as estratégias de prevenção devem assegurar o viver autónomo do idoso. Os estudos indicam também que a importância da religiosidade na vida dos idosos é deveras significativa, pois as crenças e atitudes relacionadas à dimensão material devem ser consideradas como um fator importante no processo de saúde e da doença.

Existem recomendações importantes ligadas à criação de políticas voltadas para o idoso, particularmente no direito a educação, a cultura, ao desporto, ao lazer e diversões, aos

espetáculos, aos produtos e serviços que respeitem a sua condição. A integração social e psicológica dos idosos parece ser uma exigência padrão na qual os familiares e serviços de saúde devem estar em sintonia nas tarefas de melhor servir ao idoso para sua qualidade de vida e bem-estar.

2.1.2. Autopercepção da saúde e actividade física

A Actividade Física (AF) é o movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos com objectivo de dispêndio energético acima dos níveis de repouso e com isso melhora uma ou mais componentes de aptidão física (CASPERSEN et al., 1985). Neste sentido, a AF regular da população idosa vem sendo recomendada como uma forma de intervenção não farmacológica pelas entidades que controla e monitoram a saúde da população (CDC, 1989; AHA, 2000; WHO, 2011). A abrangência desta recomendação tem suporte, primeiro, pelo aumento exponencial dos idosos; segundo, pela falta de programas de AF regulares para os idosos, em quase toda parte do mundo; finalmente porque as instituições sanitárias estão a trabalhar no seu limite máximo de atendimento, atribuindo prioridade para as crianças e jovens do que para o idoso (WHO, 2011).

A importância da AF para controlo das doenças não transmissíveis, com maior prevalência na população adulta e idosa, tem suporte académico e científico amplamente reconhecido, tendo como resultado a elaboração de diretrizes de orientação metodológica disponíveis para uma intervenção segura (ACSM, 2007, 2011). Estes documentos e posicionamentos oficiais têm vindo a ser actualizados ao longo do tempo com destaque para o tipo de AF, intensidade, frequência, duração e volume (CDC, 1989; AHA, 2000; WHO, 2011). Adicionalmente, esses documentos espelham a tendência dos resultados esperados no amplo domínio da intervenção sobre as variáveis biopsicossociais, sem descorar da importância atribuída às diferenças individuais (WHO, 2011).

Desta forma a autopercepção do estado de saúde se enquadra nas diretrizes como variável de estudo no domínio psicosociocultural, pois reflecte o estado real do indivíduo idoso no momento pontual da sua vida (ALENCAR NA et al., 2010). Esta realidade enquadra-se na proposta de um envelhecimento activo com a prática dos exercícios físicos regulares, fortalecida nos últimos anos, com a necessidade da criação de programas de AF, que reforçam a consciencialização da sua relação com o bem-estar e qualidade de vida (HOETELMANN CP & TCKA A, 2008). Os idosos que possuem níveis aceitáveis de AF tendem a apresentar melhor qualidade de vida do que os seus pares inactivos.

Sabe-se porem que o nível elevado de AF intervem de maneira positiva no envelhecimento saudável, por estar indicado para a minimização das limitações funcionais principais que interferem no desempenho do dia-a-dia (FERREIRA C.L. et al., 2011). Assim sendo, um processo de intervenção no sentido de aumentar o nível de AF da população idosa amplia a possibilidade de autonomia que é um dos grandes problemas que acometem os idosos com o avanço da idade (CIPRIANI N.C. et al., 2009). O programa de AF potencializa uma demanda energética aceitável para os aspectos da saúde física capaz de levar com que a idosa saia da zona de conforto para a zona mais activa com benefícios adicionais mensuráveis (TOSCANO JJO & OLIVEIRA ACC, 2009).

Portanto, a população idosa, ao iniciar qualquer prática de AF deve realizar toda uma avaliação diagnóstica cujos resultados servem para que o profissional possa fazer uma prescrição e progressão dos exercícios tendo em conta as limitações individuais observadas (FLETCHER GF 1997 & BIJNEN et al., 1994). As modalidades de AF recomendados para os idosos são os exercícios aeróbios, musculação, exercícios localizados, exercícios de alongamentos, jogos e danças, jardinagem, *Ioga* e *tai-chi-chuan* (JACOB FILHO & COSTA, 2006).

Os exercícios aeróbios são aqueles que envolvem grandes grupos musculares, com movimentos repetitivos e baixo consumo energético, o que permite que seja praticado por longo período (exemplo, caminhada, natação, ciclismo, corrida, remo). Os exercícios de musculação são aqueles que ajudam a aumentar a massa muscular e a força dos músculos esqueléticos. Os seus resultados aparecem em curto prazo quando comparados com outras modalidades. Exigem supervisão especializada e equipamentos adequados para aliar eficácia ao baixo risco.

Os exercícios localizados são utilizados para manter, desenvolver a força e resistência de um determinado grupo muscular. Permitem apenas um pequeno ganho de massa muscular, devido aos pequenos pesos utilizados nas actividades e, por isso, costuma servir de base para outras actividades como a musculação e exercícios aeróbios em geral. Os jogos e danças desenvolvem a coordenação motora, melhorando a propriocepção e permitindo grande interacção psíquica e social. Quando feita com regularidade, de forma contínua por 30 a 60 minutos e com orientação, os seus efeitos se equivalem às demais actividades aeróbias.

Os exercícios de alongamento muscular promovem a flexibilidade dos diversos segmentos, favorecendo a mobilidade e a coordenação motora. A *Ioga* e *tai-chi-chuan*, recomendados para redução postural, melhoram a flexibilidade, a coordenação motora e a consciência corporal.

Todos esses tipos de exercícios são especialmente importantes para pessoas idosas porque ajudam a melhorar a flexibilidade, a força muscular, a capacidade cardiopulmonar, a auto-estima, a autoimagem acima de tudo o bem-estar e qualidade de vida (JACOB FILHO & COSTA, 2006).

A categoria de ser paciente parece ser sinónimo de idoso dado a sua condição frágil que vai afectando o seu estado de saúde ao longo do tempo e sem inversão. Portanto, mesmo nesta categoria os idosos devem e, ou seja, podem se exercitar regularmente. Em pacientes severamente descondicionados, um único exercício pode atingir parcialmente todos estes objectivos (FREITAS, 2002). Porém, a AF que predomina entre os idosos é a caminhada, uma vez que não é preciso ter habilidades específicas, com menor custo adicional (BIJNEN et al., 1994; FLETCHER GF, 1997). No entanto, ela não supre todas as necessidades do corpo, pois trabalha apenas o sistema cardiovascular e o músculo-esquelético.

Segundo FERREIRA (2003) as actividades aquáticas são excelentes para as articulações e para os músculos. A hidroginástica é um tipo de exercício bastante eficaz para os que sofrem de problemas articulares, não sendo necessário saber nadar, apenas gostar de se exercitar na água. Actualmente, estudos mostram a importância dos exercícios envolvendo força e flexibilidade, pela melhora e manutenção da capacidade funcional e autonomia do idoso. Esta realidade deve ser acompanhada pela vontade de ser cada vez mais activa, abandonando sedentarismo e se exercitar regularmente pelo menos duas vezes por semana a uma intensidade moderada (MATSUDO, 2001; NAHAS, 2001; OKUMA, 2002).

Segundo REBELATTO (2006) os programas de AF de nível básico para o idoso devem conter alongamentos (5 min), actividades recreativas (5 a 10 min), aquecimento ou exercícios aeróbios (5 min) e desenvolvimento da força muscular (20 min). O consenso do Centro de Estudo do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e do Centro de Controle e Prevenção de doenças (CDC) classificam o nível de AF em (1) muito activo, aqueles que cumprem com as recomendações seguintes (a) Vigorosa: ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão e/ou; (b) Vigorosa: ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão+ Moderada e/ou Caminhada ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão; (2) Activos, aqueles que cumprem com as seguintes recomendações: (a) Vigorosa: ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão e /ou; (b) Moderada ou Caminhada: ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão e/ou;(c) A soma de qualquer actividade: ≥ 5 dias na semana e ≥ 150 minutos por semana (vigorosa + caminhada + moderada); (3) irregularmente activos, aqueles que cumprem com a prática de AF, mas insuficiente para ser classificado como activo, por não cumprir as recomendações quanto à

frequência e duração e finalmente; (4) sedentário, aqueles que não prefere praticar AF por, pelo menos, 10 minutos seguidos (contínuos) durante a semana.

Os idosos que praticam AF regularmente apresentam menos casos depressivos, principalmente quando realizada em grupo de pessoas com idade ou patologias semelhantes, onde ocorre grande socialização e surgem novos interesses e novas amizades (RODRIGUES et al., 2005). Quanto aos benefícios da prática regular de AF em idosos SANTOS & PEREIRA (2006) concluíram que a musculação e a hidroginástica reduzem a sarcopenia (*diminuição da função da musculatura esquelética*), induzida pelo envelhecimento, aumentando, com isso, a qualidade da marcha e redução de risco de quedas e adicionando a eficiência na prática de actividades da vida diária.

Para RASO (2007) outros benefícios importantes adquiridos com a prática de AF, como o aumento do consumo de oxigênio, melhora no controle da glicemia, redução da queixa de dores, aumento da taxa metabólica basal, decrescimento no trânsito gastrintestinal, melhora do perfil lipídico, incremento da massa magra, melhora da sensibilidade à insulina.

A AF também pode ajudar a prevenir doenças cardíacas, aumentando o nível de HDL (o colesterol bom) e diminuir os níveis de LDL (o colesterol mau). Ajuda a melhorar o humor devido à libertação de endorfina, hormônio que causa sensação de bem-estar, pois relaxa o sistema musculo-esquelético. Ajuda a aumentar a funcionalidade do sistema imunológico acarretando benefícios cardiovasculares, possibilitando, contudo com o controle da obesidade (BENEDE TTI et al., 2003).

Segundo MATSUDO (2001) a AF ainda apresenta um efeito favorável sobre o equilíbrio e a marcha, diminuindo o risco de quedas e fraturas, proporcionando ao idoso menor dependência no dia-a-dia, elevando de forma significativa sua qualidade de vida. Actualmente estudos mostram a importância dos exercícios envolvendo força e flexibilidade, pela melhora e manutenção da capacidade funcional do idoso (MATSUDO, 2001; NAHAS, 2001; OKUMA, 2002).

Os benefícios da AF na autopercepção da saúde do idoso esta na promoção dos aspectos psicológicos (relaxamento, redução dos níveis de ansiedade e *stress*, melhora do estado de espírito, melhoras cognitivas), sociais (indivíduos mais seguros, melhora a integração social e cultural, a integração com a comunidade, rede social e cultural ampliada, entre outros), incluindo os fisiológicos (controle da glicose, melhora qualidade de sono e a capacidade física relacionada à saúde) (NAHAS, 2001).

2.1.3. Autopercepção da saúde e aptidão física

A Aptidão Física Funcional (AFF) é um construto multidimensional ligado a saúde ao rendimento (CASPERSEN et al., 1985) com uma estrita ligação como o exercício físico e AF. Portanto, não podemos falar da aptidão física sem antes falar dos seus aliados (exercício físico e AF). Todavia, programas que incentivam a prática de exercício e ou AF precisam ser estimulados por políticas públicas (LIPPNCOTT W & WILKIM, 2000; PETE RR et al., 1995; JOHNSON JM et al.,1996). O acto de exercitar-se precisa estar incorporado não somente no dia-a-dia das pessoas, mas também à cultura da prática, aos tratamentos médicos, à planificação da família e à educação infantil (FLETCHER et al.,1997). Essa necessidade depende de diferentes factores tais como: o (1) factor social (*proporciona ao homem o direito de estar activo fisicamente e em grupos*); finalmente (2) factor económico (*constata que os custos com saúde individual e colectiva reduzem drasticamente em populações fisicamente activas*).

