

FATORES ASSOCIADOS À ADERÊNCIA DE IDOSOS EM PROGRAMA COMUNITÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Glauber Rocha Monteiro (1); Cristiane Kelly Aquino dos Santos (2); Danilo Barbosa Morais (3); Roberto Jerônimo dos Santos Silva (4)

(1) *Faculdade Uninassau. Curso de Educação Física Bacharelado – Aracaju/SE – glauber.monteirocha@gmail.com*

(2) *Residência Multiprofissional. Educação Física – HU/UFS – ckellyakins@gmail.com*

(3) *Secretaria Municipal de Saúde – Cedro de São João/SE – danilo_bmorais@yahoo.com.br*

(4) *Universidade Federal de Sergipe. Programa de Pós Graduação em Educação Física. São Cristóvão, SE – rjeronimoss@gmail.com*

INTRODUÇÃO

Em 2005, o Ministério da Saúde do Brasil passou a incentivar projetos que ofertassem a prática regular de atividade física à melhoria na qualidade de vida da população, tornando-se eixo da Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), em 2006¹. Porém, as intervenções nesses programas por muitas vezes parecem levar a grande rotatividade de participantes, muito pelo fato da falta de especificidade dos métodos de intervenção voltados para as faixas etárias e grupos especiais².

A literatura aponta que a aderência a longo prazo depende de fatores que envolvem as condições sociodemográficas, do estilo de vida, da organização dos processos de trabalho em saúde, aspectos psicossociais e a acessibilidade em sentido amplo³ de forma que, não atender a estes aspectos, a aderência à prática regular de atividade física pode tornar-se crítica, sendo os primeiros três primeiros meses um importante ponto de observação².

Partindo do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar os fatores associados à aderência de idosos em Programa Comunitário de Atividade Física em uma capital do nordeste brasileiro.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, caracterizado como uma coorte retrospectiva de base populacional. Foram utilizados dados secundários, referentes aos registros de anamnese e avaliação física dos participantes do programa, observados entre o período de abril de 2004, início do programa, a novembro de 2009, final do estudo, ou seja, 69 meses de observação.

Esteve incluído no estudo, o indivíduo registrado na Anamnese e na(s) Avaliação(ões) Física(s); e excluído, os registros de indivíduos: possuir duplo registro de anamnese de um mesmo indivíduo impossibilitando estimar a data exata de sua adesão; com informações relevantes incompletas na anamnese; apresentar mais de uma falta seguida às reavaliações físicas.

Pelos critérios de inclusão, a amostra foi composta por 526 idosos, de uma população de 2.341, com idades entre 60 a 87 anos (média de $66,4 \pm 5,4$ anos), sendo 477 (90,7%) idosos do sexo feminino.

Para a coleta de dados, considerou-se como “desfecho” - o tempo de aderência ao programa desde a adesão ao fim da observação. Os “marcadores de tempo” foram representados através das “Avaliações e Reavaliações Físicas”. As “desistências” como evento. As “censuras” ou “observações incompletas” - indivíduo identificados num momento posterior na observação dentro da coorte.

O levantamento de informações foi realizado através: a) “Anamnese”, momento da adesão; b) “Avaliação Física”, referente a primeira avaliação do indivíduo e; c) “Reavaliação Física”, avaliações feitas durante o tempo de aderência. Para melhor categorizar o grupo etário tomou por referência a mediana das idades correspondentes à amostra. Dessa forma, foram formados os grupos etários: 60 - 65 e ≥ 66 anos.

À análise de dados, utilizou-se utilizado o estimador de sobrevida não-paramétrico de Kaplan-Meier para a verificação do tempo de aderência e caracterização do grupo. A análise univariada de Log-Rank para a comparação das condições de aderência. O modelo de regressão de Cox para estimar as possíveis associações multivariadas existentes, sendo apresentadas na forma de odds ratio (OR), adotando-se intervalo de confiança de 95%. Foram adicionadas ao modelo final, as variáveis que foram observadas significativas no modelo univariado. Para uma melhor explicação e interpretação, adotou-se a equação da razão inversa (1/OR). Em todas as análises foi adotado nível de significância de 5%, tendo sido utilizado, em todas as análises, o software SPSS for Windows®.

