

## ANÁLISE DAS AUTOAVALIAÇÕES DE SAÚDE E DO BEM-ESTAR SUBJETIVO EM PESSOAS IDOSAS FÍSICAMENTE ATIVAS E INATIVAS

Marcos Gonçalves Maciel<sup>1</sup>  
Paulo Roberto Vieira Junior<sup>2</sup>  
Giselle Alves de Moura<sup>3</sup>  
Maria Jesús Monteagudo<sup>4</sup>

**Resumo:** O objetivo desta pesquisa é analisar se há uma relação entre pessoas idosas fisicamente ativas e inativas e, as autoavaliações da saúde e do bem-estar subjetivo. Para tanto, adotamos os pressupostos da Psicologia da Saúde, da Psicologia Positiva e Epidemiologia da Atividade Física. A determinação do número de participantes foi estipulada pela técnica de saturação dos dados, sendo a escolha da amostra e das instituições participantes na cidade de Bilbao/Espanha, definida de forma intencional. Adotamos a entrevista em profundidade e as escalas de autoavaliações da saúde e do bem-estar subjetivo como instrumentos de coleta de informações. Para a interpretação dos dados foi utilizada a estatística descritiva e a análise de conteúdo. Participaram da pesquisa 18 pessoas, classificadas em dois grupos: fisicamente ativas (n=10) e fisicamente inativas (n=8), sendo em geral, oito homens e 10 mulheres, com idade entre 62 e 81 anos (70,5±5,1 anos). Os dados demonstram que ambos os construtos apresentaram autoavaliações satisfatórias, independentemente

- 1 Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Ibirité. Pós-doutor em Ocio Y Desarrollo Humano, Universidad de Deusto, Espanha; Doutor em Estudos do Lazer, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, marcos.maciell@uemg.br;
- 2 Docente do Instituto Federal de Educação, Campus Santa Luzia/MG. Doutor em Educação/PUC-MINAS; paulo.vieira@ifmg.edu.br;
- 3 Analista de Políticas Públicas – Secretaria Municipal Esportes e Lazer de Belo Horizonte; Mestre em Estudos do Lazer, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, giselle.a.moura@pbh.gov.br;
- 4 Docente da Universidad de Deusto, do Instituto de Estudios de Ocio. Doutora em Ocio Y Desarrollo Humano/ Universidad de Deusto; mjmonte@deusto.es;

do grupo de pessoas fisicamente ativas ou inativas. Concluimos que a variável atividade física analisada de forma isolada não é suficiente para determinar diferenças nas autoavaliações da saúde e do bem-estar subjetivo, sendo necessário, também, considerar outros fatores como as condições de vida oferecidas pelo poder público à população e aspectos comportamentais.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, Estilo de vida, Inatividade física.

## Introdução

O processo de envelhecimento populacional em âmbito internacional tem exigido do poder público e de instituições civis, sobretudo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias que atendam aos interesses da pessoa idosa. Essas ações visam promover a dignidade, a valorização e a qualidade de vida à essa parcela da população.

O termo qualidade de vida, também, remete-se de forma similar a outras terminologias adotadas como o bem-estar subjetivo (BES), a satisfação com a vida, o bem-estar social e a felicidade (COSTA; PEREIRA, 2007; CUADRA; FLORENZANO, 2003; GALINHA, 2008). Neste texto adotamos, sobretudo, a expressão BES. Esta caracteriza-se pela subjetividade em relação à autoavaliação da satisfação com a vida, sendo identificada por afetos positivos, como alegria, prazer e otimismo; ademais, não é apenas uma ausência de fatores negativos ou avaliação global de todos os aspectos da vida (GALINHA, 2008; NOVO, 2005). Pesquisas apontam a relação do BES com a redução do acometimento de morbimortalidade, com a manutenção satisfatória da funcionalidade e da autonomia da população idosa (SILVA E DUTRA; SILVA, 2014; SPOSITO *et al.* 2013).

Um dos aspectos que envolvem o BES é a percepção da saúde. Esta pode ser mensurada pela autoavaliação da saúde, que é uma avaliação global com base em uma análise dos aspectos objetivos e subjetivos individuais (BEZERRA *et al.* 2011). O estado “real” ou “objetivo” da saúde, incorpora as dimensões físicas, cognitivas e emocionais que podem ser mensuradas objetivamente (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003; HALFORD *et al.* 2012). Por sua vez, as subjetivações podem remeter-se às análises realizadas por Canguilhem (2009), que questionam os aspectos normativos e biológicos do discurso hegemônico da saúde. Para esse autor, a normatização é a estipulação de parâmetros clínicos comparativos da saúde; enquanto que a normalidade denota uma continuidade dinâmica caracterizada por alternâncias do processo saúde-doença para classificar o que seria considerado como saudável ou patológico.

Um dos fatores que interfere nas percepções do BES e da saúde, é o estilo de vida adotado (PELÁEZ; ACOSTA; CARRIZO, 2015). Este está relacionado aos hábitos alimentares, sono, controle do estresse, controle ponderal, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, a prática da atividade física, dentre

outros aspectos. Neste estudo nos atemos a discutir apenas sobre a variável atividade física e sua relação com os construtos em questão, o BES e a saúde em pessoas idosas.