A AF inclui as atividades da vida diária (tomar banho vestir-se, actividades domésticas); atividades de trabalho, (andar, carregar); e as atividades de lazer, (exercitar, praticar desporto, dançar) (CASPERSEN et al., 1985). Para SHEPHARD & BALADY (1999) esclarecem que a AF, como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto energético, não se preocupando com a magnitude desse gasto de energia. Estes autores diferenciam AF do exercício físico a partir da intencionalidade do movimento, considerando que o exercício físico é um subgrupo da AF, que é planificado, estruturado e repetitivo, tendo como propósito a manutenção ou a optimização do condicionamento físico.

Ainda para PATE et al (1995) & CASPERSEN et al (1985) essas definições podem ser complementadas assinalando que o exercício tem como objectivo melhorar uma ou mais componentes da aptidão (*condição aeróbica, força e flexibilidade*). FAHEY et al (1999) propõem uma definição de AF como sendo qualquer movimento do corpo realizado pelos músculos que requer energia para acontecer, podendo ser contínuo dependendo da quantidade de energia despendida. Por exemplo, teríamos que subir escadas ou simplesmente realizar caminhadas como actividades fáceis que precisam de pouco esforço e gastam pouca energia, considerando que essa realização seja feita por pessoas saudáveis. Já andar de bicicleta ou correrem alguns quilómetros requer uma habilidade e um gasto energético consideravelmente maior. Contudo, o exercício físico e a AF se diferencia também pela intencionalidade e planificação, enquanto a expressão AFF representaria a habilidade do corpo de adaptar-se às

demandas do esforço físico que a actividade precisa para níveis moderados ou vigorosos, sem levar a completa exaustão.

Dentro do nosso contexto, a questão da AFF é abordada por GUEDES (1996) no capítulo intitulado *Orientações Básicas sobre AF e Saúde para Profissionais das Áreas de Educação e Saúde*. Para este autor a AFF, como um estado dinâmico de energia e vitalidade, permite a cada um não apenas a realização das tarefas do cotidiano, mas também a ocupações activas das horas de lazer e enfrentar emergências imprevistas sem fadiga excessiva, evitar o aparecimento das funções hipocinéticas, enquanto funcionando no pico da capacidade intelectual e sentindo uma alegria de viver. Ele também propõe que a AFF seria a capacidade de realizar esforços físicos sem fadiga excessiva, garantindo a sobrevivência de pessoas em boas condições orgânicas no meio ambiente em que vivem.

As componentes da AFF englobam diferentes dimensões, podendo voltar-se para a saúde e abrangendo um maior número de pessoas, valorizando as variáveis fisiológicas como potência aeróbica máxima, força, flexibilidade e composição corporal, podendo voltar-se para as habilidades desportivas em que as variáveis, tais como agilidade, equilíbrio, coordenação motora, potência e velocidade, são mais valorizadas, objectivando o desempenho desportivo (SHEPHARD & BALADY 1999; GAERTNER PH, 1991).

SHEPHARD & BALADY (1999) realçam a inter-relação e a diferença entre as intensidades de exercício absoluto e relativo definindo a quantidade ou a dose de AF ou de exercício de um indivíduo. A dose de exercício refere-se à quantidade de energia despendida na AF que requer movimentos musculares e de repetição que pode ser expressa em quilojoules ou quilocalorias. A intensidade absoluta reflecte a taxa de energia gasta durante o exercício e pode ser expressa em MET's ou KJ.min^{-1} , enquanto a intensidade relativa reflecte se na percentagem relativa da potência aeróbica máxima que é mantida durante o exercício, sendo expressa como a percentagem do consumo máximo de oxigénio. No geral o a falta do condicionamento físico é um fantasma que vai se instalar em suas vidas ao longo dos anos, principalmente para o idoso, conduzindo-o para o sedentarismo.

Os benefícios do condicionamento físico apropriado são enormes a enumerar: desde a melhoria da densidade mineral óssea; prevenção na perda de massa óssea; aumento do consumo máximo de oxigénio; melhora da circulação periférica; aumento da massa muscular; melhoria no controle da glicemia; melhoria no perfil lipídico; redução do peso corporal; melhoria no controle da pressão arterial; melhoria na função pulmonar; melhoria no equilíbrio e na marcha; diminuição da dependência para a actividade diária; melhoria da auto-estima; melhoria da auto-

confiança; melhoria da qualidade de vida; diminuir as quedas e fracturas; diminuir a mortalidade (*nas doenças de Parkinson; esclerose múltipla e Alzheimer*) e ajudar na prevenção de doenças coronárias (FLETCHER et al., 1996). As pessoas saudáveis e aquelas com doenças congénitas podem melhorar, com o treinamento, a sua habilidade de utilizar o oxigénio para derivar energia para o trabalho.

A saúde não se caracteriza apenas como um estado de ausência de doenças nos indivíduos, mas como um estado geral de equilíbrio nos diferentes aspectos e sistemas que caracterizam o homem (BOUCHARD C et al., 1990; CRAMER JA., 1982). Para BOUCHARD C et al., (1990) Considera saúde como sendo um *continuum* com pólos positivos e negativos. Os pólos positivos são associados à capacidade das pessoas de aproveitar a vida e de superar desafios e não apenas ausência de enfermidades, enquanto o pólo negativo é associado à morbidade e, em seu extremo, com a mortalidade, entendendo a primeira como um estado de saúde resultado de uma doença específica. Já a mortalidade é, usualmente, definida em termos específicos para um determinado grupo populacional, levando em conta o sexo e a faixa etária. Se existe uma relação cientificamente comprovada entre aptidão física e saúde, o impacto do sedentarismo na saúde pública de um país deve ser objecto de grande preocupação (ACSM 1998; BLAIR SV et al., 1995; JOHNSON RR et al., 1995; NAHAS MV, 1998).

O progresso tecnológico ocorrido nos países desenvolvidos e industrializados tem resultado em taxas de inactividade elevada das pessoas e o uso das tecnologias tem sido apontado como sendo um potencial causador desta realidade. Por exemplo, nos EUA 25% dos adultos são inactivos em seu tempo livre e estima-se que somente 56% deles realizam alguma AF irregular em suas horas de lazer. Adicionalmente, nos EUA apenas um total de 19% da população adulta é activa de forma sistemática (*pelo menos três vezes por semana*) utilizando da melhor forma possível o seu tempo livre (BIJNEN et al., 1994).

O maior número de adultos dos EUA não alcançam as recomendações para AF saudável FLETCHER GF et al (1996), o que é lastimável do ponto de vista de saúde pública. Essa inactividade no tempo livre não se restringe aos adultos, tende também a alcançar os idosos. Estudos em adultos e idosos demonstram que o risco de morte tende a diminuir progressivamente quando o nível de dose de exercício aumenta de um gasto energético para outro, reduzindo em 24% as mortes por causas cardiovasculares (SHEPHARD & BALADY, 1999).

Os adultos e idosos que eram inicialmente inactivos e mais tarde aumentaram seu nível de AF mostraram uma redução significativa do risco cardiovascular, comparados àqueles que se

mantiveram inactivos, um estudo com 73 mil enfermeiras de meia-idade, citado por SHEPHARD & BALADY (1999) o nível de AF era inversamente proporcional ao risco de eventos cardiovasculares. Enquanto PAFFENBARGER et al (1994) observaram uma relação inversa entre os níveis habituais de AF e a mortalidade BLAIR et al (1995) encontraram uma relação inversa entre os níveis de AFF e a mortalidade por qualquer causa. Nessa mesma linha BIJNEN et al (1994) a partir de uma meta-análise, observaram que o exercício reduz a mortalidade de pacientes enfartados. Os benefícios da AF não se restringem apenas à prevenção primária, alcançando também à secundária e terciária (BIJNEN et al., 1994; FLETCHER et al., 1996; ACSM 2000).

O documento de FLETCHER et al (1997) sobre como implementar AF como factor de prevenção primária, secundária e terciária referência dados da *American Heart Association*, orientações do Cirurgião Geral americano e dados de estudos populacionais. A prevenção primária começa nos primeiros anos escolares e deve continuar ao longo da vida do indivíduo, e com isso queira dizer que o hábito de exercitar-se deve ser mantido e estimulado pela escola e pela família.

As escolas devem oferecer programas com actividades aeróbicas para as crianças incluindo a natação, dança, corrida, recreação, desporto e, como factor de prevenção de doenças crónicas não transmissíveis (FLETCHER GF, 1997). A intensidade, duração e a frequência das actividades devem ser individuais e progressivas, a serem do conhecimento do participante e considerado nos programas de AF regulares. Como normalmente na vida adulta o exercício físico é afastado do estilo de vida das pessoas idealmente (FLETCHER GF 1997; GAUVIN L & WALL at al., 1994). Neste sentido as escolas devem preparar os alunos para serem os adultos e idosos fisicamente activos de amanhã. Daí que o exercício físico deve ser praticado na maioria dos dias da semana, se não em todos os dias, por pelo menos 30 minutos, de uma vez ou dividindo a sua realização em diferentes momentos (ACSM, 2000; JOHNSON RJ, et al., 1996; PETE RR, et al., 1995; FLETCHER GF 1997).

O indivíduo saudável deve ser capaz de participar num programa individual de exercícios físicos que contemple actividades planificadas para as férias e para viagens de trabalho, momentos que contribuem para a falta de continuidade e de aderência das pessoas aos programas (BROWN DR, PATE RR, PRATT M et al., 2001). Esses programas devem ser adequados à sociedade moderna, que não permite que as pessoas adquiram rotinas constantes (MCDERMOTT AY, MERNITZH H., 2006; HASKELL WL, LEE IM, PATE RR., et al 2007). O indivíduo tem de ser criativo e ter capacidade de priorizar seu momento de AF.

FLETCHER GF (1997) & BIJNEN et al., (1994), em relação à prevenção secundária, indicam que os indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas precisam de actividades rotineiras, com supervisão apropriada e incremento progressivo. Para aqueles que não possuem supervisão devem iniciar caminhadas de forma gradativa. Naturalmente, qualquer programa deve ser iniciado o mais precocemente possível, logo que os sinais vitais estejam estáveis, e sob-controlo médico.

Para BIJNEN et al (1994), ao se aceitar a inter-relação entre a inactividade física e factor de risco coronário, dando a essa associação há seguintes características, que se esclarecem: (a) existem excelentes trabalhos consistentes que a observam; (b) existe uma forte relação nas medidas, no qual os sedentários possuem um maior risco do que indivíduos fisicamente activos, sendo apropriadamente sequenciada, biologicamente adequada, e associação sensível e coerente. A AF, quando transformada ou não em exercício para a obtenção da AFF e sua relação com a saúde, tem sido objecto de inúmeros trabalhos científicos (VUORI I, 1995; PAFFENBARGER RS Jr, 2000; GAERTNER PH, 1991; FLETCHER GF et al., 1996; CANON F et al., 1995; MALINA RM, 1996). Alguns guias de prescrição para programas relacionados à saúde tendem a ser mais direccionados para exercícios necessários para melhorar o rendimento (*a performance física*) do que para prevenir doenças (GUEDES, 1996). Segundo HASKELL (1985) as avaliações da AFF têm sido muito baseadas na potência aeróbia, quando os benefícios de saúde devem ocorrer na conjunção da melhora da capacidade física. Por vezes, para que os exercícios consigam um determinado objectivo tem de ser devidamente administrados e acompanhados de forma progressiva e estruturada. Portanto, mesmo que a associação entre a AFF e saúde não demonstram causalidade, existe redução de factores de risco para doenças em adultos e idosos, dentro da estrutura ao longo da vida, começando pelo crescimento fetal (FLETCHER, 1997).

CAPITULO III

3.1. Metodologia

3.1.2. Amostra

O tipo de estudo foi transversal (descreve os indivíduos de uma população com relação as suas características pessoais e suas historias de exposição e factosres causais suspeitos) metodológico (foram fases do processo: formulação do problema; formulação de hipótese; colheta dos dados; análise dos dados; conclusão e generalização; e por fim a redação).