RESULTADOS

A Tabela 1 expressa os resultados encontrados nos registros para casos de aderência, desistência e censura. Manteve-se o grupo masculino, embora tenha apresentado baixa aderência, pois se houvesse a exclusão dos mesmos poderia correr o risco de obter resultados pouco efetivos, visto que os homens, mesmo que em menor quantidade, estiveram presentes ao longo do processo.

Tabela 1. Distribuição da desistência e censura para as variáveis consideradas no estudo.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA n (%)	DESISTÊNCIA n (%)	CENSURA n (%)
SOCIODEMOGRÁFICA			
Total	526 (100)	492 (92,8)	34 (6,5)
Sexo			
Feminino	477 (90,7)	443 (92,8)	34 (7,1)
Masculino	49 (9,3)	49 (100)	0 (0)
Grupos Etários			
60 - 65	304 (57,8)	281(92,4)	23 (7,6)
≥66	222 (42,2)	211(95,0)	11 (5,0)
Estado civil			
Solteiro (a)	88 (16,7)	76 (86,3)	12 (13,6)
Casado (a)	206 (39,2)	197(96,5)	9 (4,4)
Separado (a)	44 (8,4)	41 (93,1)	3 (6,8)
Viúvo (a)	188 (35,7)	178 (94,6)	10 (5,3)
Escolaridade			
8	455 (86,5)	424 (93,1)	31 (6,8)
>8	71 (13,5)	68 (95,7)	3 (4,2)
Renda			
≤ 1	173 (32,9)	162(93,6)	11(6,4)
1 a 3	313 (59,5)	293(93,6)	20(6,4)
>3	40 (7,6)	37(92,5)	3(7,5)
ESTILO DE VIDA			
Estresse			
Não	262 (49,8)	243 (92,7)	19 (7,3)
Sim	264 (50,2)	249 (94,3)	15 (5,7)
Fumo			
Não	508 (96,6)	475(93,5)	33 (6,5)
Sim	18 (3,4)	17(94,0)	1 (5,6)
Atividade física			
Não	275 (52,3)	263(95,6)	12(4,4)
Sim	251 (47,7)	229(91,2)	22(8,8)
PERCEPÇÃO DE SAÚDE			
Percepção de saúde			
MR/Ruim	89 (16,9)	82(92,1)	7(7,9)
Boa	408 (77,6)	382(93,6)	26(6,4)
MB/Excelente	29 (5,5)	28(96,5)	1(3,4)
PROBLEMAS DE SAÚDE REFERIDOS POR DIAGNÓSTICO CLÍNICO			
Osteoporose			
Não	381 (72,4)	361(94,7)	20(5,2)
Sim	141 (27,6)	131(90,3)	14(9,7)
Artrite/Artrose			
Não	365 (69,4)	338(92,6)	27(7,4)
Sim	161 (30,6)	164(95,6)	7(4,3)

Lombalgia			
Não	330 (62,7)	310(93,9)	20(6,1)
Sim	196 (37,3)	182(92,8)	14(7,1)
Hipertensão			
Não	207 (39,9)	191(92,2)	16(7,7)
Sim	319 (60,6)	301(94,3)	18(5,6)
Coronariopatia			
Não	434 (82,7)	459(93,2)	33(6,7)
Sim	91 (17,3)	33(97,0)	1(2,9)
Colesterol elevado			
Não	302 (57,4)	291(302)	11(3,6)
Sim	224 (42,6)	201(89,7)	23(10,3)
Diabetes			
Não	434 (82,7)	404 (93,0)	30(6,9)
Sim	91 (17,3)	87 (95,6)	4 (4,4)

A tabela 2 apresenta o tempo médio de permanência dos idosos de $35,5 \pm 21,2$ meses e uma mediana na coorte de 3 meses. No término do primeiro ano, cerca de um terço do grupo aderiu ao programa. Ao final da observação, foram percebidos 98,7% casos de desistências.

