

## ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E O AUTORRELATO DE SAÚDE EM MULHERES DE MEIA-IDADE E IDOSAS

Sabrina Gabrielle Gomes Fernandes (1); Saionara Maria Aires da Câmara (2)

*1 – Pós-graduanda. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – Universidade Federal do Rio Grande do Norte*

*2 – Professora Ajunta. Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – Universidade Federal do Rio Grande do Norte*

### **Introdução:**

Fatores biológicos, fisiológicos e sociais influenciam a percepção de saúde dos indivíduos<sup>1</sup> e uma maneira de mensurar essa percepção subjetiva é através do Autorrelato de Saúde (ARS). Trata-se de uma escala que utiliza termos que são usados para identificar como a pessoa avalia o seu próprio estado de saúde, que podem variar desde de “excelente” a “pobre”<sup>2</sup>. O ARS é considerado uma medida útil devido sua fácil acessibilidade e tem sido usada para estabelecer diferença na morbidade entre subgrupos, para comparar as necessidades de serviços de saúde e para calcular indicadores de morbi-mortalidade, como por exemplo a expectativa de vida saudável<sup>3</sup>. A percepção de saúde é, portanto, um indicador importante, uma vez que o nível de bem-estar de um indivíduo pode influenciar relativamente sua motivação e qualidade de vida<sup>4</sup>.

Participar de atividades físicas (AF) pode resultar em melhoras na saúde geral e reduzir os riscos associados a um estilo de vida sedentário<sup>5</sup>. AF tem potencial de prevenir condições de saúde prejudiciais, incluindo diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade e algumas formas de câncer<sup>6</sup>, estando também associados a níveis mais elevados de ARS.

Atualmente já existem alguns estudos na literatura que mostram a relação entre o nível de AF e o ARS<sup>1,7,8,9</sup>, porém, segundo Södergren et al<sup>8</sup> os resultados dessa associação são divergentes e uma explicação para tal fato é que tanto as medidas do ARS quanto de AF são entendidos de formas diferentes, pois são medidas subjetivas<sup>10</sup>.

Tendo em vista os benefícios conhecidos da AF e sua associação com o ARS, o objetivo do presente trabalho é analisar a associação entre os níveis de AF e o ARS em mulheres de meia-idade e idosas de duas cidades do nordeste brasileiro (Parnamirim e Santa Cruz).

### **Metodologia:**

Para a avaliar a associação entre o ARS e o nível de atividade física foi realizado um estudo transversal analítico, onde 571 mulheres de baixa renda com idades entre 40-80 anos, residentes na

comunidade nas cidades de Santa Cruz e Parnamirim, no estado do Rio Grande do Norte, foram avaliadas com os seguintes itens: 1) Autorrelato de saúde: as participantes foram questionadas com a seguinte pergunta: “No geral, como você diria que sua saúde é?”. As seguintes opções de respostas foram dadas: excelente, muito boa, boa, mais ou menos ou ruim. Para a análise de dados, as mulheres foram divididas de acordo com sua resposta do ARS em dois grupos: saúde boa (para as que responderam excelente, muito boa e boa) e saúde ruim (aquelas que responderam mais ou menos e ruim) e 2) Nível de atividade física: as participantes foram questionadas quanto à prática de exercícios físicos (Tipo e frequência de atividade). Foi coletado também dados sociodemográficos (idade, renda familiar e nível de escolaridade) e presença de doenças crônicas das participantes.

### **Análise de dados:**

Os dados foram analisados através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0. Primeiramente, para a análise descritiva foi realizado o Teste T-Student para amostras independentes e o teste de Qui-Quadrado para comparar proporções. Para avaliar a associação entre o ARS e o desempenho físico foi realizado o modelo de regressão logística binária, ajustado pelas covariáveis (idade, renda familiar, escolaridade, comorbidades e atividade física).

### **Resultados e Discussão:**

Foram avaliadas 571 mulheres. As mesmas foram divididas em dois grupos de acordo com sua resposta do ARS e as características da amostra estão descritas de acordo com cada grupo na Tabela 1. O grupo “saúde boa” apresentou média de idade menor, menor proporção de pessoas com menos de 8 anos de estudo e com renda familiar menor que 3 salários mínimos, bem como menor proporção de comorbidades e de indivíduos que praticam atividades físicas.

Tabela 1. Características gerais da amostra

Variáveis	Autorrelato de saúde		p-valor
	Excelente, muito bom e bom	Mais ou menos e pobre	
Média (DP) ou N(%)			
<b>Idade (anos)</b>	52,99 (± 7,78)	55,38 (±55,38)	0,002 <sup>a</sup>
<b>Educação**</b>			