Participaram no presente estudo transversal metodológico cerca de 181 indivíduos com idades compreendidas entre 50 a 80 anos, participantes ($60.7 \pm 6,7$ anos de idade) e não participantes ($53,3 \pm 3,5$ anos de idade), do programa de Exercícios Físicos regulares, denominado “Envelhecer com Saúde”, residentes na zona urbana e suburbana da cidade e província de Maputo. Para o campo de variação de cada tipo de dado a ser pesquisado foram variáveis independentes do estudo os indicadores sociodemográficos (idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, actividade de lazer, indicadores sobre o seu estado de saúde), aquelas que influenciam, determinam ou afetam uma variável e variáveis dependente (saúde no presente, saúde no passado, perspectivas acerca da saúde, resistência à doença, preocupação com a saúde, e orientação da doença.), aquelas que serão explicadas em função de ser influenciada, afectada pelas variáveis independentes.

3.1.2.1. Critério de inclusão

Os critérios de inclusão foram: (1) aceitar voluntariamente a participar no estudo; (2) assinar o termo de consentimento informado; (3) apresentar idade igual ou acima de 50 anos; (4) ser participante e ou não ser participante do programa de “Envelhecer com Saúde” a mais de 6 meses (os não participantes no programa “Envelhecer com Saúde” foram seleccionados nas praças, avenidas e mercados); e (5) ter disponibilidade de participar nas entrevista sempre que for solicitado.

3.1.3. Programa “Envelhecer com Saúde”

O Programa Envelhecer com Saúde (PES) é um programa de domínio pedagógico, académico e científico metodologicamente estruturado para a promoção da prática de exercícios físicos para a terceira idade. Participam no programa, até ao momento do estudo, mais de 250

adultas e idosas com idade que varia dos 40 aos 85 anos de idade. Do ponto de vista pedagógico o programa disponibiliza aulas regulares com exercícios aeróbios (jogos, danças com música, caminhada, exercícios de força, flexibilidade e de agilidade), intensidade moderada, frequência de três vezes por semana (segundas, quartas e sextas feiras) com duração de uma hora diária de actividade.

As actividades do programa são realizadas na Faculdade de Educação Física e Desporto (FEFD) da Universidade Pedagógica de Maputo (UPM), em dois períodos, nas manhãs (das 6:00h às 7:00h) e nas tardes (das 16:00h às 17:00h). Os monitores das actividades no programa são os estudantes do 3º e 4º anos da FEFD no âmbito da disciplina de didáctica dos desportos e saúde. Este programa também se tem consolidado como um espaço de prática pedagógica não só da FEFD, mas das outras instituições parceiras do Núcleo de Investigação em Actividade Física e Saúde. Do ponto de vista da investigação científica, o programa tem vindo a ser um espaço de coleta de dados para as monografias, dissertações, teses e artigos científicos a serem publicados nas revistas indexadas nacionais e internacionais.

3.1.4. Variáveis do Estudo

3.1.4.1. Indicadores sociodemográficos (variáveis independentes)

Os adultos e idosos da amostra responderam a um mini-questionário auto-administrado também no formato de entrevista sobre os indicadores sociodemográficos, variáveis independentes, tendo respondido sobre a sua idade (apresentação do documento de identidade), estado civil, nível de escolaridade, profissão, actividade de lazer e algumas indicações sobre o seu estado de saúde (*tem alguma doença grave, já teve uma doença crónica, o tempo da doença crónica, já esteve hospitalizado, já teve uma queda e já teve uma fractura por queda*) no momento da entrevista.

3.1.4.2. Questionário da autopercepção de saúde (variáveis dependentes)

O questionário de autopercepção do estado de saúde foi desenvolvido por John E. Ware, em 1976. Este instrumento contém 33 itens, podendo ser respondido com recurso a escala de Likert e de 5 dimensões. Destes 33 itens, 27 itens formam seis sub-escalas, variáveis dependentes que avaliam a saúde no actual (9 itens), a saúde no passado (3 itens), perspectivas acerca da saúde (4 itens), resistência a doença (4 itens), preocupação com a saúde (5 itens), e orientação da doença (2 itens). Seis itens não são usados nas sub-escalas, nomeadamente os que cobrem a rejeição na doença e as atitudes em relação a ir ao médico (DAVIES et al., 1989).

Esses itens são: 2, 8, 14, 21, 27 e 31. Para a cotação, é necessário inverter a pontuação em diversos itens ao longo da escala. A pontuação dos itens 3, 5, 6, 9, 11, 12, 18, 20, 29 e 30 é invertida, começando a resposta em 6. A pontuação para a questão 6 também é invertida, começando a resposta em 5. O tempo de administração do instrumento estima-se entre 7 a 11 minutos (READ et al., 1987)

Quadro nº 5 - Quadro representativo do agrupamento dos itens nas sub-escalas

Agrupamento dos itens	Itens	Questões
Saúde Actual/ no presente;	1;	1. De acordo com os médicos por mim consultados a minha saúde esta agora
	4;	bem;
	7;	4. Sinto-me melhor agora do que alguma vez me senti;
	9;	7. A maioria das pessoas adoence mais facilmente do que eu;
	12;	9. Estou um pouco doente;
	17;	12. Não sou tão saudável agora, como já fui;
	22;	17. Sou mais saudável do que qualquer outra pessoa que conheço;
	25;	22. A minha saúde é excelente;
	30 e	25. Às vezes, sinto que vou adoecer;
	32.	30. Os médicos dizem que, agora, tenho pouca saúde; 32. Sinto-me tão bem agora como sempre
Saúde no Passado/ anterior	5;	5. Provavelmente, no futuro, ficarei doente muitas vezes;
	11;	11. Uma vez estive tão doente que pensei que morreria;
	19 e	19. Nunca tive uma doença que durasse muito tempo;
	28.	28. Nunca estive seriamente doente.
Resistência a doenças	7;	7. A maioria das pessoas adoce mais facilmente do que eu;
	10;	10. No futuro, espero ter mais saúde do que outras pessoas que conheço;
	15; e	15. O meu corpo parece resistir muito bem à doenças;
	29.	29. Quando alguma coisa esta para acontecer, geralmente apercebo-me.
Perspectiva de Saúde	3;	3. Parece que a doença interfere na minha vida;
	5;	5. Provavelmente, no futuro, ficarei doente muitas vezes;
	7;	7. A maioria das pessoas adoce mais facilmente do que eu;
	10;	10. No futuro, espero ter mais saúde do que outras pessoas que conheço;
	18 e	18. Penso que a minha saúde no futuro será pior do que é agora;
23.	23. Espero ter uma vida com muita saúde;	
Preocupação com a saúde	6;	6. Nunca me preocupo com a minha saúde;
	13;	13. Preocupo-me mais com a minha saúde do que os outros com a saúde
	20 e	deles;
	24.	20. Os outros parecem mais preocupados com a saúde deles do que eu com a minha; 24. A minha saúde é uma preocupação na minha vida'
Orientação a doença	16 e	16. Ficar doente, de vez em quando, faz parte da minha vida;
	26.	26. Ultimamente tenho me sentido mal.
Rejeição a doença	2;	2. Tento evitar que a doença interfira na minha vida;
	14;	14. Quando estou doente, tento continuar como de costume;

	21 e	21. Quando estou doente, tento guardar isso para mim;
	31.	31. Quando me sinto a adoecer, luto contra isso.
Actitude de ir ao	8 e	8. Não gosto de ir ao médico;
médico	27.	27. Não me incomo de ir ao médico.

Fonte: JOHN E. WARE, (1976) Obsv: Os itens 7; 5 e 18 não satisfazem a escala

3.1.6. Processamento de dados e análise estatística

O tipo de estatística utilizado foi Análise Estatística. PT, Apoio no tratamento e Análise de dados Estatísticos SPSS, R e AMOS. O teste do Alpha de Cronbach foi aplicado para a análise da consistência interna, permite determinar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens. Este limite corresponderá à correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas, do mesmo universo e com igual número de itens utilizados para medir a mesma característica. Para calcular o valor de Alpha de Cronbach para a análise de consistência interna dos factores é condição necessária que as variáveis estejam categorizadas da mesma forma o que em alguns casos corresponderá à aplicação da mesma escala de Likert, por isso devem excluir-se as variáveis de justificação. O valor do Alpha deve ser positivo, variando entre 0 e 1, tendo as seguintes leituras: Superior a 0,9-Consistência muito boa; Entre 0,8 e 0,9-Consistência boa; Entre 0,7 e 0,8-Consistência razoável; Entre 0,6 e 0,7-Consistência fraca; consistência inferior a 0,6-inadmissível. Para determinar com maior rigor quais as variáveis incluídas na análise da consistência interna será importante atender ao instrumento de análise e a forma como as variáveis são analisadas.

O processamento dos dados seguiu três diferentes etapas. Na primeira etapa os dados colectados no formato de teste e reteste (consistência interna), com intervalo de uma semana, serviram para testar o nível de confiabilidade do questionário da autopercepção do estado de saúde. Na segunda etapa foram colectados os dados, propriamente ditos do estudo, numa amostra maior, tendo sido processados inicialmente na folha do Excel em duas bases distintas. Na terceira etapa estas bases foram a posterior, comparadas com recurso ao pacote Epiinfo 0.6, tendo possibilitado a correção dos erros de lançamentos e criação de uma base única para análise final.

Análise exploratória em SPSS, estatística descritiva, em função de variável independente. O Teste formal da normalidade da distribuição (normality plots with tests), a análise de variância (ANOVA) foi aplicada o teste não paramétrico isto é o teste de Wicoxon-Teste dos sinais (não exigem normalidade; não há problemas de amostra; distribuição livre (razão, nominal...); dados dependentes e independentes).

A análise estatística seguiu quatro etapas. Na primeira etapa, na base única, foi realizada uma análise exploratória tendo apontado para a prevalência da não distribuição normal, o que nos remeteu a utilização da análise não paramétrica. Na segunda etapa foi aplicado o Teste de Wilcoxon (w) para a comparação da autopercepção do estado de saúde dos participantes (GEx) e não participantes (GnEx) do programa de AF. Na terceira etapa foram realizados os cálculos estatísticos com recurso ao SPSS versão 22.0, obedecendo a um intervalo de confiança (IC) de 95%.

CAPITULO IV

4. Apresentação dos Resultados**4.1. Resultados da caracterização sociodemográfica** (variáveis independentes).

As características sociodemográficas dos sujeitos estudados estão apresentadas na Tabela 1. A similaridade entre participantes e não participantes no programa de AF foram observadas na maior parte dos indicadores sociodemográficos estudados. A exceção foi observada nas questões sobre o seu estado de saúde.

Tabela1. Resultados da descrição da amostra nas variáveis demográficas e socioculturais dos participantes e não participantes do programa “Envelhecer com Saúde”.