A tabela 2 expressa, no modelo univariado, que a maior chance de aderência (45%) esteve associada ao sexo feminino (OR = 0,69, IC95% = 0,51 – 0,93). Para indivíduo que auto relataram “não” para “osteoporose” (OR = 0,74, IC95% = 0,60 – 0,91), têm 35% maiores chances de aderência. Na análise multivariada, sendo o modelo ajustado para “sexo” e “osteoporose”, obteve-se resultado significativo apenas para a variável “osteoporose” (OR = 0,76, IC95% = 0,62 – 0,64), apresentando 32% maiores chances de aderência. Os idosos apresentaram 31% menores chances de permanecer no programa enquanto as mulheres apresentas 45% maiores chances de aderência.

Idosos que auto relataram ter osteoporose apresentaram 26% menor de manter no programa, versando àqueles que não foram diagnosticados (35% maiores chances de aderir).

Tabela 3. Análise de Regressão de Cox para a permanência dos participantes no Programa Academia da Cidade de Aracaju-SE.

Variáveis	Razão de chance univariada		Razão de chance ajustada para Cox	
	OR (IC95%)	P	OR. Ajustado*(CI95%)	P
SOCIODEMOGRÁFICAS				
Sexo				
Feminino	1		1	
Masculino	0,69 (0,51– 0,93)	< 0,01	1,33 (0,98 – 1,80)	0,06
PROBLEMAS DE SAÚDE REFERIDOS POR DIAGNÓSTICO CLÍNICO				

Osteoporose

Não	1		1
Sim	0,74 (0,60 – 0,91)	< 0,01	0,76 (0,62 – 0,64) < 0,01

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Medidas retrospectivas em estudos epidemiológicos podem ter uma abordagem mais interessante quando comparadas às formas convencionais em estudos com delineamento transversal, por apresentar o comportamento de determinada variável ao longo do tempo⁴. Verificou-se maior prevalência dos participantes do sexo feminino, concordando com a literatura⁵ que indica que o percentual de mulheres que aderem a programas de atividade física geralmente é superior comparado ao sexo oposto, embora não hajam dados concretos. Possivelmente este quadro ocorra por conta do tipo de atividades realizadas que originalmente estão baseadas em “modelos lógicos” que talvez seja desinteressante para os homens, o que causa grande evasão ou resistência ao programa.

A literatura aponta que há uma tendência de ingresso e aderência em Programas Comunitários de Atividade Física de sujeitos maiores de 60 anos⁶ no entanto, sujeitos maiores de 80 anos tende a desistir com maior frequência destes programas^{7,8}, o que pode estar associado ao aumento das limitações físicas com o avanço da idade⁹. Possivelmente, motivados à promoção da saúde, bem-estar, gosto pela atividade física, socialização, apoio de parentes e/ou amigos e proximidade da moradia do local da prática e oportunidade de sair de casa^{4,10,11}.

Neste trabalho, foi encontrado o número mais elevado de desistentes em q ano de participação com as maiores taxas observada no terceiro mês, sendo este identificado como período crítico para a aderência, o que levanta preocupação entre os pesquisadores na área da saúde^{6,8,12,113}. Nesta perspectiva vários podem ser os motivos como à percepção de insegurança, a falta de incentivo da família, a falta de acompanhamento de um profissional habilitado, distância do local da prática de exercícios, a falta de tempo ou de acompanhante, a sensação de dor após a atividade, as mudanças climáticas e a falta de acompanhante^{7,14,15,16}.

Quanto ao baixo quantitativo de idosos, a objeção dos homens aos cuidados referentes à atenção primária da saúde, tente a buscar auxílio em saúde somente quando há presença de doenças já instaladas, tornando-os, portanto, menos adeptos a esse tipo de programa^{17,18}.