Estudos apontam que pessoas fisicamente ativas tendem a apresentar autoavaliações mais elevadas em relação aos seus pares fisicamente inativos quanto ao BES (BIDDLE *et al.*, 2000; MONTEIRO *et al.* 2014; SANTAN, 2009; ZUMETA, 2016), assim como à saúde (BEYER *et al.* 2015; CIMARRAS-OTAL *et al.* 2014; LEÓN-PRADOS *et al.* 2011; LERA-LÓPEZ *et al.* 2017; NUVIALA *et al.* 2009; SERRANO-HUETE *et al.* 2018).

Ao considerar a relevância social de investigações que contemplem a população idosa, assim como sua relação com o BES, saúde e a estilo de vida, este estudo é norteado pela seguinte problematização: A prática da atividade física interfere nas autoavaliações do bem-estar subjetivo e da saúde em pessoas idosas? Assim sendo, o objetivo desta pesquisa é analisar se há uma relação entre pessoas idosas fisicamente ativas e inativas e, as autoavaliações da saúde e do bem-estar subjetivo.

## Metodologia

Esta investigação é do tipo qualitativa, transversal e descritiva (STRAUSS; CORBIN, 2008). A pesquisa foi realizada na cidade de Bilbao. Esta é a capital da província de *Bizkaia*, localizada na Comunidade Autônoma de *Euskadi* no País Vasco, localizado a noroeste da Espanha. A escolha das pessoas voluntárias e dos órgãos vinculados à prefeitura de Bilbao foi realizada de forma intencional.

Os órgãos participantes foram o Instituto Municipal de Deporte, denominado de Bilbao Kirolak e, a Ação de Assistência Social (AAS). O Bilbao Kirolak é responsável pela elaboração e gerenciamento de políticas públicas de esporte e lazer da cidade, assim como administra 10 complexos poliesportivos em diferentes bairros: Artxanda, Atxuri, Deusto, La Casilla, Abusu-La Peña, Miribilla, Rekalde, San Ignácio, Txurdinga, Zorroza. Em 2017, segundo dados desse órgão, um total 134.011 pessoas de diferentes faixas etárias e sexos, estavam inscritas em todas as unidades. Para além desses complexos poliesportivos, o Bilbao Kirolak ainda oferece à população bilbaína: 1) 57 zonas esportivas com 106 instalações, para 11 atividades diferentes, sendo 11

instalações cobertas; 2) 35 parques biosusáveis<sup>5</sup> para pessoas idosas, sendo que todos possuem aparelhos de ginástica para estimular a mobilidade articular e psicomotora, assim como as capacidades físicas.

Por sua vez, a AAS oferece uma série de serviços e auxílios assistenciais à população idosa. Uma dessas ações é o apoio aos programas comunitários por meio das Associações de Aposentados, que recebem subvenções públicas para o desenvolvimento de atividades de integração social, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida dessa população.

Segundo dados da AAS em 2018, haviam 54 associações de aposentados registradas em todo o município, atendendo aproximadamente 24.465 pessoas, sendo 8.146 homens e 16.319 mulheres. Cada associação possui autonomia para oferecer atividades aos seus associados de acordo com a demanda apresentada e as especificidades de suas instalações e infraestrutura. Em geral, as atividades abrangem cinco áreas de intervenção: Estimulação cognitiva, Desenvolvimento Físico, Formação Cultural, Desenvolvimento Humano e Social e Dinamização Ocupacional.

A definição do número de pessoas participantes desta pesquisa – de ambos os sexos – foi definida conforme a proposta da técnica de saturação dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008), que designa o momento em que o acréscimo de dados e das informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado. Segundo Thiry-Cherques (2009) a saturação geralmente ocorre entre a 6ª e a 12ª entrevistas. Considerando a proposta da análise de pessoas fisicamente ativas e inativas, mantivemos a paridade do número de participantes para cada grupo.

Adotamos três instrumentos para a coleta dos dados, a entrevista em profundidade e as autoavaliações do BES e da saúde. Para a realização das entrevistas foi elaborado um roteiro semiestruturado de perguntas, contemplando dados sociodemográficos e econômicos, assim como questões relacionadas à temática abordada pela pesquisa. As entrevistas foram gravadas por meio de áudio e, posteriormente transcritas para análise das informações.

Em ambas autoavaliações adotamos a escala de faces de Andrews (McDOWELL; NEWELL, 1996). Esta é composta por escala visual que contém cinco figuras de faces estilizadas representando expressões que variam de muito alegre (1) até extrema tristeza (5). A pessoa entrevistada deveria

---

5 Semelhantes a espaços/prças com áreas verdes e equipamentos para a prática de lazer, atividades esportivas e exercícios físicos.

assinalar a figura que mais se assemelha a forma como ela se sente a respeito da sua vida no último mês. Para a análise dos resultados dos dois construtos, os resultados foram agrupados da seguinte forma: As respostas correspondentes aos valores um e dois (2), foram categorizadas como positivas/satisfatórias, enquanto que as respostas referentes aos valores três (3), quatro (4) e cinco (5), como negativas/insatisfatórias.

Referente a escala de autoavaliação da saúde (FLECK *et al.* 2000), consistiu de uma única pergunta: “Como o(a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde?”. As respostas seguiram a escala de cinco itens, do tipo *Likert*. As seguintes opções de resposta foram lidas para os entrevistados: muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim; sendo que deveria ser escolhida apenas uma opção.

Para identificar a autoavaliação do BES, adotamos igualmente uma única pergunta: “Como o Sr(a) avalia o seu atual estado de bem-estar no último mês?” Foi informado às pessoas as opções: “muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim”, para a qual escolheria uma única alternativa.