VARIÁVEIS	Total	Participantes (GEx)	Não Participantes (GnEx)	W (p)
Idade	181 (57.9±6.8)	113 (60.7±6.7)	68 (55.3±3.5)	0.065
Estado Civil				0.585
Solteira	34 (18,8%)	20 (17,7%)	14 (20,6%)	
Casada	85 (47%)	53 (46,5%)	32 (47,1%)	
Divorciada	19 (10,5%)	12 (10,6%)	7 (10,3%)	
Viúva	43 (23,8%)	28 (24,8%)	15 (22,1%)	
Nível de Escolaridade				0.389
Ensino Primário	38 (21,0%)	27 (23,9%)	11 (16,2%)	
Ensino Secundário	92 (50,8%)	55 (48,7%)	37 (54,4%)	
Ensino Técnico	33 (18,2%)	20 (17,7%)	13 (19,1%)	
Ensino Superior	18 (9,9%)	11(9,7%)	7 (10,3%)	
Profissão				0.081
Autoemprego	63 (38,8%)	38 (33,6%)	25 (36,8%)	
Doméstica	59(32,6%)	35 (31,0%)	24 (35,3%)	
Desempregada	18 (9,9%)	2 (1,8%)	16 (23,5%)	
Reformada	41(22,7%)	38 (33,6%)	3 (4,4%)	
Actividade de Lazer				0.264
Sim	168 (92,8%)	103 (91,2%)	65 (95,6%)	
Não	13 (7,2%)	10 (8,8%)	3 (4,4%)	
Já teve uma Doença Grave				0.513
Sim	117 (64,6%)	71 (62,8%)	46 (67,6%)	
Não	64 (35,4%)	42 (37,2%)	22 (32,4%)	
Já teve uma Doença Crónica				0.008
Sim	76 (42,0%)	56 (49,6%)	20 (29,4%)	
Não	105 (58,0%)	57 (50,4%)	48 (70,6%)	
Tempo da Doença Crónica				0.006
> 1 ano	8 (7,5%)	1 (1,8%)	7 (14,3%)	
1 a 3 anos	18 (17,0%)	9 (15,8%)	9 (18,4%)	

3 a 5 anos	20(18,9%)	8 (14,0%)	12 (24,5%)	
>5 anos	60 (56,6%)	39 (68,4%)	21(42,9%)	
Já esteve hospitalizada				0.000
Sim	79 (43,6%)	38 (33,6%)	41(60,3%)	
Não	102 (56,4%)	75 (66,4%)	27 (39,7%)	
Já teve uma Queda				0.008
Sim	44 (24,3%)	20 (17,7%)	24 (35,3%)	
Não	137 (75,7%)	93 (82,3%)	44 (64,7%)	
Já teve uma fractura por Queda				0.995
Sim	16 (8,8%)	10 (8,8%)	6 (8,8%)	
Não	165 (91,2%)	103 (91,2%)	62 (91,2%)	

Legenda: p-valor da prova.

4.2. Resultados da validação do questionário

O tipo de estatística utilizado foi Análise Estatística. PT, Apoio no tratamento e Análise de dados Estatísticos SPSS, R e AMOS. O teste do Alpha de Cronbach foi aplicado para a análise da consistência interna, permite determinar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens. Este limite corresponderá à correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas, do mesmo universo e com igual número de itens utilizados para medir a mesma característica. Para calcular o valor de Alpha de Cronbach para a análise de consistência interna dos factores é condição necessária que as variáveis estejam categorizadas da mesma forma o que em alguns casos corresponderá à aplicação da mesma escala de Likert, por isso devem excluir-se as variáveis de justificação. O valor do Alpha deve ser positivo, variando entre 0 e 1, tendo as seguintes leituras: Superior a 0,9-Consistência muito boa; Entre 0,8 e 0,9-Consistência boa; Entre 0,7 e 0,8-Consistência razoável; Entre 0,6 e 0,7-Consistência fraca; consistência inferior a 0,6-inadmissível. Para determinar com maior rigor quais as variáveis incluídas na análise da consistência interna será importante atender ao instrumento de análise e a forma como as variáveis são analisadas.

Os valores da validação concorrente do questionário nas suas diferentes dimensões: (saúde actual $\alpha=0,97$; saúde passada $\alpha=1,000$; perspectiva de saúde $\alpha=0,996$, resistência à doença $\alpha=0,997$, preocupação com a saúde $\alpha=0,991$, orientação à doença $\alpha=0,987$) da autopercepção do estado de saúde dos participantes e não participantes do programa de AF estão apresentados na Tabela 2. O alfa de Cronbach, para todas as dimensões, indica que não houve diferença significativa das respostas quando aplicadas no formato de teste e reteste. Esta

realidade indica que o questionário apresenta uma consistência interna mais que perfeita cujos valores de alfa estão, em todas as dimensões, acima do valor crítico de 0.80.

Tabela 2 Resultados da média (X) e desvio padrão (DP) do teste e reteste e o Alfa de Cronbach da consistência interna das dimensões do questionário da autopercepção do estado de saúde dos sujeitos.

Domínios-QPS	Total (n=20)		Alfa Cronbach (α)
	Teste	Reteste	
	X \pm DP	X \pm DP	
Saúde Actual	36,9 \pm 4,9	37,0 \pm 4,4	0,976
Saúde Passada	10,1 \pm 2,8	10,1 \pm 2,8	1,000
Perspectiva Saúde	18,8 \pm 1,6	18,7 \pm 1,6	0,996
Resistência Doença	14,5 \pm 2,7	14,4 \pm 2,6	0,997
Preocupação Saúde	17,6 \pm 3,5	17,5 \pm 3,5	0,991
Orientação Doença	6,7 \pm 2,5	6,7 \pm 2,5	0,987
Rejeição Doença	21,4 \pm 4,6	21,3 \pm 4,4	0,997

Legenda: QPS = Questionário de Percepção de Saúde; X= Média; DP= Desvio Padrão.

4.3. Resultados da autopercepção do estado de saúde

Os resultados comparados da autopercepção do estado de saúde, de acordo com as distintas dimensões, dos participantes e não participantes do programa de AF (Tabela 3) sugerem superioridade, em todas as dimensões, dos primeiros do que os segundos. Esta realidade expressa, claramente, alguma magnitude de participação do programa de AF nos resultados observados.

Tabela 3. Resultados da autopercepção subjectiva do estado de saúde dos participantes e não participantes do programa “Envelhecer com Saúde” por cada dimensão.

Dimensões –QPS	Total (n=181)	GEx (n=113)	GNEEx (n=68)	Wilcoxon teste	
	X \pm DP	X \pm DP	X \pm DP	W	P
Saúde Actual	31,2 \pm 12,8	39,6 \pm 4,1	17,4 \pm 9,8	2656	0,001
Saúde Anterior	8,7 \pm 3,6	10,7 \pm 2,9	5,5 \pm 2,4	3007	0,001
Perspectiva Saúde	15,3 \pm 5,9	18,7 \pm 3,4	9,8 \pm 4,9	3167	0,001
Resistência Doença	13,5 \pm 5,7	16,7 \pm 2,5	8,2 \pm 5,6	3515	0,001
Preocupação Saúde	14,6 \pm 6,2	18,4 \pm 1,6	8,2 \pm 5,6	3099	0,001
Orientação Doença	6,1 \pm 2,9	7,6 \pm 2,2	3,5 \pm 1,2	3089	0,012
Rejeição Doença	20,9 \pm 10,3	25,6 \pm 8,7	13,0 \pm 7,7	3199	0,001

Legenda: QPS = Questionário de Percepção de Saúde; GEx = Participantes do Programa de AF; GNEEx = Não participantes do programas AF; X= Média; DP= Desvio Padrão; W= Teste estatístico de Wilcoxon; p = valor de prova;

CAPITULO V

5. Discussão

O objectivo do presente estudo foi de Avaliar comparativamente a autopercepção subjectiva do estado de saúde dos participantes e não participantes do programa “Envelhecer com Saúde” em curso na Faculdade de Educação Física e Desportos a mais de 10 anos de existência na Cidade de Maputo. Por um lado foram envolvidos participantes do programa de AF e por outros não participantes tendo em conta a sua similaridade em alguns indicadores sociodemográficos (*idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, profissão e actividades de lazer*). Os principais resultados indicam que os participantes no programa de AF apresentam melhores pontuações em todas as dimensões da autopercepção de saúde do que não participantes. Adicionalmente, os resultados encontrados sugerem que o programa de AF, que está a ser oferecido a mais de uma década na FEFD, contribui para a autopercepção positiva do estado de saúde dos participantes que se destacam dos seus pares não participantes. Por conseguinte, estes resultados ainda podem estar a indicar, por um lado, que o programa de AF deve continuar por mais tempo, e se possível ser alargado para outras partes do país. Por outro lado pode estar a dizer que, por hipótese, as ausências e ou os abandonos estão a acontecer com menor frequência com importância para o bem-estar e a qualidade de vida dos participantes. De seguida a presente discussão vai orientar-se tendo em conta a natureza do questionário e os resultados de cada dimensão de autopercepção do estado de saúde de forma comparativa.

5.1. Características sociodemográficas

A idade, estado civil, profissão, nível de escolaridade e as actividades de lazer foram as variáveis sociodemográficas em que não registaram diferença significativa entre os participantes e não participantes do programa de AF regular (Tabela 1). O sexo, como variável de estudo, não pode equacionar por ter sido controlado no momento da seleção amostral. Ou seja, só fizeram parte do estudo os indivíduos do sexo feminino. Todas essas variáveis têm sido apontadas na literatura como sendo importantes para a auto-avaliação da percepção do estado de saúde dos sujeitos, mesmo em programa de AF.

Na sequência, foram realizadas algumas perguntas adicionais para melhor se perceber as características dos participantes e não participantes. Os resultados indicaram que os participantes já tiveram mais doenças crónicas (49,6% e 29,4%; $p=0,008$) com mais tempo (> 5 anos) de duração (68,4% e 42,9%; $p=0,006$) do que não participantes. Em contrapartida, não participantes do programa de AF registaram mais números de quedas do que os participantes (35,3% e 24,3%; $p=0,008$). Essas informações podem estar a sugerir que a doença crónica está presente nos participantes já há algum tempo, não obstante os números de quedas serem de menor prevalência do que os não participantes.

5.2. Consistência interna do questionário

O questionário foi o instrumento de recolha de dados aqui utilizado mesmo sabendo das suas vantagens e limitações. A literatura da especialidade tem dado atenção para os devidos cuidados na utilização dos questionários para recolher dados de pesquisa. Para além da forma como é administrado, os cuidados redobrados são também sugeridos para a interpretação dos resultados e das conclusões para não serem equivocadas (JOHN, WERE, 1976; READ et al., 1987; DAVIES et al., 1989). No presente estudo, o viés do questionário pode ter sido controlado, primeiro por ter sido administrado no formato de entrevista, por um único avaliador em todos os momentos. Segundo por ter sido realizado o teste e reteste, com intervalo de uma semana, há 20 sujeitos selecionados aleatoriamente nos dois grupos dos participantes e não participantes. Terceiro, pela consistência interna observada ter sido mais que perfeita, confirmada pelo valor de alfa de cronbach acima de 0,08 para todas as subdimensões da autopercepção do estado de saúde. Mesmo assim caberam aqui algumas leituras adicionais, relativamente para a contribuição das características sociodemográficas (Idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade) para a qualidade e eficácia interna das respostas, particularmente para a população idosa. Os achados do presente estudo não encontram esse possível efeito tendo sido

anulada pela similaridade significativa observada em todos os indicadores sociodemográficos aqui estudados, entre os participantes e não participantes do programa de AF (Tabela 1).

5.3. Saúde actual

No presente estudo a autopercepção da saúde actual foi superior nos participantes do que nos não participantes do programa regular de AF. Esta realidade indica que a saúde física dos participante esta em melhores condições para realizar as tarefas diárias e para outras actividades recreativas activas sem fadiga do que não participantes, contribuindo assim para a redução de risco de quedas e possíveis fracturas. Portanto, verificou-se que os participantes do programa de AF, no presente estudo, indicaram ter menor número de quedas do que não participantes (Tabela 1), corroborando com os estudos que tem indicado que os idosos poucos activos sofreram mais de quedas e fracturas do que seus pares mais activos (MÓNICA et al., 2002).

O estado de saúde actual dos participantes indicou que eles estão bem, resposta suportada pelo diagnóstico médico recentemente realizado. Para, além disso, os participantes disseram que se sentem melhor agora do que alguma vez se sentiram; adoenciam menos do que os seus pares e se consideram mais saudáveis do que qualquer outra pessoa, diferentemente dos não participantes do programa de AF. Neste sentido é perceptível que a participação em programa de AF ajuda a autoavaliação positiva do estado de saúde actual. Estes resultados corroboram como os resultados do estudo de MAZO et al., (2007), no qual estudaram 256 idosos homens e mulheres participantes de um programa de AF. Os principais resultados indicaram que o facto de estar a participar num programa de AF está fortemente associado a uma boa condição de estado de saúde e a uma menor incidência de quedas.

