



VI CONGRESSO
INTERNACIONAL DE
ENVELHECIMENTO HUMANO

**CORRELAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO PARA A PRÁTICA DE
ATIVIDADE FÍSICA, PERCEPÇÃO SUBJETIVA DE SAÚDE,
ANSIEDADE E ESTRESSE DE MULHERES IDOSAS
FUNCIONALMENTE ATIVAS**

Anderson da Silva Honorato ¹
Bruna Prado Gomes ²
Renata Pires Tricanico Maciel ³
Denilson de Castro Teixeira ⁴

INTRODUÇÃO

O acentuado declínio de fecundidade combinado com a redução da mortalidade acarretou um crescimento no processo de envelhecimento populacional no Brasil (MALTA et al., 2008). Em 2010 tínhamos 8,6% de idosos no País, em 2020 passará para 13%, podendo chegar a 20% da população em 2050 (BRASIL, 2010; IBGE, 2010). Esse novo perfil populacional requer adoção de políticas públicas e sociais que atendam essa demanda. O envelhecimento é considerado um fenômeno complexo, por depender de uma série de fatores biopsicossociais inter-relacionados, que sofrem alterações em momentos e velocidades diferentes (TEIXEIRA et al., 2007; LOYOLA, et al., 2018). Entretanto, a condição de longevidade associa-se à fragilização pelo envelhecimento, deixando o idoso mais vulnerável ao desenvolvimento de demências, incapacidades físicas e mentais (POLARO et al., 2013; CAMPOS et al., 2016).

Dentre as alterações psicossociais e emocionais que ocorrem com o envelhecimento (GUIMARÃES et al., 2011), o bem estar psicológico e subjetivo (MAYORDOMO et al., 2016) e o aumento da ansiedade (CASEMIRO, et al., 2016) podem aumentar a percepção de estresse (SANTOS et al., 2015), visto que não é a qualidade do evento que o classificará como estressor, mas sim a maneira como é percebido e interpretado pelo indivíduo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), além de poder, a longo prazo, influenciar no declínio das capacidades funcionais, cognitivas e consequentes prejuízos na qualidade de vida dessa população (GULLICH et al., 2016).

A percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde é um importante marcador do seu bem-estar e qualidade de vida, sendo útil para avaliar as necessidades de saúde e prever sua sobrevivência (SILVA et al., 2014). A maneira como o indivíduo lida com seu estado de saúde determinará seu comportamento, escolhas e modo de viver (JÓIA et al., 2008). Vale acrescentar que a percepção subjetiva de saúde é considerada confiável e

¹ Doutorando do Programa de Pós graduação em Educação Física da Universidade Estadual de Londrina – UEL, Professor do Instituto Federal de Santa Catarina – IFSC, anddhonorato@gmail.com;

² Mestranda do Programa de Pós graduação em Educação Física da Universidade Estadual de Londrina – UEL, brunapradofisio@hotmail.com;

³ Mestranda pelo Curso de Ciências da Reabilitação da Universidade Estadual de Londrina – UEL, renataptrica@hotmail.com;

⁴ Professor orientador: Doutor, Universidade Estadual de Londrina – UEL, denict.9@gmail.com;

válida frente a outras medidas mais complexas da condição de saúde, apesar do seu caráter subjetivo, mostrando-se consistente em estudos populacionais (PIMENTA et al., 2010).

A autoeficácia percebida relacionada à prática de atividade física pode ser entendida como a capacidade de se manter fisicamente ativo mesmo diante de impedimentos que possam vir a surgir, tais como más condições climáticas e falta de tempo (BARROS; IAOCHITE, 2012). A aplicação da teoria da autoeficácia tem sido usada em muitos programas de intervenção, uma vez que quando aumentada essa crença dos indivíduos, é possível facilitar a aderência a programas de atividade física (LEE et al., 2008). A avaliação da autoeficácia se faz importante pois a prescrição de exercícios também deveria focar este aspecto psicológico, uma vez que essas prescrições têm focado apenas aspectos fisiológicos (BARNETT; SPINKS, 2007).

Desta forma o estudo tem por objetivo analisar as possíveis correlações entre os as variáveis autoeficácia para a prática de atividade física com a percepção subjetiva de saúde, ansiedade e estresse de mulheres idosas funcionalmente ativas.

MATERIAIS E MÉTODOS

A investigação apresentou características de estudo descritivas de caráter quantitativo, onde após o recrutamento inicial por meio de anúncios em jornais e rádio, além da distribuição de folhetos na região central da cidade de Londrina, 71 mulheres idosas entre 60 e 89 anos, participantes de um programa de treinamento resistido, mas aparentemente saudáveis, foram selecionados para participar deste estudo por meio de entrevistas individuais e avaliação da história clínica.