A coleta de dados das pessoas fisicamente ativas ocorreu no complexo poliesportivo Txurdinga, indicado pela coordenação do Bilbao Kirolak. A opção por esse espaço justifica-se por se tratar de um ambiente que reunia o maior número de pessoas idosas matriculadas nos diferentes programas oferecidos à essa população. Como critérios de inclusão foram estabelecidos que as pessoas deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos, estar regularmente matriculadas e frequentes às aulas por pelo menos três meses. Esse período foi estipulado por ser considerado como o tempo mínimo para a formação de hábitos que permita a manutenção de uma atividade física (WEINBERG; GOULD, 2001).

Um dos investigadores compareceu às aulas de ginástica, destinadas às pessoas idosas, realizadas no referido complexo poliesportivo, em diferentes dias e horários para explicar a pesquisa e convidá-las a participarem da mesma. Em seguida, foram agendados dias e horários convenientes para a realização das entrevistas, que ocorreram nas dependências do poliesportivo.

Para a seleção das pessoas fisicamente inativas, recorreu-se às Associações de Aposentados. Novamente, um dos pesquisadores visitou algumas unidades dessas instituições para identificar pessoas voluntárias, que deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: idade a partir de 60 anos, não realizar atividade física, não ter nenhuma limitação física, clínica e/ou mental permanente que impossibilitasse a prática de atividade física. A amostra final desse perfil foi composta por pessoas associadas nos bairros de Deusto, de

Peñascal e de Errekalde. As entrevistas foram realizadas nas dependências de cada instituição.

Importante ressaltar que antes da coleta dos dados foi realizado um estudo piloto com o mesmo público para validar os procedimentos estipulados. Essa etapa validou todas as estratégias propostas, possibilitando, assim, a continuidade da pesquisa, sem a necessidade de ajustes. As entrevistas foram realizadas no mês de outubro de 2018. Todas as pessoas participantes foram informadas dos objetivos e dos procedimentos a serem adotados e, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido; para manter o anonimato das pessoas foi escolhido um nome fictício. Para a análise dos dados adotamos a estatística descritiva e a análise de conteúdo (BARDIN, 1979).

## Resultados e discussão

Participaram da pesquisa 18 pessoas, sendo oito homens e 10 mulheres, com intervalo de idade entre 62 e 81 anos (70,5±5,1). Em relação à prática da atividade física, 10 pessoas eram fisicamente ativas e oito inativas. Outros dados sociodemográficos estão demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1. Dados sociodemográficos da amostra

Categorias	Nomes	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão
<b>Fisicamente Ativas</b>	Gotzone	69	Primária completo*	Casada	Do lar
	Mari	67	Primária incompleto	Viúva	Do lar
	Emília	74	Primária Incompleto	Casada	Do lar
	Mercedes	69	Primária incompleto	Casada	Do lar
	Jose	74	Formação técnica	Casado	Mecânico
	Gabriel	68	Superior incompleto	Viúvo	Téc. Construção Civil
	Francisco	64	Bachillerato completo**	Casado	Telhadista
	German	70	Formação técnica	Casado	Mecânico
	Natividad	64	Grado superior	Casada	Bibliotecária
	Inocencia	75	Primária completo	Viúva	Do lar

<b>Fisicamente Inativas</b>	Antônio	73	Superior completo	Solteiro	Professor
	Flores	74	Primária incompleto	Viúva	Diarista
	Carmem	67	Formação técnica	Viúva	Téc. de Análise Clínica
	Pilar	71	Bachillerato completo	Divorciada	Consultora Fiscal
	Plácido	79	Primária incompleto	Casado	Motorista
	Atilano	68	Primária completo	Casado	Motorista
	Manuel	81	Primária incompleto	Casado	Lavrador
	Mari Carmen	62	Bachillerato completo	Divorciada	Operária

Fonte: Dados da pesquisa. \* Correspondente ao Ensino Fundamental. \*\*Correspondente ao Ensino Médio.

Ao comparar o perfil sociodemográfico dos dois grupos, identificamos uma similaridade entre ambos em relação: 1) Faixa etária – não houve diferença significativa ( $p > 0,5$ ); 2) Escolaridade – com a predominância de pessoas com até seis anos de escolarização, fisicamente ativas ( $n=5$ ), fisicamente inativas ( $n=4$ ); 3) Estado civil – uma proporcionalidade entre pessoas casadas e/ou viúvas.

No entanto, quanto ao item sobre a formação e atuação profissional, o grupo de pessoas fisicamente ativas apresenta o maior número de “donas de casas/do lar” ( $n=5$ ), composto por seis mulheres, todas com filho(s) e/ou filha(s), enquanto que no grupo de pessoas inativas não há nenhuma. Esse dado demonstra que no segundo grupo, formado por quatro mulheres, somente uma não teve filho(s) e/ou filha(s), dedicou-se mais às tarefas laborais. Nesse caso, essas mulheres poderiam estar envolvidas em uma dupla jornada de trabalho, em casa e no mercado de trabalho, tendo assim, menos tempo livre para se dedicar às vivências de atividade física.

No tocante ao aspecto socioeconômico, a Tabela 1 apresenta a renda mensal em relação ao estilo de vida.