Relativamente a NATÁLIA et al (2009) reforça que a prática de AF pode ser importante fator para melhoria ou manutenção da AF funcional no decorrer do processo de envelhecimento. Portanto, o estudo da autopercepção da saúde actual reforça a necessidade de se avaliar de forma continua e periódica a capacidade física funcional do idoso (FLÁVIA et al., 2013). Estes estudos advogam que a AF regular é uma alternativa de baixo custo e minimiza os efeitos do processo de envelhecimento, no qual as perdas das funções cognitivas prejudicam o funcionamento físico, social, emocional, e no desempenho das actividades básicas da vida diária e qualidade de vida.

5.4. Saúde anterior

No presente estudo a autopercepção subjectiva do estado de saúde anterior dos participantes no programa de AF foi superior do que os seus pares não participantes. Esta

realidade indicou que os participantes do programa de AF estavam de saúde se comparada a seu estado anterior. A previsão de ficarem doentes foi poucas vezes acertada e a auto-confiança foi depositada no programa de AF em que estava a participar. Mesmo assim há que destacar que a saúde anterior tem relação com a condição da sua saúde actual de forma comparativa. Para a saúde anterior a ausência de doença tem sua importância no sentido de que a energia física terá que ser utilizada para realizar as actividades da vida diária sem fadiga desnecessária. Neste sentido é perceptível que a participação em programa de AF ajuda a auto-avaliação positiva do estado de saúde anterior. Estes resultados colaboram com o estudo de CORDEIRO et al., (2014) seus colaboradores em que estudaram dois grupos de comparação, idosos activos (G1) e insuficientemente activos (G2), com idades acima de 60 anos. Os autores realizaram distintas avaliações (Teste de memória emocional; Índice de Katz; Avaliação da Qualidade de Vida: SF-36; Capacidade funcional para actividades básicas da vida diária avaliado pelo Índice de Katz). Os principais resultados indicaram não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, mas quando observados os resultados da variável da capacidade funcional avaliado pelo SF-36, o G1 apresentou melhores resultados do que o G2, destacando-se a importância de ser activo fisicamente. Relativamente aos estudos de SANTOS et al (2011); FERREIRA et al (2011); CORDEIRO et al (2014); BORIM (2014) & BELEM et al (2020), os resultados mostram que os idosos participantes nestes estudos perceberam sua saúde como “aceitável” não obstante ser fraca. Adicionalmente, os mesmos autores não encontraram uma forte relação entre os dados sociodemográficos com a percepção do estado de saúde. Esta realidade foi diferente para os idosos institucionalizados em relação aos seus pares.

5.5. Perspectiva de saúde

A auto-avaliação subjectiva da percepção do estado de saúde, no presente estudo, indicou que os participantes do programa de AF apresentaram uma perspectiva de saúde significativa do que os não participantes. Isso pode estar a indicar, de forma mais simples, que os participantes, não onstentam estarem a sentir melhor em relação aos não participantes, estão cientes de que esse sentimento é derivado da sua participação regular em programa de AF e o contrário estaria em condição precária de saúde como os seus pares, por um lado e por outro porque já representaram um grupo etário de risco eminente. Adicionalmente os participantes em programa de AF tem esperança de ficarem menos doentes comparativamente aos não participantes, não obstante, actualmente as doenças não estão a interferir nas suas vidas. Neste sentido é perceptível que a participação em programa de AF ajuda a auto-avaliação positiva da

perspectiva do estado de saúde. Estes resultados corroboram com os dos estudos de SEBASTIÃO et al (2008) no qual estudou 192 idosos numa amostragem aleatória estratificada. Os principais resultados indicaram que os participantes activos apresentaram melhores indicadores de qualidade de vida (SF36) com destaque para boa perspectiva de saúde. Os resultados do presente estudo corroboram com a ideia de que os sujeitos menos activos tendem a adoecer mais e conseqüentemente apresentam piores indicadores da perspectiva de saúde a ser comparado com os participantes do programa de AF (COSTA et al., 2004; JÚNIOR, 2015).

A auto-avaliação da perspectiva de saúde compreende a interpretação de distintas informações em simultâneo vindas dos domínios socioeconómicos, redes sociais de apoio, condições de saúde, acesso e uso de serviços de saúde como do bem-estar físico, mental e social que inclui a presença de doenças crónicas com importância para o perfil de morbilidade e qualidade de vida (COSTA et al., 2004; PEREIRA et al., 2008; BRAGA et al., 2011; JÚNIOR, 2015). Esses mesmos autores, nos seus respectivos estudos, observaram existir uma associação negativa, significativa, independente entre os domínios acima destacados com a fraca percepção do estado de saúde dos idosos inactivos, facto que não foi testado no presente estudo.

5.6. Resistência à doença

A avaliação subjectiva da percepção do estado de saúde, no presente estudo, indicou que os participantes do programa de AF apresentaram um valor significativo da resistência à doença dos que não participantes. Esta informação sugere que o programa de AF está a contribuir para uma resistência positiva as doenças. Os participantes em programas de AF foram unânimes em dizer que as suas visitas efectuadas aos postos de saúde estão a diminuir significativamente. Das poucas efectuadas os médicos dizem que os participantes do programa de AF estão a adoecer menos que é um indicativo da melhoria da sua saúde na generalidade. Esses mesmos profissionais de saúde encorajando os idosos a continuarem activos e regulares no programa de AF. Esta realidade é testemunhada também pelo aumento de pessoas idosas que a cada dia chegam ao programa de AF, primeiro por recomendação médica e segundo pelo convite advindo dos beneficiários participantes.

Os resultados do presente estudo corroboram com os encontrados pelo ORLANDI (2008) este autor estudou 100 idosos de ambos sexos, todos portadores de Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT), em tratamento hemodialítico há pelo menos seis meses. Os principais resultados indicaram que houve correlação negativa na severidade da IRCT tendo discriminado

50% dos sujeitos suaves e não suaves. A exceção foi observada nos aspectos emocionais de saúde mental, no qual as correlações de fraca magnitude foram observadas.

É perceptível que a participação em programa de AF ajuda a auto-avaliação positiva da resistência à doença. LIMA-COSTA et al., (2004) reforçam essa ideia tendo estudado 1516 idosos submetidos a entrevistas, exames físicos e exames laboratoriais. Os resultados indicaram existir uma associação positiva e independente entre a pior percepção da saúde com as condições de saúde, particularmente na presença de sintomas depressivo e de ansiedade.

5.7. Preocupação com a saúde

A auto-avaliação subjectiva da preocupação com a saúde do estado de saúde, no presente estudo, indicou que participantes do programa de AF apresentaram melhores valores com diferença significativa dos que não participantes. Esta informação sugere que os participantes apresentem um bom senso de autodiagnóstico do seu estado de saúde do que os seus pares, com ideias fixas que absorve o espírito focalizado na tomada da consciência sobre o bem-estar e qualidade de vida. Estes resultados corroboram com o estudo de (MOTA et al., 2006). Estes autores estudaram 88 idosos de ambos os sexos alocados em dois grupos, um experimental (GEx; n = 46 com programa de AF), e o outro grupo controle (GC; n = 42; sem programa de AF). Os principais resultados permitiram concluir que a participação em programa de AF melhora o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos participantes em todas as dimensões relacionadas à saúde.

5.8. Orientação da doença

A auto-avaliação subjectiva da percepção da saúde, no presente estudo, indicou que os participantes do programa de AF apresentaram melhor pontuação na orientação à doença do que os seus pares não participantes. Esta realidade sugeriu que as participantes no programa de AF estão mais sensíveis aos sinais e sintomas da doença o que lhes possibilita melhor se orientar para minimizar o seu impacto imediato. Mesmo sabendo que o ficar doente não faz parte do seu quadro actual, reconhecem que a sua idade por si só já é um factor de risco que precisa de cuidados acrescidos e inclui a participação regular em programas de AF, estes resultados e discursos corroboram com o estudo de (FERREIRA et al., 2011). Estes autores estudaram 65 idosos do sexo feminino submetidos a entrevistas semi-estruturadas com inclusão da AF. Os principais resultados indicaram que os idosos apresentaram características de resiliência com destaque para a auto-estima positiva e apoio social satisfatório percebido, mesmo diante das perdas e declínios vivenciados na velhice.

5.9. Limitações

O estudo da autopercepção do estado de saúde, mesmo em crianças e jovens em idade escolar é desafiante não só para investigadores, mas também para a comunidade científica como um todo. Esta tarefa se torna cada vez mais ardua quando se trata de população adulta e idosa na medida em que as limitações tem sido enormes, a iniciar pelo desenho do estudo, o instrumento de medida e da própria colecta de dados fiáveis. Particularmente para este estudo, notabilizou-se a insuficiência de estudos similares na população africana e em particular a moçambicana, o que pode ter contribuído para uma discussão mais reservada possível sem um aprofundamento das temáticas, ou seja, sem encontrar as reais causas, efeitos e consequência. A justificativa, limitada, de que os participantes do programa de AF tiveram melhores pontuações do que não participantes em todas as dimensões da percepção subjectiva do estado de saúde, foi devido ao programa de AF não os satisfaz na íntegra, faltando explicar com maior propriedade os porquês.

O tamanho da amostra, utilizado neste estudo, pode não ter sido suficientemente robusto não obstante ser uma realidade em estudo com idosos. Adicionalmente, o local das entrevistas pode ter causado também algum desconforto tanto para o entrevistado tal como para o entrevistador, não obstante ter sido todas marcadas com atencência minina de 24 horas. Portanto, os participantes do programa de AF realizaram todas as entrevistas antes de entrar em actividade enquanto não participantes foram entrevistados em locais diversificados (mercado, igrejas, casa e na avenida). Para esse segundo grupo nem todos conseguiam cumprir com o horário e o local marcado o que obrigava a reagendar a entrevista e a realizar diversar deslocações.

CAPITULO VI

6. Conclusão

O questionário da autopercepção subjectiva do estado de saúde quando administrado em formato de entrevista no modelo de teste e reteste apresentou uma consistência intervalada mais que perfeita testemunhada pelo valor de alfa encontrado.

A similaridade entre os participantes e não participante do programa Envelhecer com saúde apenas foi observado nos indicadores sociodemográficos, sugerindo que o estudo envolvesse o mesmo grupo populacional em termos das características sociodemográficas.

O programa Envelhecer com saúde contribui para a autopercepção positiva do estado de saúde dos participantes, as ausências e ou os abandonos estão a acontecer com menor frequência com importância para o bem-estar e a qualidade de vida dos participantes, devendo continuar por mais tempo e ser alargado para outras partes do país;

Os participantes do programa de AF “Envelhecer com Saúde” apresentaram uma positiva autopercepção subjectiva do estado de saúde, indicativo da elevada percepção da saúde actual, saúde passada, perspectiva de saúde, resistência à doença, preocupação com a saúde, orientação à doença e rejeição a doença do que os seus pares não participantes, aceitando a hipótese inicial.