Os critérios para inclusão estabelecidos foram: participantes clinicamente saudáveis, e que precedendo o início deste estudo, não estavam envolvidas na prática regular de atividade física sistemática mais de um dia por semana nos últimos seis meses.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receberem informações sobre o objetivo e os procedimentos do estudo aos quais seriam submetidas.

Trata-se de uma avaliação diagnóstica do “Estudo Longitudinal Envelhecimento Ativo”. Os questionários foram aplicados em forma de entrevista no mês de março de 2018.

A Percepção Subjetiva de Saúde foi obtida por meio do autorrelato dos participantes sobre como cada um considerava sua própria saúde. A partir da pergunta: na sua avaliação como está sua saúde? excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim?, o entrevistador marcava apenas uma das cinco opções de resposta. Após a coleta de dados, percebeu-se que as respostas poderiam ser transformadas em dicotômicas, assim, excelente, muito boa e boa formaram um grupo referente à percepção “positiva”, enquanto ruim e muito ruim formaram o grupo referente à percepção “negativa”.

A autoeficácia para a prática de atividade física foi avaliada pela Escala de Avaliação de Autoeficácia para a Prática de Atividade Física (RECH et al, 2011) que é composta por cinco itens com respostas dicotômicas (“não” versus “sim”) e representa a crença na confiança em realizar atividade física mesmo quando existem barreiras para essa prática, como por exemplo, falta de tempo, frio, cansaço, etc. Além disso, considerando que a autoeficácia é específica para cada comportamento, utilizou-se a escala de acordo com diferentes intensidades de atividade física (caminhada e atividade física de intensidade moderada e vigorosa). O escore geral da escala varia de “zero” a “cinco” pontos, sendo que escores mais elevados refletem maior autoeficácia para atividade física.



Para avaliar os níveis de estresse foi utilizada a Escala de Estresse Percebido (PSS) (LUFT et al., 2007). A PSS possui 14 itens com respostas em escala tipo *Likert* de cinco pontos e escore final entre 0 e 56 pontos. Os itens são divididos em sete negativos (Fator 1: 1, 2, 3, 8, 11, 12 e 14) e sete positivos (Fator 2: 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13). Os positivos são submetidos ao procedimento recode para cálculo do escore final (0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0), sendo que uma pontuação maior indica maior a percepção de estresse.

O Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) (MARTINY et al., 2011), foi aplicado para avaliar os níveis de ansiedade da amostra. Este instrumento é composto por 20 questões, respondidas em sim ou não, sendo que cada resposta sim irá somar um ponto ao escore final do indivíduo. Pontuações iguais ou superiores a 10 pontos classificam o idoso como estando com suspeita de ansiedade generalizada.

Os dados obtidos foram tratados por meio de estatística descritiva, apresentados em forma de Mediana (Md) e Quartis (Q1; Q3), por não apresentarem distribuição normal. Verificou-se a normalidade dos dados por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para comparar as variáveis percepção de saúde, autoeficácia, estresse e ansiedade foi utilizado o Teste Prova U de *Mann Whitney*. A fim de verificar as relações existentes entre as variáveis, foi utilizado o teste de Coeficiente de Correlação de *Spearman*. A significância das análises foi assumida quando $p < 0,05$. Os dados foram tratados utilizando o programa SPSS for Windows, versão 2.0.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nota-se que as idosas demonstraram uma autoeficácia elevada (Md=7,0), bem como uma elevada percepção subjetiva de saúde (Md=21,0) e um menor nível de estresse (Md=15,0). No que se refere à ansiedade os idosos apresentaram um baixo índice de ansiedade generalizada (Md=4,0). Os dados do nosso estudo corroboram com os estudos encontrados na literatura (Guimarães et al 2011; Oliveira et al 2017), onde observaram que idosos que praticavam atividade física possuíam uma menor nível ansiedade-traço do que os que não praticavam, demonstrando assim que a prática regular de atividade física melhora a ansiedade.

Quando relacionadas as variáveis, foi encontrada diferenças estatisticamente significativas com correlação moderada entre ansiedade e percepção subjetiva de saúde ($r=0,504$), ansiedade e tempo de estudos ($r=-0,313$), correlação fraca entre percepção subjetiva de saúde e estresse ($r=0,243$), bem como para ansiedade e autoeficácia ($r=-0,375$) e correlações muito fracas entre estresse e ansiedade ($r=0,021$), autoeficácia e percepção subjetiva de saúde ($r=-0,148$) e autoeficácia e estresse ($r=-0,052$). Nota-se que algumas correlações foram negativas, como autoeficácia com ansiedade, percepção subjetiva de saúde e estresse, do mesmo modo com ansiedade e tempo de estudo. Oliveira et al. (2017) também observaram que fatores psicológicos, como ansiedade, influenciam a satisfação com a vida de idosos. São diversos os fatores que podem interferir na percepção do idoso com relação à sua vida. Os arranjos familiares, o nível socioeconômico, as condições de saúde, processos de saúde-doença, entre outros, podem ser alguns deles. Esta variável também pode sofrer influências positivas do alto grau de satisfação do idoso no que se refere ao arranjo familiar em que habitam e com o bom convívio com esses coabitantes, corroborados pelos relatos de que a coresidência seja uma forma de vivência vantajosa para ambos. Isto pode tornar a família do idoso uma importante aliada na construção de um envelhecimento saudável (SILVA, PINTO JUNIOR, VILELA, 2009).