Tabela 1. Renda mensal\* em relação ao estilo de vida

	≤ 600	600 a 1000	1001 a 1500	1501 a 2000	≥ 2000
Fisicamente ativa	0	4	2	2	2
Fisicamente inativa	1	1	4	1	1
Total	1	5	6	3	3

Fonte: Dados da pesquisa. \* Valores em euros.

Os dados demonstram que as pessoas classificadas como fisicamente ativas têm uma renda mensal maior que as inativas. Esse fato pode contribuir para a adesão à atividade física em virtude da necessidade, em alguns casos, de pagar pelos serviços relacionados a essas atividades.

No entanto, é importante destacar que alguns aspectos poderiam minimizar as barreiras prática da atividade física em Bilbao. Por exemplo, os complexos poliesportivos administrados pelo Bilbao Kirolak, embora públicos, cobram mensalidades, ainda que um pouco menores do que os valores praticados por academias e/ou estúdios de ginástica. Isso amplia o acesso às pessoas interessadas nessa prática. Ademais, quando há pessoas que não tem condições financeiras para arcar parcial e/ou integralmente com as mensalidades, o referido órgão concede a isenção desses valores, o que representa uma política social de democratização ao acesso à essas atividades.

Além disso, esses complexos poliesportivos estão localizados em diferentes regionais da cidade, assim como o acesso aos mesmos é facilitado por um bom sistema de transporte (metrô e/ou ônibus). Para além desses complexos, a cidade oferece outros espaços e equipamentos públicos de esporte e lazer, por exemplo, parques, pistas de caminhada, ciclovias e equipamentos de ginástica em ótimo estado de conservação em todas as regiões. Enfim, ao considerar esses aspectos, inúmeras barreiras externas ou estruturais que justificariam a inatividade física são significativamente reduzidas.

A respeito dos resultados das autoavaliações da saúde e do BES, a Tabela 2, apresenta os dados de acordo com o estilo de vida.

Tabela 2. Autoavaliações de saúde e do BES em relação ao estilo de vida.

Estilo de vida	Autoavaliação de Saúde	Autoavaliação do BES
Fisicamente ativo	Satisfatório (n=10)	Satisfatório (n=10)
Fisicamente inativo	Satisfatório (n=08)	Satisfatório (n=08)
Total	N=18	N=18

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação às autoavaliações, de forma unânime os participantes avaliaram satisfatoriamente esses construtos, independente do grupo referente ao estilo de vida. Esses resultados não corroboram com diversos estudos realizados com as mesmas características, tendo em vista que o grupo fisicamente ativo apresenta melhores autoavaliações nos resultados desses construtos em relação ao fisicamente inativo (BALBOA-CASTILLO *et al.* 2011; BOHÓRQUEZ

*et al.* 2014; GUILLÉN; ÂNGULO, 2016; OLIVA *et al.* 2013; JIMÉNEZ *et al.* 2017; JODRA; MATÉ-MUÑOZ; DOMÍNGUEZ, 2019). Assim, algumas reflexões são necessárias.

Perguntamos o motivo pelo qual as pessoas atribuíram a si tal autoavaliação. A partir dos depoimentos, classificamos as principais respostas em categorias. Importante ressaltar que o número de respostas é superior ao da amostra, pois algumas pessoas manifestaram mais do que uma ideia a respeito da pergunta. Em relação ao BES, ao todo foram dadas 22 respostas: 1) Satisfação (com a vida e/ou com o que faz: n=10); 2) Boas relações sociais (amigos e/ou familiares: n=4); 3) Saúde (não ter doença: n=3); 4) Necessidades atendidas (financeiras: n=3);

Diversas: n=2 (tem pessoas piores n=1; insatisfação com a saúde, essa pessoa está aguardando por uma intervenção cirúrgica ortopédica: n=1).

Os dados demonstram que a amostra investigada conseguiu alcançar uma realização pessoal que repercutiu positivamente na satisfação com a vida, que remete à felicidade. Ferraz, Tavares e Zilberman (2007) alegam que o sentimento de felicidade está associado aos estados afetivos positivos, como o contentamento, a resiliência, o otimismo, a gratidão e a qualidade de vida. Dessa forma, segundo os referidos autores, esse sentimento reflete um maior número de experiências satisfatórias na vida como o amor, a alegria, a saúde, a saciedade, o prazer sexual, o contentamento, a segurança e a serenidade.

Esse fato corrobora com as demais respostas satisfatórias apresentadas pela amostra estudada. Além disso, é pertinente destacar as satisfatórias condições relacionadas à qualidade de vida oferecidas pelo poder público na cidade de Bilbao. Esta é certificada pela OMS como “Cidade Amiga do Idoso”, assim como foi reconhecida como a melhor cidade europeia para se viver em 2018, segundo a organização *The Academy of Urbanism*.

Esses fatos são reflexos diretos da qualidade dos serviços oferecidos pelo poder público municipal, por exemplo, transporte, residências para idosos, serviços comunitários, espaços e equipamentos de lazer, acessibilidade; assim como o respeito, a valorização e a inclusão social a essa população. Ademais, a amostra investigada participa de grupos de convivência assistidos por órgãos municipais que contam com um plano de intervenção específico, oferecendo um relevante suporte social a essa população.

Esses aspectos podem ter contribuído positivamente para o resultado encontrado neste estudo, pois os dados apontam que ambos os grupos investigados apresentaram a mesma avaliação satisfatória quanto ao BES; em outras

palavras, as pessoas fisicamente inativas se autoavaliaram tão bem quanto as fisicamente ativas.