Menor que a educação básica (<8 anos)	65 (36,5%)	197 (50,4%)	0,002 <sup>b</sup>
Educação básica ou mais (≥8 anos)	113 (63,5%)	194 (49,6%)	
<b>Renda familiar*</b>			
< 3 Salários mínimos	110 (62,1%)	288 (73,3%)	0,007 <sup>b</sup>
≥ 3 Salários mínimos	67 (37,9%)	105 (26,7%)	
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)**</b>			
Normal	40 (22,5%)	69 (17,6%)	0,439 <sup>b</sup>
Sobrepeso	76 (42,7%)	170 (43,5%)	
Obesidade I	45 (25,3%)	104 (26,6%)	
Obesidade II e III	17 (9,6%)	48 (12,3%)	
<b>Comorbidades§</b>			
3 ou mais	9 (5,1%)	63 (16,1%)	< 0,001
0-2	169 (94,9%)	328 (83,9%)	
<b>Atividade física</b>			
Sim	79 (44,4%)	133 (33,8%)	0,16 <sup>b</sup>
Não	99 (55,6%)	260 (66,2%)	

a: p valor para teste t de Student. b: p valor para teste qui-quadrado.

IMC: Índice de Massa Corpórea.

\*\*4 dados perdidos; \*\* 1 dado perdido; § 2 dados perdidos.

A tabela 2 apresenta os resultados na análise da regressão logística binária para as variáveis de em relação ao ARS. Viu-se que indivíduos que relataram sua saúde como “ruim” tinham maior chance de ter três ou mais comorbidades, menor escolaridade e renda familiar inferior a três salários mínimos. Pode-se notar também que o mesmo grupo apresentou 1,557 mais chance mais de não praticarem exercícios físicos quando comparado ao grupo de “boa saúde”, mesmo após os ajustes pelas variáveis de confundimento.

Tabela 2. Regressão logística binária para avaliar a relação entre as variáveis independentes do estudo e o ARS definido como “saúde ruim”.

	Modelo		
	OR	IC 95%	p valor
<b>Idade</b>	1,024	1,000:1,048	0,053
<b>Escolaridade</b>			
Menor que a educação básica (<8 anos)	1,248	0,819: 1,902	0,030
Educação básica ou mais (≥8 anos)	0	-	
<b>Salário</b>			
< Salários mínimos	1,501	0,988: 2,257	0,051
≥ salários mínimos	0		
<b>Comorbidades</b>			
3 ou mais	3,12	1,069:2,268	0,021
0-2	0	-	
<b>Atividade física</b>			
Não	1,557	1,069: 2,268	0,002
Sim	0		

Modelo ajustado por comorbidade, idade, escolaridade, salário e atividade física.

A associação entre o ARS e a AF já vem sendo explorada em países da União Europeia<sup>9</sup>. Segundo Greeg et al.<sup>11</sup>, a atividade física tem sido relacionada a vários fatores que podem resultar em benefícios de saúde generalizados e conseqüentemente uma melhor avaliação de saúde por parte dos indivíduos praticantes, sugerindo assim que a AF e o ARS podem estar associados através de um mecanismo psicossocial mais direto, já que níveis elevados de AF foram associados a melhora da qualidade de vida e benefícios para a saúde mental, como por exemplo depressão e ansiedade<sup>12</sup>. Sabendo disso, fica claro a importância de inserir programas relacionados a importância da prática de atividade física para a população mais velha.

### **Conclusão:**

De acordo com os achados podemos observar que aqueles indivíduos que relataram não praticar exercícios físicos tem maior chance de reportarem uma saúde pior. A atividade física é de fundamental importância para a manutenção da qualidade de vida e vem acompanhada de inúmeros benefícios para a população em geral. Por fim, pode-se inferir que uma regular prática de atividade física pode estar associada com uma melhor percepção do estado de saúde.

### **Referências:**

1. Tsai J, Ford ES, Li C, Zhao G, Balluz LS. Physical activity and optimal self-rated health of adults with and without diabetes. BMC Public Health 2010.
2. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health 2013; 13: 320.
3. Devlin N, Hansen P, Herbison P. Variations in selfreported health status: results from a New Zealand survey. N Z Med J 2000.
4. Pikhart H, Bobak M, Siegrist J, Pajak A, Rywik S, Kyshegyi J, et al. Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. J Epidemiol Community Health 2001.
5. Cui Y, Forbes C, Sweeney E, Yu M, DeClercq V, Keats M. The Association between Physical Activity and Self-Rated Health in Atlantic Canadians.
7. Kerr J, Sallis JF, Saelens BE, Cain KL, Conway TL, Frank LD King AC. Outdoor physical activity and self rated health in older adults living in two regions of the U.S. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2012
8. Södergren M, Sundquist J, Johansson SE Sundquist K. Physical activity, exercise and self-rated health: a population-based study from Sweden. BMC Public Health 2008
9. Abu-Omar K, Rutten A, Robine JM: Self-rated health and physical activity in the European Union. Soz Praventivmed 2004.
10. Kasmel A, Helasoja V, Lipand A, Prattala R, Klumbiene J, Pudule I: Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. Eur J Public Health 2004.
11. Gregg EW, Kriska AM, Fox KM, Couley JA. Self-rated health and the spectrum of physical activity and Physical function in older woman. Journal of Aging and Physical Activity, 1996.

12. Brown, D.R. Physical activity, aging, and psychological well-being: An overview of the research. Canadian Journal of Sport Sciences. 1992