CAPITULO VII

7. Referências Bibliográficas

- ACSM – (American College of Sports Medicine). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, V. 27, p.1-7, 1995;
- ACSM - (American College of Sports Medicine). Exercise and Physical activity for older adults. *Medicine & Science in sport & Exercise*, v.30, p.992-1008, 1998;
- ACSM's - (American College of Sports Medicine). Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 6th edition, 2000;
- ALENCAR Nelyse de Araújo; SOUZA JÚNIOR José Villela; ARAGÃO Cleria Bezerra; FERREIRA Márcia de Assunção; DANTAS Estélio. Nível de actividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. *Fisioter Mov.* 2010; 23(3):473-81;
- ALVES, Luiz Carlos, RODRIGUES RN. Determinantes da Autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública.* 2005; 17(5-6): 1020-4989;
- ALVES, Luiz Carlos. Determinantes da Autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000 [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2004;
- ALVES, Luiz Carlos. & RODRIGUES, R. N. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, 2005; 17(5/6): 333–41;
- ANDRICH, David. (1978). Application of a psychometric rating model to ordered categories which are scored with successive integers. *Applied Psychological Measurement*, 2, 581-594;
- ARAÚJO, Denise Sardinha Mendes Soares de., & ARAÚJO, Claudio Gil Soares de., (2000). *Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos.* *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 6(5), pp. 194-203;
- ARBER Silvia., Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Social Science and Medicine*, 1991; 32(4):425-436;
- BADIA, Xavier, WEBB, Samuel, PRIETO, Laura, LARA, Nery. Acromegaly Quality of Life 24. Questionnaire (AcroQol). *Health Qual Life Outcomes.* 2004; 2:13;
- BAILIS, Daniel., SEGALL, Alexander., CHIPPERFIELD, Judith., Two views of self-rated general health status. *Social Science and Medicine*, v.56, n.2, p.203-217, Jan. 2003;

- BARON-EPEL, Orna., KAPLAN, Giora., General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? *Social Science and Medicine*. 2001; 53(9): 19373-1381;
- BARTLETT, James Edward., KOTRLIK, Joe, HIGGINS, Ceara, Organization research: 21. Determining appropriate sample in survey research. *Inf Technol Learn Perform J*. 2001; 19(1):43-50;
- BENEDETTI, Tania Bertoldo; PETROSKI, Edio; GONÇALVES, Leticia Tinoco.,. exercícios físicos, autoimagem e auto-estima em idosos asilados. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*. V. 5, n. 2, p. 69-74, 2003;
- BELEM PLO., et al. “ Autoavaliacao do estado de saúde e factores associados em idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Campina Grande, Paraíba.” *Rev. Bras. GERONTOL.*, Rio de Janeiro, 2016; 19(2): 265-276;
- BIGATON, Eduardo; MYRA, Rafaela Simon; DEMARCO Maria.; JORGE, Matheus Santos Gomes; WIBELINGER, Lia Mara;. (2015). “Autopercepção de saúde em idosos portadores de doenças osteomusculares praticantes de actividade física.” *Revista Electronica Acervo Saúde*, 7(1), 742-747;
- BIJNEN FCH, CASPERSEN Carl, MOSTERD WL. Physical inactivity as a risk factor for coronary heart disease: a WHO and International Society and Federation of Cardiology position statement. *Bull World Health Organization* 1994; 72:1-4;
- BLAIR, Steven, KOHL, Harwold 3rd, BARLOW, Carolyn, PAFFENBARGER, Ralph Jr, GIBBONS Larry; MACERA, Carol. Changes in physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995; 273:1093-8;
- BLAND Martin, ALTMAN, Douglas. Statistics notes: Cronbach’s alpha. *BMJ*. 37. 1997; 314(7080):572;
- BLAXTER, Mark, A comparison of measures of inequality in morbidity, in J.FOX, ed., *Health inequalities in European countries*. Gower: Aldershot. 1989;
- BLAZER, Dan. How do you feel about Health outcomes in late life and selfperceptions 57 of health and well-being. *Gerontologist*, v.48, p. 415-422, 2008;
- BOOMSMA Anne, HOOGLAND, Justin. The robustness of LISREL modeling revisited. En: Cudeck R, Du Toit S, Sörbom D, editors. *Structural equation modeling: present and future. A festschrift in honor of Karl Jöreskog*. Chicago: Scientific Software International; 2001. p. 139-68;
- BOOTH, Frank; ROBERTS, Christian; LAYE, Matthew (2012). Lack of Exercise is a Major Cause of Chronic Diseases. *Compr Physiol.*, 2 (2):1143-1211;

- BORIM FSA; et al. “ Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos.” Ver. Saude Publica. 2014; 48 (5): 714-722;
- BORGONOV, N.; PAPALÉO Netto. Biologia e Teoria do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 44-59.
- BOUCHARD Claud, SHEPHARD Roy, STEPHENS Tim, SUTTON JR, MCPHERSON BD. Exercise, fitness, and health: the consensus statement. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, Sutton JR, Mc Pherson BD (org.) Exercise, Fitness, and Health: A Consensus of Current Knowledge. Champaign, Human Kinetics, 1990:3-28;
- BRAGA SFM; et al. “ Fatores associados com a qualidade de vida relacionada á saúde de idosos em hemodiálise.” Ver. Saúde Pública 2011; 45(6):1127’36;
- BROWN, Daniel, PATE Russell, PRATT, Michael et al: Physical activity and Public Health: training courses for researchers and practitioners. Public Health Rep 2001; 116 (3): 197-202;
- BUCHMAN, Aron; LEURGANS, Sue; BOYLE, Patricia; SCHNEIDER, J. A.; ARNOLD, S. E.; BENNETT, David. (2011) Combinations of motor measures more strongly predict adverse health outcomes in old age: the rush memory and aging project, a community-based cohort study. *BMC Med.*; 9:42;
- CANGUILHEM G.O normal e o patológico. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.
- CAMPBELL, Deidre. AND STANLEY, Joanna. (1963) *Experimental and Quasi-experimental Designs for Research on Teaching*. Boston, MA: Houghton Mifflin;
- CANON, Francis; DUFOREZ, Francois; LEVOL B. Assessment of physical activity in daily life. *J Cardiovasc Pharmacol* 1995; 25:28-34;
- CARVALHO, Ana Toste de, et al. Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro 31(11): 2449-2461 2015;
- CASPERSEN, Carl, et al. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985; 100:126-31;
- CATALANO, Raffaella. *Health, behavior our the community*. Oxford: Pergamon Press, 1979;
- CHEUNG, Lydia Wai Ting, RICHMOND, Julius; *Child Health Nutrition and Physical Activity. Human*;
- CIPRIANI NCS., et al. “Aptidao funcional de idosos praticantes de actividades físicas.” *Rev. Bras. Cineantropom Desempenho Hum*. 2010. 12 (2): 106-111;
- CLAYTON, Anita, MCGARVEY, Elizabeth. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, realibility, and validity. *Psychopharmacol Bull*. 1997; 33(4): 731-45;

- COCHRAN William Gemmell. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 1977;
- CONFORTIN, Susana. et al., (2015). Auto-percepção positiva de saúde em idosos. *Cad. Saúde Pública*, 31 (5): 1049-1060;
- COUTO, Maria Clara P. de Paula et al., (2009). Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social – diagrama da escolta – para idosos brasileiros. *Universitas Psychologica*, 7(2), 493-505;
- COSTA, M. L.; Barreto, S.; Giatti, L.; Uchoa, E. (2003). Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros. *Cad. Saude Publica*, 19(3):745;
- COSTA, J. S. D. et al. – Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 38: 45-54, 2004;
- CORDEIRO J., et al. “Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos.” *Ver. Bras. GERONTOL.*, Rio de Janeiro, 2014; 17 (3): 541-552;
- CRAMER, Joyce, SPILKER Bert. *Quality of Life and Pharmacoeconomics: An Introduction*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998;
- DACA, Timóteo. PRISTA, António.; TANI, Go. Impacto nos indicadores somáticos e na Aptidão Física de um Programa de Atividade Física para mulheres africanas adultas e idosas de Moçambique. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento- CELAFISCS*, v. 21, p. 55, 2013;
- DACA, Timóteo Salvador Lucas. Estudo comparativo dos efeitos biopsicossociais de dois Programas de Atividade Física para idosos em Moçambique/ TIMÓTEO SALVADOR LUCAS DACA- São Paul: [s.n.]. 2015. 253p.;
- DACA, T., Matsolo, A., Matsimbe, B., Drews, R., & Nhantumbo, L. (2021). Atividade física, mudança e estabilidade dos indicadores da composição corporal e aptidão física funcional de adultas e idosas de Moçambique. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(1), 113-130. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP
- DACHS, J. Norbert. Determinantes das desigualdades na Autopercepção do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):641-657;
- DAMIAN, Juan Pablo. et al. Determinants of self-assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 53, n. 7, p. 412-416, July, 1999;
- DAVIES, Anna. “Vieillissement des populations et santé pour tous” *Forum Mondial de la santé*, n. 3/4, 1989, v. 10, pp.327-35;
- DEMARCO Tom, SIDNEY Kristi. Enhancing children's participation in physical activity. *J Sch Health* 1989; 59h33min-40;

- DIAZ, Anyzeila. - *Farmacologia Geriátrica* " in H. Blanco: Síndromes Geriátricas. Versão Portuguesa. Revisfarma – Edições Médicas Lda, (2007);
- DRASGOW, Fritz. (1989). An evaluation of marginal maximum likelihood estimation for the two-parameter logistic model. *Applied psychological Measurement*, 13, 77-90;
- FERREIRA Z., “ Percepção do Estado de Saúde da Pessoa idosa Institucionalizada. Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento.” Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova. Liaboa, Janeiro 2011. 65p.;
- FAHEY Tom, Insel PM, Roth WT. Fit & Well — Core Concepts and Labs in Physical Fitness and Wellness. Mountain View: Mayfield, 3rd. Edition, 1999;
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío. Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología. Ediciones Pirámide, 2009;
- FERREIRA, Paulo. e FERREIRA, Leonardo. "A medição de preferências em Saúde na população Portuguesa" in Revista Portuguesa de Saúde Pública Vol-24, n° 2 (Julho/Dezembro) (2006);
- FERREIRA, Paulo. e SANTANA, Pablo. - *Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da*
K eK K KK K K K in Revista Portuguesa
 de Saúde Publica. VOL. 21, N°2 (Julho/Dezembro) (2003);
- FLETCHER, Gerald, et al. Statement on exercise: benefits and recommendation for physical activity programs for all Americans. *Circulation* 1996; 94:857-62;
- FLETCHER, Gerald. How to implement physical activity in primary and secondary prevention: a statement for healthcare professionals from the Task Force on Risk Reduction, American Heart Association. *Circulation* 1997; 96h35min-7;
- FONSECA, Ahtziri. O Envelhecimento Bem-Sucedido. In C.Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi, 2005;
- FONTES, Arlete Portella., NERI, Anita Liberalesso. Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20 (5):1475-1495, 2015;
- FERREIRA MS, CASTIEL LD, CARDOSO MH. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16(Suppl 1): 865-72;
- GAUVIN Lise, Wall Aet, Quinney HA. Physical activity, fitness, and health: research and practice. In: Quinney HA, Gauvin L, Wall AET (orgs.). *Toward Active Living*. Champaign: Human Kinetics, 1994:1-6;
- HASKELL William. Physical activity and health: need to define the required stimulus. *Am J Cardiol* 1985; 55:4D-9D;