Foi perguntado às pessoas se a atividade física poderia melhorar seu bem-estar. Quase todos responderam positivamente (n=16); somente duas pessoas fisicamente inativas disseram que “talvez”. A partir das respostas, fizemos uma categorização: 1) Satisfação (sentir-se bem e/ou diversão, n=7); 2) Saúde (física, mental e/ou redução de dores, n=6); 3) Socialização (n=3). Ao solicitar que justificassem as respostas dadas, as duas pessoas que responderam “talvez”, alegaram que não tiveram experiências anteriores a essa vivência, enquanto as demais, mesmo as fisicamente inativas, relataram experiências prévias satisfatórias.

Do grupo de pessoas fisicamente inativas, três pessoas não estavam praticando nenhuma atividade. Destas, duas estavam em processo de recuperação de cirurgias ortopédicas, aguardando a liberação médica para voltarem à prática da atividade física. Uma terceira pessoa estava esperando a realização de uma cirurgia, também ortopédica, para igualmente retomar a atividade física. Assim, do total de oito pessoas fisicamente inativas, três tiveram experiências satisfatórias com a atividade física e, pretendiam retornar a fazê-la assim que possível.

Esse fato chama a atenção sobre a importância da promoção de vivências significativas e agradáveis relacionadas a essa prática, ao longo da vida, como forma de despertar o interesse pela mesma em etapas posteriores, inclusive na terceira idade (SANTANA RODRÍGUEZ, 2016; VAQUERO-BARBA; ELEJALDE; GRACIANO, 2015; ZUMETA *et al.* 2016). Diante dos dados apresentados, inferimos a necessidade de investigar sobre o histórico de vida das pessoas e sua relação com a atividade física, assim como os motivos pelos quais fazem ou não uma atividade física. Compreender esses aspectos contribui para uma visão ampliada sobre a relação dessa prática com o construto do BES.

Em relação às diferenças encontradas neste estudo, comparadas com outros similares, destacamos algumas pesquisas para reflexão dos resultados. Monteiro *et al.* (2015) estudaram 76 pessoas idosas em Portugal, de ambos os sexos (34% do sexo masculino e 65% do sexo feminino), com idades compreendidas entre 64 e 99 anos de idade (77,5±8,82). Os autores usaram as versões portuguesas das escalas *Subjective Happiness Scale*, *Satisfaction With Life Scale* e do *Positive and Negative Affect Schedule*. O estudo constatou que as

peças praticantes de atividade física apresentavam níveis globais mais elevados do BES e de felicidade em relação aos seus pares fisicamente inativos.

Outra investigação realizada em Portugal teve como objetivo comparar o nível de qualidade de vida entre participantes de programas formais de atividade física e não participantes, por meio da versão curta do questionário SF36. O estudo contou com 88 pessoas idosas, sendo 42 fisicamente inativas e 46 fisicamente ativas. Os autores concluíram que a participação em programas de atividade física melhora a qualidade de vida relacionada com a saúde (MOTA *et al.* 2006).

Estudos comparativos realizados na Espanha envolvendo pessoas fisicamente ativas e inativas e a percepção do BES, demonstraram que a primeira categoria de pessoas relatou melhores índices de autoavaliação desse construto. Os autores concluíram que ser fisicamente ativo influencia positiva e diretamente nas relações interpessoais, no autoconceito, na independência pessoal e na felicidade (BALBOA-CASTILLO *et al.* 2011; BOHÓRQUEZ *et al.* 2014; GUILLÉN; ÂNGULO, 2016; OLIVA *et al.* 2013). No entanto, esses autores adotaram respectivamente os seguintes instrumentos para avaliação da qualidade de vida e do BES em suas pesquisas: WHOQOL-brief; Escala de Felicidade de Godoy-Izquierdo, Lara, Vázquez, Araque y Godoy (2006); Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryaf; Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryaf.

Para além da autoavaliação, também, perguntamos o que a amostra compreendia como sendo o bem-estar. Algumas pessoas deram mais do que uma resposta, totalizando 24 declarações. Mediante a análise das palavras chave, criamos algumas categorias: 1) Estar bem (consigo, com a vida e/ou ser feliz: n=9); 2) Saúde (não ter dores e/ou doenças: n=6); 3) Relações sociais e afetivas (socialização e/ou “ter os familiares bem”: n=6); 4) Ter as necessidades básicas atendidas (alimentação, moradia e/ou segurança: n=2); 5) Não souberam responder (n=1).

As respostas apresentadas reforçam os aspectos subjetivos atribuídos ao BES (GALINHA; PAIS RIBEIRO, 2005; McCULLOUGH; HEUBNER; LAUGHLIN, 2000; SIRGY, 2002), assim como corroboram às respostas anteriormente relatadas por este estudo quando se solicitou a justificativa dada à autoavaliação do bem-estar.

Entendemos que essa subjetivação contribui para a identificação de um processo de envelhecimento satisfatório, permeado pela manutenção da funcionalidade e autonomia, e a baixa associação com quadros degenerativos

físico e/ou mental que podem acometer a essa população (SILVA E DUTRA; SILVA, 2014).

A respeito da autoavaliação da saúde, todos da amostra estavam satisfeitos com seu atual estado de saúde, mesmo as pessoas que relataram enfermidades. Esses dados apresentam peculiaridades em relação a outros estudos realizados na Espanha tendo em vista a inexistência de diferenças na percepção autorreferenciada da saúde entre as pessoas fisicamente ativas e inativas.