Ao comparar a percepção subjetiva de saúde com o nível de estresse evidenciou-se que uma percepção ruim de saúde está relacionada ao maior nível de estresse ($p=0,029$). Para as demais variáveis não foram identificadas diferenças significativas. Silva et al (2014) encontraram que a maioria da população que estudou apresentou uma percepção subjetiva de saúde negativa, porém seu objetivo estava relacionada principalmente a doenças crônicas e não com relação a prática de atividade física como o nosso.

O envelhecimento envolve muitos fatores que vão desde biológicos, sociais, individuais até psicológicos. Nesse aspecto, para qualidade de vida e saúde do idoso surgem problemas que são comumente enfrentados por essa população e a prática de atividade física vem para melhorar esses fatores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral constatou-se que as idosas apresentam uma autoeficácia elevada e um menor índice de estresse e ansiedade generalizada. No entanto, observou-se relação entre os níveis de ansiedade e percepção subjetiva de saúde, em que baixos níveis de ansiedade levam a uma percepção de saúde positiva. Evidenciou-se que uma percepção ruim de saúde está relacionada ao maior nível de estresse. Além disso, constatou-se que quanto maior o índice de estudo menor é a ansiedade evidenciada nos idosos.

Palavras-chave: Autoeficácia, Saúde, Ansiedade, Estresse, Idoso.

REFERÊNCIAS

Barnett F, Spinks, WL. Exercises el efficacy of post menopausal women resident in the tropics. *Maturitas*. 2007; 58(1), 1-6.

Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEA. PNAD 2009 – Primeiras Análises: Tendências Demográficas; 2010.

Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016; 24:e2724.

Casemiro FG, Rodrigues IA, Dias JC, Alves LCS, Inouye K, Gratão ACM. Impact of cognitive stimulation on depression, anxiety, cognition and functional capacity among adults and elderly participants of an open university for senior citizens. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(4):683-94.

Fundação IBGE. Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultado do universo. Rio de Janeiro; 2010.

Guimarães ACA, Pedrini A, Matte DL, Monte FG, Parcias SR. Ansiedade e parâmetros funcionais respiratórios de idosos praticantes de dança. *Fisioter Mov*. 2011;24(4):683-8.

Gulich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(4):691-701.



Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(3):187-94.

Lazarus RS, Folkman L. *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer; 1984.

Lee L., Arthur A, Avis M. (2008). Using self efficacy theory to develop intervention that help older people overcome psychological barriers to physical activity: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 2008. 45(11), 1690-1699.

Loyola WS, Camillo CA, Torres CV, Probst VS. Effects of an exercise model based on functional circuits in an older population with different levels of social participation. *Geriatr Gerontol Int*. 2018 Feb;18(2):216-223.

Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):606-15.

Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Moraes Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2008; 11(Suppl-1):159-67.

Martiny C, Silva ACO, Nardi AE, Pachana NA. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Rev Psiquiatr Clínica*. 2011;38(1):8-12.

Mayordomo T, Sales A, Satorres E, Melendez J. Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensam Psicol*. 2016;14(2):101-12.

Oliveira DV, Favero PF, Codonhato R, Moreira CR, Antunes MD, Nascimento Junior, JRA. Investigação dos fatores psicológicos e emocionais de idosos frequentadores de clubes de dança de salão. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20(6): 802-810.

Pimenta FA, Amaral CS, Torres HG, Rezende Nilton. Autopercepção do estado de saúde em reformados e sua associação com o uso de serviços de saúde. *Acta Med Port* 2010;23(1):101-6.

Polaro SHI, Gonçalves LHT, Nassar SM, Lopes MMB, Ferraz V, Monteiro HK. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a indivíduos na quarta idade. *Rev Bras Enf* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 4];66(2):228-33. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/12.pdf>>. Acesso em: 09 jul 2018.

Rech CR, Sarabia TT, Fermino RC, Hallal PC, Reis RS. Propriedades psicométricas de uma escala de autoeficácia para a prática de atividade física em adultos brasileiros. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 29:259-66.



Santos EB, Rodrigues, RAP, Marques, S, Pontes-Neto, OM. Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2015; 49(5): 797-803.

Silva IT, Pinto Junior EP, Vilela ABA. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2014; 17(2): 275-287.

Teixeira DC, Prado Junior S, Lima D, Gomes S, Brunetto A. Efeitos de um programa de exercício físico para idosas sobre variáveis neuro-motoras, antropométrica e medo de cair. RevBrasEduc Física e Esporte. 2007; 21(2):107-120.