- HAY David Ian. Socioeconomic status and health status: a study of males in the Canada Health Survey. *Social Science and Medicine*. 1988; 27(12):1317-1325;
- JOHNSON Justin; BALLIN Scott. Surgeon general's report on physical activity and health is hailed as a historic step toward a healthier nation. *Circulation* 1996; 94:2045;
- JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública*, 41(1): 131-8);
- JÚNIOR, V. F.; Brandão, A. B; Almeida, F.J; Oliveira, J. D. (2015). Compreensão de Idosos sobre os Benefícios da Actividade Física. *R brasci Saúde*, 19(3):193-198;
- KEONG, Ana Marta, A autopercepção do envelhecimento em idosas viúvas. Faculdade de psicologia de Lisboa. Seção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Dinâmica. Lisboa, 2010;
- KINETICS, Copyright 266-268, 1995;
- LIMA-COSTA MF, FIRMO JOA, UCHOA E. A estruturada auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(6):827-34.DOI:10.1590/S0034-89102004000600011;
- LIKERT, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 55p;
- LAWSHE, C.H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28, 563-575;
- LEBRÃO, L. L. & DUARTE, Y. A. O. (2008). SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. *Soc. São Paulo*, 17(3):90-100;
- MAZO GZ., et al. “ Incidência de quedas, actividade física e saúde dos idosos.” *Rev. Bras. Fisioter.* São Carlos, V. 11, n. 6p. 437-442;
- MACHADO FN., et al. “ Comparación entre Capacidad y desempeño: Um estudo sobre la funcionalidade de ancianos dependentes.” *Rev. Latino-Am Enfermagem nov. – dic. 2013; 21 (6): 1321-9. DOI: 10-1590/0104-1169. 2682. 2370. www.eerp.usp.br/rlac*;
- MCDERMOTT ANNA, Mernitz H: Exercise and older patients: prescribing guidelines. *Am Fam Physician* 2006; 74(3):437-444;
- MOTA, J; RIBEIRO, J. L; CARVALHO, J. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, São Paulo, v.20, n.3, p.219-25, jul./set. 2006;
- NERI AL, Qualidade de vida na velhice e subjectividade. In: Neri AL, organizados. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas. Alinea; 2007.P.13-59;

- NAHAS Markus Vinicius. Quantos são os "sedentários" em nosso país? Boletim do NUPAF (Núcleo de Pesquisa em Actividade Física e Saúde), Florianópolis 1998; 4(12);
- NAHAS Markus Vinicius. Actividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001;
- NIGHTINGALE F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989;
- ORLANDI FS. “ O idoso Renal Crônico em Hemodiálise: a Severidade da Doença e sua Relação com a Qualidade de vida.” J Bras Netrol 2008, 30 (4) 245-50;
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília, OPAS/OMS, 2011;
- O’KEEFE, J.H.; Vogel, R.; Lavie, C.J.; Cordain, L. (2010). Achieving hunter-gatherer fitness in the 21(st) century: back to the future; *Am J Med.*; 123(12):1082-1086;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Genebra. Organização Mundial da Saúde; 2005. 36p;
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. 2012 [acessado em Fev. 2017]: http://www.paho.org/salud-en-las-americas_2012/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=124&lang=pt;
- PERRACINI MR & RAMOS LR. “ Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade.” Rev. Saúde Pública 2002; 36(6): 709-16. www.fsp.usp.br/rsp;
- PAFFENBARGER Ralph Jr. Forty years of progress: physical activity, health, and fitness. In: American College of Sports Medicine 40th Anniversary Lectures, 1994;
- PAGOTTO, Vitor. NAKATANI, Adelia Yaeko Kyosen.; SILVEIRA Ethieli. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do sistema Único de Saúde de Goiânia- Goiás. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.8, p.1593-1602, ago. 2011;
- PAIM, Jairnilson Silva., et al. Health in Brazil. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. 2011; *Lancet*. 377 (9779): 1778-1797;
- PAIS-RIBEIRO, Jose Luis, (2005). O importante é a saúde (1ª ed.). Coimbra: Fundação Merck Sharp & Dohme;

- PARSONS, Thomas. "Definitions of health and illness in the light of American Values and Social Structure". In-(Org.). Social Structure and personalities. Nova Iorque: Free Press of Glencoe, 1964;
- PASSARELI, Paola Moura; SILVA, José Aparecido da. (2007). Psicologia Positiva e o Estudo do Bem-estar Subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), pp.513-517;
- PATE Russell, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273:402-7;
- PATE Russell., et al.,. Physical activity, fitness, and health: research and practice. In: Quinney HA, Gauvin L, Wall AET (orgs.). *Toward Active Living*. Champaign: Human Kinetics, 1994:1-6;
- PATE Russell. Health and fitness through Physical Education: research direction for the 1990s. In: American Academy of Physical Education Papers: New Possibilities, New Paradigms? Champaign: Human Kinetics, 1990:62-9;
- PAYNE, William. e HAHN, David. *Understanding your health*. St Louis: Times Mirror/Mosby, 1986;
- PETTIT, Jeremy, et al., (2011). Developmental Relations Between Perceived Social Support and Depressive Symptoms Through Emerging Adulthood: Blood Is Thicker Than Water. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 127–136;
- POLIT, Denise.; HUNGLER, Bernadette. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª ed) Porto Alegre, Artes Médicas Editora (1995); Consultado em 24 de Maio de 2017;
- PRIETO Luis, ALONSO Jordi, LAMARCA Rosa. Classical Test Theory versus Rasch analysis for quality of life questionnaire reduction. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1:27;
- RABELO, Dóris Firmino., et al., Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(2), ISSN 2176-901X, São Paulo, Novembro 2010: 115-130;
- RAMOS Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, CANÇADO FAX, GORZONI ML, ROCHA SM. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-8;
- RAMOS Luiz Roberto. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 793-798;
- RASO, Vagner. *Envelhecimento saudável – Manual de exercícios com pesos*. São Paulo: San Designer, 1. ed., p. 31-59, 2007. RODRIGUES, A. C. F. *et al.* Depressão no idoso. Faculdade de Medicina de São José do Rio;

- READ, Leighton., QUINN, Robert., & HOEFER, Martha Ann. (1987) Measuring overall health: an evaluation of three important approaches. *Journal of Chronic Disease*, 40. s7 -21;
- REBELATTO, José. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 10, n.1, p. 127-132, 2006;
- REICHERT, Filipe Fossati. LOCH, Mathias Roberto. e CAPILHEIRA, Marcelo Fernandes. (2012). Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Rev. Bras. Ciência e Saúde Coletiva* 17 (12): 3353-362;
- RIKLI, Roberta., JONES, Jessie. Development and validation of criterion-referenced clinically relevant fitness standards for maintaining physical independence in later years. *The Gerontologist*, v. 53, n. 2, p. 255-267, 2013;
- RON, Pnina. Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22(7), 656-662, 2007;
- ROSEN Tony, OLSEN Jorn. Invited commentary: the art of making questionnaires 20. better. *Am J Epidemiol.* 2006; 164(12): 1145-9;
- ROSS, Kathllen. (2010). *Assessing differences in perceptions and actual health status: a national cross-sectional analysis*. Dissertação de Mestrado em Filosofia não publicada. Kansas State University, Kansas;
- SEBASTIAO E., ete al. “ Atividade física, qualidade de vida e medicamentos, em idosos: diferenças entre idades e gênero.” *Rev. Bras. Cineantropom Desempenho Hum.* 2009, 11(2): 210-216;
- SANTOS JD, SILVEIRA DV, OLIVEIRA DF, CAIAFFA WT. Instruments used to evaluate smoking habits: a systematic review. *Cienc Saude Colet* 2011; 16 (12): 4707-20;
- SAGAN, Leonardo. *The health of nations: True causes of sickness and well-being*. Nova Iorque: Basic Books, 1987;
- SALOMON, Joshua; TANDON, Ajay; MURRAY, Christopher. Comparability of self-rated health: cross sectional multi-country survey using anchoring vignettes. *BMJ* 2004; 328:258-258;
- SANTOS, Marco Antonio Machado DOS; PEREIRA, João. Santos. Efeito das diferentes modalidades de atividades físicas na qualidade da marcha em idosos. *Revista Digital*, Buenos Aires, n. 102, 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd102/marcha.htm>>. Acesso em: 09 nov. 2009;
- SCLIAR, Marília. (2007). *História do conceito de Saúde*. *Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), pp. 29-41;
- SHENKIN, Susan. *et al.* The attitudes to ageing questionnaire: Mokken Scaling Analysis. *PloSone*, V. 9, n. 6, p.e 99100, 2014;

- SHEPHARD Roy, BALADY Gary. Exercise as cardiovascular therapy. *Circulation* 1999; 99: 963-72;
- SILVA Mihiri, et al. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(2):14-20;
- SILVA., et al (2014). Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 17(2):275-287;
- SILVA, Marcelo. Saúde mental e idade avançada. In C. Pául & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi, 2005;
- SOBHONSLIDSUK, Abhasnee. et al., (2006). *Factors influencing health-related quality of life in chronic liver disease.* *World Journal of Gastroenterology.* 12(48), pp. 7786-7791;
- SOUZA, Melroy. Estudo populacional sobre os determinantes da autopercepção de saúde em idosos residentes em comunidade. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Bahia, 2012;
- SHOOSHFARI S, Shields M. Determinants of Self- perceived health. *Health Rep* 2001; 13:35-51
- TAYLOR Jeremy, et al., Self-report assessment of female 25. sexual function: psychometric evaluation on the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Arch Sex Behav.* 1994; 23(6):627-43;
- TOLLIVER, Rickey. (2007). *Factors Associated with Self-Reported Health Status Among Colorado Adults.* Colorado Department of Public Health and Environment- Health Watch, 62, pp. 1-6;
- TORRES, Gabriela, et al., Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Aval Psicol.* 2009 Dez; 8(3): 415-23;
- TORRES, Bruno Benetti Junta., (sup). Bioquímica do Envelhecimento. In: XXXI Reunião Annual: Sociedade Brasileira de Bioquímica e Biologia Molecular, São Paulo, Mai. 2002;
- TOSCANO, José Jean de Oliveira; OLIVEIRA, Antônio César Cabral de. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Ver Bras Med Esporte.* 2009; 15(3): 169-73;
- VIANA, Laila Almeida. C.(s/d). Processo Saúde-Doença. Módulo Político Gestor. Especialização em Saúde da Família. UnA-SUS/UNFESP. Disponível em: www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/.../modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf. Consultado em 24 de Maio de 2017;
- VINTEM, Jorgen. - *Inquérito Nacional de Saúde: autopercepção do estado de saúde: uma análise em*
K K K K K K K K *Revista Portuguesa de Saúde Publica.* VOL. 26, N°2. (Julho/Dezembro) (2008);
- VUORI, Ilkka. Exercise and physical health musculoskeletal health and functional capabilities. *Res Q Exerc Sport* 1995;66:276-85;

- WARE, John Jr; GANDEK Barbara,. Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project Approach. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* 1998; 51(11):945-52;
- WARE, John Jr (1976). *The assessment of health status.* In Aiken LH, Mechanic D, editors. *Applications of social sciences to clinical medicine and health policy.* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, pp. 204-228;
- WARE, John Jr. et al., (1979). *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study.* Rand Report;
- WHO (World Health Organization), World Health Day “Move for Health” Department of non-communicable Disease Prevention & Health Promotion. 2002;
- WONG John, REW Lynn, SLAIKEU, Kristina. A Systematic Review of Recent Research On Adolescent Religiosity Spirituality And Mental Health. *Issues Mental Health Nurs.* 2006; 27:161-83;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Global recommendation on physical activity for health. 2010;
- WHO. STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance (STEPS), 2011. <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/en/index.html> (acesso em 23 de janeiro de 2011).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic.* Geneva: WHO. (Technical Report Series, 894); 1998;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report: 2002: reducing risks, promoting healthy life.* Geneva: WHO; 2002;

ANEXO I - Instrumentos de recolha de dados

Questionário Sociodemográfico- Rand Health Insurance Experiment- (RHIE);

Estudo sobre a autopercepção subjectiva da saúde e sobre o bem estar psicológico. O estudo visa conhecer a percepção que as idosas têm acerca da sua própria saúde e sobre o seu bem estar psicológico, com o objectivo de compreender a relação entre estas variáveis.

Questionário Sociodemográfico

Todos os campos devem ser devidamente preenchidos.

1. Idade: _____
2. Tempo no Programa: _____
3. Estado Civil: (a). Solteiro/a _____, (b). Casado/a ou União de facto _____, (c). Divorciado/a ou separado/a _____, (d). Viúvo/a _____.
4. Escolaridade: (a). Analfabeto _____, (b). Ensino Primário _____, (c). Ensino Secundário _____, (d). Ensino Técnico Profissional _____, (e). Ensino Superior _____,
5. Profissão: (a). Trabalhador/a _____, (b). Doméstico/a _____, (c). Desempregado/a _____, (d). Reformado/a _____.
6. Nos tempos livres tem algum entretenimento (passatempo, diversão ou distração)? (a). Sim _____, (b). Não _____.