Jiménez *et al.* (2017) analisaram a situação funcional e a autoavaliação da saúde em 487 pessoas, entre adultas e idosas ( $66,6 \pm 11,7$  anos), classificadas como fisicamente ativas e inativas, portadoras de algum tipo de artrose na cidade de Albacete/Espanha. O estudo concluiu que a situação funcional e a saúde autorreferenciada eram superiores em pessoas fisicamente ativas em relação às fisicamente inativas, independentemente do número de articulações afetadas e de suas características sociodemográficas.

Jodra, Maté-Muñoz e Domínguez (2019) investigaram 130 pessoas fisicamente ativas e inativas, moradoras na cidade de Madri, com idade entre 63 e 75 anos ( $67,3 \pm 3,1$ ). O objetivo foi analisar a relação existente entre a autoestima e as dimensões de autoconceito físico, autoavaliação da saúde e sua relação com o nível de atividade física. O estudo concluiu que a referida prática contribuía para manter um estado da saúde adequado e uma qualidade de vida positiva. Além disso, as pessoas fisicamente ativas associaram a autoestima como uma vertente mais emocional e psicológica do que física, enquanto que as pessoas fisicamente inativas associaram a autoestima mais com as variáveis físicas.

Por meio de um inquérito telefônico nacional, Lera-López *et al.* (2017) investigaram 765 pessoas moradoras na Espanha, com idade entre 50 e 70 anos, com o objetivo de analisar os possíveis efeitos da atividade física sobre a autoavaliação da saúde. O estudo concluiu que a prática da atividade física interfere positivamente no autorreferenciamento da saúde.

Enfim, os resultados encontrados na amostra em Bilbao, entre as pessoas fisicamente ativas, corroboram com os estudos citados. No entanto, aponta nuances em relação às pessoas fisicamente inativas, pois apresentam a mesma percepção satisfatória da saúde em relação ao grupo anterior. Esse fato pode estar associado à subjetivação sobre o entendimento da saúde, distinguindo-se da concepção hegemônica biologicista e, aproximando-se mais da perspectiva defendida por Canguilhem (2009). Em outras palavras, a saúde não se restringe ao equilíbrio das funções orgânicas, das normatizações.

Para além da autoavaliação, foi perguntado às pessoas o que entendiam sobre saúde. A partir dos depoimentos criamos uma categorização das palavras chave que expressavam tal entendimento: 1) Ausência de doença e/ou dores (n=13); 2) Sentir-se bem (física e/ou espiritualmente) (n=5); 3) Fazer o que deseja (manter a funcionalidade (n=2); 4) É tudo na vida (n=2); 5) Diversos: ter alegria, boa alimentação e/ou fazer atividade física (n=3). Para além dessa pergunta, também, solicitamos às pessoas que relatassem se tinham alguma enfermidade identificada. Somente oito pessoas disseram não ter nenhuma enfermidade (quatro pessoas de cada grupo), enquanto 10 afirmaram o oposto (5 pessoas de cada grupo): 1) Dores musculoesqueléticas (n=5): lombar, joelho e/ou artrose; 2) Doenças crônicas não transmissíveis (n=2): alteração na taxa de colesterol; 3) Diversas (n=4): alteração na próstata, hipertireoidismo, asma e enxaqueca.

Os dados demonstram similaridades no diagnóstico de enfermidades entre os grupos, ou seja, o fato de ser fisicamente ativo ou inativo, não está relacionado com o acometimento de enfermidades na amostra estudada, assim como no autorreferenciamento da saúde.

Embora as respostas mais comuns sobre o entendimento de saúde (n=13) corrobore ao do senso comum, como ausência de doença, também, relaciona-se com a percepção de uma subjetivação (“sentir-se bem”, “fazer o que deseja”, “é tudo na vida”). Em outras palavras, mesmo que a pessoa apresente alguma alteração clínica dos parâmetros de saúde, a subjetivação da saúde prevalece sobre a normatização.

Canguilhem (2009) tendo como referência a perspectiva do conceito normativo, questiona a definição da saúde a partir do estado patológico. Esse conceito considera o julgamento de apreciação ou a qualificação conforme uma norma que também estará subordinada a quem a institui, isto é, de forma arbitrária, segundo os parâmetros e as perspectivas de quem os determinam.

Nesse sentido, buscando compreender uma possível associação a respeito da atividade física e saúde, perguntamos às pessoas qual o entendimento que elas tinham sobre essa questão. Ao total 16 pessoas percebiam que a atividade física pode contribuir para a melhoria da saúde, e duas pessoas, ambas fisicamente inativas, responderam que talvez pudesse contribuir. As respostas foram categorizadas em: 1) Melhorar a saúde (n=9) física e/ou mental; 2) Prevenir doenças/dores (n = 3); 3) Sentir-se bem (n=3); 4) Não piorar a saúde (n=2); 5) Diversas (n=5) (Melhorar a socialização e/ou desenvolvimento pessoal n=4, não soube responder n=1).

Os dados demonstram que a maioria das pessoas fisicamente inativas (n=6) tem a consciência de que a atividade física pode contribuir para a melhoria da saúde. No entanto, não a realiza, embora tenham tempo livre, mantenham suas capacidades funcionais e sua autonomia, assim como há possibilidades de participar das mesmas nos espaços e/ou nos equipamentos de esporte e lazer disponibilizados pela prefeitura. A análise desse aspecto extrapola o objetivo desta pesquisa.