Conclui-se que, as maiores chances de desistência a quem relatou ter osteoporose relaciona-se ao possível desconforto relacionado à prática de Atividade Física para este grupo, sendo que as

limitações relacionadas aos agravos crônicos, degenerativos, embora seja causa de matrícula no programa, também pode ser o motivo do seu desligamento ou evasão^{19,20}. Para isso, a efetividade do modelo lógico de intervenção no planejamento do programa como das intervenções, deve reconhecer como um grande problema de saúde pública, devido às altas taxas de mortalidade relacionadas às fraturas, principalmente em mulheres idosas²¹, interferindo no resultado final dos achados em relação à baixa aderência. Entende-se que devem haver políticas públicas de estímulo à participação de idosas em programas regulares de atividade física, emergindo a um modelo participativo e consciente afim de orientar as atividades para um envelhecimento ativo, valorizando os efeitos subjetivos de uma prática diária.

REFERÊNCIAS

1. Knuth AG, Malta DC, Cruz DK, Freitas PC, Lopes MP, Fagundes J, et al. Rede Nacional de Atividade Física do Ministério de Saúde: resultados e estratégias avaliativas. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2010; 15(4):229-33.
2. Monteiro GR, Silva RJS. Te length of stay in community physical activity program does not exceed two years. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2014, 16(6):608-617.
3. Bertolozzi, M. R. Yasuko L, Ferreira R, Itsuko S, Hino P, Ferreira L, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2):1326-30.
4. Fernandes RA, Christofaro DG, Casonatto J, Codogno JS, Rodrigues E, Cardoso M, Kawaguti S, Zanesco A. Prevalence of dyslipidemia in individuals physically active during childhood, adolescence and adult age. *Arq Bras Cardiol* 2011; 97(4):317-23.
5. Andreotti MC, Okuma SS. Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física. *Rev Paul Educ Fís* 2003;17(2):142-53
6. Ferreira MS, Najjar AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciênc Saúde Colet* 2005;10(1):207-219
7. Pitanga FJG. Tempo de permanência em programas de exercícios físicos em hipertensos de ambos os sexos: Estudo através da análise de sobrevivência. *Rev Baiana Educ Fis* 2001; 2(3): 6-10.
8. Dishman RK. *Advances in exercise adherence*. Champaign: Human Kinetics; 1994.
9. Nakamura PM, Papini CB, Chyoda A, Gomes GAO, Netto AV, Teixeira IP, et al. Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa, Rio Claro. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2010;15(2):128-132.
10. Andreotti MC, Okuma SS. Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física. *Rev Paul Educ Fís*.2003;17(2):142-53.
11. Freitas CMSM, Santiago MS, Viana AT, Leão AC, Freyre C. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. *Rev Bras Cineantropom. Desempenho Hum* 2007;9(1):92-100.
12. Costa BV, Bottcher LB, Kokubun E. Aderência a um programa de atividade física e fatores associados. *Motriz* 2009;15(1): 25-36.
13. Ravagnani CFC, Ravagnani FCP, Spiri WC, Ribeiro TC, Silva CFF, Duarte SJH, et al. Socio-environmental exercise preferences among older adults. *Prev Med* 2004; 38(6):804-10.
14. Eiras SB, Silva WHA, Souza DL, Vendruscolo R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. *Rev Bras Cienc Esporte* 2010; 31(2) 75-89.
15. Freitas CMSM, Santiago MS, Viana AT, Leão AC, Freyre C. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2007;9(1):92-100.
16. Serour M, Alqhenaei H, Al-saqabi S, Mustafa A, Ben-Nakhi A. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. *Br J Gen Pract* 2007;57(557):291-5.
17. Plapler PGP, Saron TRP, Rezende MU. Education and Physical Activity in Osteoporosis. *J Osteopor Phys Act* 2014; 2(2):2.
18. Townsend N, Wickramasinghe K, Williams J, Bhatnagar P, Rayner M. *Physical Activity Statistics*. British Heart Foundation 2015.

19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais—Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010
20. Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo; Posições oficiais 2008 da Sociedade Brasileira de Densitometria Clínica (SBDens). Arq Bras. Endocrinol. Metab 2009;53:107-12.
21. Going S, Lohman T, Houtkooper L, Metcalfe L, Flint-Wagner H, Blew R, et al. Effects of exercise on bone mineral density in calcium-replete postmenopausal women with and without hormone replacement therapy. Osteoporos Int 2003;14(8):637- 43.