Questionário relacionado com a doença.

7. Já alguma vez teve uma doença grave: (a). Não _____, (b). Sim _____.
8. Tem alguma doença crónica: (a). Não _____, (b). Sim _____.
9. No caso de ter doença crônica há quanto tempo tem: (a). Mais de 1 ano _____, (b). Entre 1 e 3 anos _____, (c). Entre 3 e 5 anos _____, (d). Mais de 5 anos _____.
10. Alguma vez esteve hospitalizado: (a). Sim _____, (b). Não _____.

Capacidade Funcional de Actividades

11. Quedas (último ano): (a). Sim _____, (b). Não _____.
- Fraturas (último ano): (a). Sim _____, (b). Não _____.

"Questionário de Autopercepção Subjectiva do Estado de Saúde das Idosas Activas de um Programa de Actividade Física Regular (Envelhecer com Saúde) ". Adaptado de (JOHN E. WARE, 1976). The Health Perceptions Questionnaire - (HPQ).

Não existem respostas certas ou erradas, por favor, responde com clareza o que é questionado pelo entrevistador. Algumas das afirmações podem parecer iguais. Mas cada uma é diferente e deve ser classificada por si própria.

Itens	Completament e verdadeira	Verdadeira	Não sei	Falsa	Completamente falsa
1.De acordo com os médicos por mim consultados a minha saúde esta agora bem.					
2.Tento evitar que a doença interfira na minha vida.					
3.Parece que a doença interfere na minha vida .					
4.Sinto-me melhor agora do que alguma vez me senti.					
5.Provavelmente, no futuro, ficarei doente muitas vezes.					
6.Nunca me preocupo com a minha saúde.					
7.A maioria das pessoas adoece mais facilmente do que eu.					
8.Não gosto de ir ao médico.					
9.Estou um pouco doente.					
10.No futuro, espero ter mais saúde do que outras pessoas que conheço.					
11.Uma vez estive tão doente que pensei que morreria.					
12.Não sou tão saudável agora, como já fui.					
13.Preocupo-me mais com a minha saúde do que os outros com a saúde deles.					
14.Quando estou doente, tento continuar como de costume.					
15.O meu corpo parece resistir muito bem à doença.					
16.Ficar doente, de vez em quando, faz parte da minha vida.					
17.Sou mais saudável do que qualquer outra pessoa que conheço.					
18.Penso que a minha saúde no futuro será pior do que é agora.					
19.Nunca tive uma doença que durasse muito tempo.					
20.Os outros parecem mais preocupados com a saúde deles do que eu com a minha.					
21.Quando estou doente, tento guardar isso para mim.					
22.A minha saúde é excelente.					
23.Espero ter uma vida com muita saúde.					

24.A minha saúde é uma preocupação na minha vida.					
25.As vezes, sinto que vou adoecer.					
26.Ultimamente tenho me sentido mal.					
27.Não me incomoda ir ao médico.					
28.Nunca estive seriamente doente.					
29.Quando alguma coisa esta para acontecer, geralmente apercebo-me.					
30.Os médicos dizem que, agora, tenho pouca saúde.					
31.Quando me sinto a adoecer, luto contra isso.					
32.Sinto-me tão bem agora como sempre me tenho sentido.					
33.Durante os últimos três meses, quanto é que a sua saúde preocupou ou aborreceu?	Muito	Alguma coisa	Um pouco	Nada	

ANEXO II - Folha de consentimento informado

Autopercepção Subjectiva do Estado de Saúde dos participantes e não participantes do Programa Envelhecer com Saúde na cidade de Maputo

Estudo Descritivo de Corte Transversal

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DA IDOSA ACTIVA DO PROGRAMA ENVELHECER COM SAÚDE

Investigador Principal: Professor Doutor Timóteo Daca- Universidade Pedagógica de Maputo

Contacto: 849001164

Projecto de investigação sobre a autopercepção subjectiva do estado de saúde da idosa do programa Envelhecer com Saúde.

-O presente Projecto de investigação insere-se num estudo a desenvolver no âmbito da dissertação de Mestrado em Actividade Física e Saúde da Universidade Pedagógica de Maputo pela Faculdade de Educação Física e Desportos.

-Tem como objectivo através de questionário diagnosticar ou avaliar a Autopercepção Subjectiva do Estado de Saúde dos participantes e não participantes do Programa Envelhecer com Saúde na cidade de Maputo; identificar a presença de sinais mais salientes; ajudar a melhorar o Processo de Prescrição e de Intervenção, com uma finalidade concreta contribuir para a percepção subjectiva do estado de saúde da idosa do Programa Envelhecer com Saúde. Visto que em Moçambique Programas Estruturados de Exercício Físicos Regular para a terceira idade são diminutos. Excepcionalmente a Faculdade de Educação Física e Desportos da UP, desenvolve há 10 anos, um Programa Regular de Exercício Físico para este grupo etário. Curiosamente e não obstante este período relativamente extenso da sua implementação nenhuma auto-avaliação do estado de saúde entre os seus participantes foi realizada.

-Pretende-se com este propósito contribuir ainda, para a aquisição de conhecimento quanto à percepção individual acerca da saúde, codificando as respostas delas por dimensões de saúde que compõe o ser Humano, não se excepcionando como ser vivo que ocorrem nele alterações nas diversas dimensões Biopsicosocioculturais (Saúde social, Saúde emocional, Saúde intelectual, Saúde física), bem como o seu bem estar psicológico, sendo, no entanto necessário e

fundamental para o sucesso do nosso estudo a participação do maior número possível de idosos, tornando-se relevante ser do programa Envelhecer com Saúde.

Pedimos assim a sua colaboração, sendo importante ter as seguintes informações:

- A participação é completamente voluntária, podendo o indivíduo recusar-se a participar;
- Toda e qualquer tipo de informação fornecida no decorrer da participação, bem como no questionário, será confidencial e mantida em anonimato;
- A sua colaboração não tem qualquer custo ou risco, uma vez que as informações serão recolhidas por questionário referido a ser disponibilizado no momento da recolha de dados;
- ao assinar este formulário de consentimento, concorda e permite que seja submetida a uma entrevista semi-estruturada e auto-administrada por especialistas previamente treinados para o efeito;

Após a leitura das informações acima referidas, caso esteja de acordo, de livre vontade em participar, por favor, assine no local indicado abaixo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável: _____

Data: ____/____/____.

ANEXO III - Folha de consentimento informado

Autopercepção Subjectiva do Estado de Saúde dos participantes e não participantes do Programa Envelhecer com Saúde na cidade de Maputo

Estudo Descritivo de Corte Transversal

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DA IDOSA ACTIVA DO PROGRAMA ENVELHECER COM SAÚDE

Investigador Principal: Professor Doutor Timóteo Daca- Universidade Pedagógica de Maputo

Contacto: 849001164

Projecto de investigação sobre a auto-percepção subjectiva do estado de saúde da idosa do programa Envelhecer com Saúde.

-O presente Projecto de investigação insere-se num estudo a desenvolver no âmbito da dissertação de Mestrado em Actividade Física e Saúde da Universidade Pedagógica de Maputo pela Faculdade de Educação Física e Desportos.

-Tem como objectivo através de questionário diagnosticar ou avaliar a Autopercepção Subjectiva do Estado de Saúde dos participantes e não participantes do Programa Envelhecer com Saúde na cidade de Maputo; identificar a presença de sinais mais salientes; ajudar a melhorar o Processo de Prescrição e de Intervenção, com uma finalidade concreta contribuir para a percepção subjectiva do estado de saúde da idosa do Programa Envelhecer com Saúde. Visto que em Moçambique Programas Estruturados de Exercício Físicos Regular para a terceira idade são diminutos. Excepcionalmente a Faculdade de Educação Física e Desportos da UP, desenvolve há 10 anos, um Programa Regular de Exercício Físico para este grupo etário. Curiosamente e não obstante este período relativamente extenso da implementação nenhuma auto-avaliação do estado de saúde entre os seus participantes foi realizada.

-Pretende-se com este propósito contribuir ainda, para a aquisição de conhecimento quanto à percepção individual acerca da saúde, codificando as respostas delas por dimensões de saúde que compõe o ser Humano, não se excepcionando como ser vivo que ocorrem nele alterações nas diversas dimensões Biopsicosocioculturais (Saúde social, Saúde emocional, Saúde intelectual, Saúde física), bem como o seu bem-estar psicológico, sendo, no entanto necessário e

fundamental para o sucesso do nosso estudo a participação do maior número possível de idosos, tornando-se relevante ser do programa Envelhecer com Saúde.

Pedimos assim a sua colaboração, sendo importante ter as seguintes informações:

- A participação é completamente voluntária, podendo o indivíduo recusar-se a participar;
- Toda e qualquer tipo de informação fornecida no decorrer da participação, bem como no questionário, será confidencial e mantida em anonimato;
- A sua colaboração não tem qualquer custo ou risco, uma vez que as informações serão recolhidas por questionário referido a ser disponibilizado no momento da recolha de dados;
- ao assinar este formulário de consentimento, concorda e permite que seja submetida a uma entrevista semi-estruturada e auto-administrada por especialistas previamente treinados para o efeito;

Após a leitura das informações acima referidas, caso esteja de acordo, de livre vontade em participar, por favor, assine no local indicado abaixo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável: _____

Data: ____/____/____.

ANEXO IV – Comunicação de conflitos de Interesse

COMUNICAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

De acordo com as recomendações éticas para a investigação Biomédica, Timóteo Daca Investigador Principal do Projecto a Autopercepção Subjectiva do Estado de Saúde dos participantes e não participantes do Programa Envelhecer com Saúde na cidade de Maputo, em Moçambique: Implicações para Educação Física, Desporto, Medicina Preventiva e Saúde Pública, Estudo de descritivo de corte transversal da idosa activa do Programa de Exercício Físico Regular na Cidade de Maputo é Docente Sênior na Faculdade de Educação Física e Desportos da Universidade Pedagógica de Moçambique, Membro Fundador do Núcleo de Investigação em Actividade Física e Saúde, Investigador Sênior do Centro de Investigação e Desenvolvimento do Desporto e Actividade Física com mais de 20 Anos de Exercício Profissional. Na sua carreira Profissional conta com trabalhos de ensino (Regência nas Disciplinas Acadêmicas na Graduação e Pós- Graduação), Pesquisas (Artigos Científicos e Resumos Anuais de Congressos e Conferência Públicas a Nível Nacional e Internacional) e Extensão (Gestão e Coordenação do Programa de Extensão Universitária com 10 anos de existência) testemunhada pelo seu Curriculum Vitae que acompanha este processo. Por isso declara que não vem nenhum conflito de interesse que possa colocar a investigação em causa, ciente de vai seguir a rigor as orientações da ética da investigação científica em vigor no domínio Universitário.

Os nossos melhores cumprimentos.

Maputo: ao10 de Abril de 2019

Prof. Doutor Timóteo Daca

ANEXO V - Compromisso do Investigador em manter os Princípios de Bioética

COMPROMISSO DO INVESTIGADOR EM MANTER OS PRINCÍPIOS DE BIOÉTICA

Timóteo Daca, Investigador Principal do estudo a Autopercepção Subjectiva do Estado de Saúde dos participantes e não participantes do Programa Envelhecer com Saúde na cidade de Maputo, em Moçambique: implicação para Educação Física, Desporto, Medicina Preventiva e Saúde Pública, Estudo Descritivo de Corte Transversal de Idosas Activas do Programa de Exercício Físico Regular na Cidade de Maputo, comprometo-me com os princípios de Bioética de boas práticas clínicas, durante a realização deste estudo.

Os nossos melhores cumprimentos.

Maputo: ao10 de Abril de 2019

Prof. Doutor Timóteo Daca