## Considerações finais

O objetivo desta pesquisa é analisar se há uma relação entre pessoas idosas fisicamente ativas e inativas e, as autoavaliações da saúde e do bem-estar subjetivo. Os dados demonstram uma unanimidade em ambos os grupos em relação às avaliações satisfatórias dos dois construtos independentemente do estilo de vida adotado, isto é, ser fisicamente ativo ou inativo. Nesse sentido, a compreensão da temática em questão requer uma análise ampliada, envolvendo outras variáveis para além do estilo de vida adotado.

Em relação ao BES, inferimos que o fato da amostra investigada viver em uma cidade que oferece boas condições para o desenvolvimento da qualidade de vida de sua população, contribuiu de forma significativa para a identificação dos resultados encontrados. Nessa perspectiva, podemos citar como exemplos, a participação em grupos sociais, a segurança social, a assistência médica adequada, a baixa criminalidade, entre outros aspectos que garantam uma vida digna à população idosa.

A respeito da autoavaliação da saúde, o fato de algumas pessoas apresentarem enfermidades diagnosticadas, em ambos os grupos, não influenciou negativamente nos resultados, ou seja, esse fato remete à subjetivação do processo saúde-doença. Assim sendo, o diagnóstico de alteração clínica e o desequilíbrio da normatização, desde que não alterem a funcionalidade das pessoas, não interferiu negativamente na autoavaliação da saúde.

Dessa forma, os dados reforçam o questionamento dos aspectos referentes à normatização da saúde – estipulação de parâmetros anátomo-fisio-patológicos – e a normalidade – que denotam uma continuidade dinâmica da saúde caracterizada por alternâncias no processo saúde-doença – para determinar o que seria saudável e/ou patológico. Assim, na perspectiva da amostra estudada, ser saudável é manter a funcionalidade e o bem-estar.

Esta investigação descreveu algumas nuances quanto ao objetivo proposto, acrescentando novas reflexões em relação à outras pesquisas com características semelhantes. No entanto, devemos considerar algumas limitações encontradas em seu desenvolvimento: a escolha intencional dos locais e da amostra; o pequeno número de participantes devido ao método de saturação de dados; o desenho transversal do estudo. Dessa forma, para a realização de novas pesquisas com características similares, propomos adotar uma análise quali-quantitativa, usando questionários/escalas e a entrevista em profundidade, uma amostra representativa, ampliar os locais de coleta de dados, e a análise das condições de vida da população.

### **Agradecimentos:**

À Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais pela bolsa de estudos ao primeiro autor para a realização do Pós-doutorado, referente ao Programa de Capacitação de Recursos Humanos da Universidade do Estado de Minas Gerais.

## Referências

BALBOA-CASTILLO, T.; LEÓN-MUÑOZ, L. M.; GRACIANI, A.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO F.; GUALLAR-CASTILLÓN, P. Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v.9, n. 47, p. 1-10, jun. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 225 p.

BEYER, A. K.; WOLFF, J.K; WARNER, L.; SCHÜZ, B., WURM, S. The role of physical activity in the relationship between self-perceptions of ageing and self-rated health in older adults. **Psychology & Health**, Davenport, v.30, n. 6, p. 671-685, feb. 2015.

BEZERRA, P. C. L.; OPITZ, S. P.; KOIFMAN, R. J.; MUNIZ, P. T. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.12, p.:2441-2451, dez. 2011.

BIDDLE S, FOX K. R.; BOUTCHER S. H., (eds): **Physical Activity and Psychological Well-Being**. New York: Routledge, 2000, 205 p.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.154 p.

CIMARRAS-OTAL, C., CALDERÓN-LARRAÑAGA, A., POBLADOR-PLOU, B., GONZÁLEZ-RUBIO, F., GIMENO-FELIU, L. A., ARJOL-SERRANO, J. L. *et al.* Association between physical activity, multimorbidity, self-rated health and functional limitation in the Spanish population. **BMC Public Health**, London, v.14, n.1170, p.1-10, nov. 2014.

COSTA, L. S. M. da; PEREIRA, C. A. A. P. Bem-Estar Subjetivo: aspectos conceituais. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 72-80, jun. 2007. Diener, E., Suh, E.M, & Oishi, S. (1997). Recent Findings

on Subjective Well-Being. University of Illinois. Retrieved June, 7, 2005, from <http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/hottopic/paper12.htm>

CUADRA H. L.; FLORENZANO R. U. El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. **Revista de Psicología de la Universidad de Chile**, Santiago, vol. 12, n.1, p.83-96, 2003.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p.178-183, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>. Acesso em: 04 de Dez. 2016.

FRANKS, P.; GOLD, M. R.; FISCELLA, K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. **Social Science & Medicine**, Oxford, v.56, n. 12, p.2505-2514, jun.2003.

GALINHA, I. C. **Bem-estar Subjetivo**: factores cognitivos, afectivos e contextuais: Coimbra: Quarteto, 2008. 256 p. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Iolanda\\_Galinha/publications?pubType=book](https://www.researchgate.net/profile/Iolanda_Galinha/publications?pubType=book). Acesso em: 04 de dez. 2016.

GALINHA, I. C.; PAIS RIBEIRO, J. L. História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v.6, n. 2, p. 203-214, jan. 2005. González-Serrano, Ginés; Huéscar Hernández, Elisa; Moreno-Murcia, Juan Antonio. Satisfacción con la vida y ejercicio físico. Motricidad. *European Journal of Human Movement*, vol. 30, junio-, 2013, pp. 131-151.

HALFORD, C.; WALLMAN T.; WELLIN, L. *et al.* Effects of self-rated health on sick leave, disability pension, hospital admissions and mortality. A population-based longitudinal study of nearly 15,000 observations among Swedish women and men. **BMC Public Health**, London, v.12, n.1103, dec.2012.

JIMÉNEZ A. C. L. V.; HIDALGO, J. L. T.; ATIENZA, E. M. G.; RUIZ, M. S. N.; CERÓN, I. H.; LA ROSA, L. M. Situación funcional, autopercepción

de salud y nivel de actividad física en pacientes con artrosis. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 49, n.4, p.224-232, apr. 2017.

JODRA, P.; MATÉ-MUÑOZ, J. L.; DOMÍNGUEZ, R. Percepción de salud, autoestima y autoconcepto físico en personas mayores en función de su actividad física. **Revista de Psicología del Deporte**, Barcelona, v. 28, n. 2, p.127-134, 2019.

LEÓN-PRADOS, J. A.; FUENTES, I.; GONZÁLEZ-JURADO, J. A.; FERNÁNDEZ, A.; COSTA, E.; RAMOS, A. M. Actividad física y salud percibida en un sector de la población sevillana; estudio piloto. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte**, Madrid, vol. 10, n. 41, p.164-180, mar. 2011.

LERA-LÓPEZ, F.; GARRUES IRISARRI, M. A.; OLLO-LÓPEZ, A.; SÁNCHEZ IRISO, E.; CABASÉS HITA, J. M. Y SÁNCHEZ SANTOS, J. M. Actividad física y salud autopercebida en personas mayores de 50 años. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte**, Madrid, v.17, n. 67, p.559-571, set. 2017.

McCULLOUGH, G.; HEUBNER, E.S.; LAUGHLIN, J. Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. **Psychology in the Schools**, v. 37, n. 2, p. 281-290, may 2000.

McDOWELL I., NEWELL C. **Measuring health**: a guide to rating scales and questionnaires, 2nd ed., New York; Oxford: Oxford Univ, 1996, 523 p.

MONTEIRO, C.; DIAS, C.; CORTE-REAL, N.; FONSECA, A. M. Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: Um estudo com idosos. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, Porto, v. 14, n. 1, p.57-76, mar. 2014.

MOTA, J.; RIBEIRO J. L. *et al.* Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.20, n.3, p.219-25, jul./set. 2006.

NOVO, R. F. Bem-estar e psicologia: conceitos e propostas de avaliação. **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica**, Coimbra, v.20, n. 2, p.183-203. 2005.

NUVIALA NUVIALA, A.; GRAO CRUCES, A.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A.; ALDA SCHÖNEMANN, O.; BURGÉS ABAD, J.A.; JAUME PONS, A. Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte**, Madrid, v. 9, n. 36, p.414-430, dic. 2009.

OLIVA, A. J. DE; MENDIZÁBAL M. R. L.; ASECIO E. N. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. **Pedagogia Social Revista Interuniversitaria**, n.22, p. 153-168, jul. 2013.

PELÁEZ, E.; ACOSTA, L. D.; CARRIZO, E. D. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. **Revista Cubana de Salud Pública**. La Habana, v. 41, n.4, p. 638-648, ago. 2015.

SANTANA RODRÍGUEZ, A. Influencia de la actividad física en el bienestar psicológico del mayor. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, Badajoz/ España, v. 1, n. 2, p. 301-306, oct. 2016.

SERRANO-HUETE, V.; LOZANO-AGUILERA, E.; TERÁN-TORRES, M. C.; LAREDO-AGUILERA, J. A.; PÁRRAGA-MONTILLA, J. A. Efectos sobre la autopercepción en personas mayores de 60 años de un programa de actividad física en el agua. **Revista Iberoamericana de Actividad Física y del Deporte.**, Málaga, v. 7, n. 2, p.128-136, jul. 2018.

SILVA E DUTRA, F. C.; SILVA, H. R. O. Bem-estar subjetivo, funcionalidade e apoio social em idosos da comunidade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 775-791, dez. 2014.

SIRGY, M. J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. Strack, F., Argyle, M., & Schwarz, N. (1991). *Subjective Well-Being: An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press.

SPOSITO G.; D'ELBOUX M. J.; NERI A. L.; GUARIENTO M. E. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.12, p.3475-3482, dez. 2013.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. M. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 288 p.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: Estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Revista PMKT**, São Paulo, v.2, n.2, p. 20-27, set. 2009. Disponível em: [http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista\\_PMKT\\_003\\_02.pdf](http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf). Acesso em: 25 de jan. 2016

VAQUERO-BARBA, A.; GARAY-IBÁÑEZ-DE-ELEJALDE, B.; RUIZ-DE-ARCAUTE-GRACIANO, J. La importancia de las experiencias positivas y placenteras en la promoción de la actividad física orientada hacia la salud. **Ágora para la Educación Física y el Deporte**, Valladolid/España, v. 17, n.2, p.168-181, mayo-ago. 2015.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D.; DE ROSE JUNIOR, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 560 p.

ZUMETA, L. N.; BASABE, N.; TELLETXE, A. A.; BOBOWIK M. Flujo compartido en actividades colectivas físico-deportivas y bienestar subjetivo. **European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, España, v. 6, n. 3, p. 123-138, dec. 2016.