

**Perfil de pessoas idosas com hipertensão arterial em um programa de atividade física com a família**

*Profile of elderly people with high blood pressure in a family physical activity program*

Luzia Wilma Santana da Silva  
Camila Fabiana Rossi Squarcini  
Edelzito Bispo dos Santos Júnior  
Neuziele Miranda da Silva  
Adriana Santos  
Shaiane de Fátima Silva Pereira  
Fabiana Galvão Souza

**RESUMO:** Estudo de natureza quantitativa do tipo descritivo, cujo objetivo foi analisar o perfil socioeconômico e comportamental de idosos com hipertensão arterial, interessados em participar de um programa de atividade física regular com a família. Os resultados evidenciaram tratar-se de pessoas, em maioria, de classe C, que adotam comportamento fisicamente ativo às rotinas do que fazeres domiciliares no seu cotidiano. Dos achados, permite-se inferir que, para a promoção específica da saúde, mostra-se como necessária a prática de atividade física regular como um compromisso a somar-se às demandas domiciliares diárias à potencialidade da saúde.

**Palavras-chave:** Pessoa idosa; Exercício físico; Saúde.

**ABSTRACT:** A quantitative and descriptive study, aimed at analyzing the socioeconomic and behavioral profile of elderly people with hypertension interested in participating in a regular physical activity program with their families. The results showed people that mainly belong to the C class, which adopt physically active behavior to the routines of housework in their daily lives. The findings, allows to infer that for specific health promotion arises as necessary regular physical activity as a commitment to add to the home daily demands to health potential.

**Keywords:** Elderly Person; Physical Exercise; Health.

## **Introdução**

Em todo o mundo o número de pessoas idosas tem aumentado, expressando um processo de viver humano de uma população cada vez mais envelhecida (United Nations, 2012). Uma conquista que os séculos XX e XXI acenam para o contexto mundial. Contudo, envelhecer bem ainda se mostra como um grande desafio para a maioria das pessoas, sobretudo para as que vivem em países em desenvolvimento (World Health Organization - WHO, 2005) como o Brasil, no qual, de acordo com os dados do último censo, em 2010, já possuía mais de 20 milhões de idosos e, em sua maioria, do gênero feminino (Brasil, 2011).

O fato de o número de idosos aumentar está entrelaçado a multivariados fatores, como a queda da fertilidade e simultânea redução das taxas de mortalidade por meio do aparato cuidativo-tecnológico em prevenção e tratamento de diversas enfermidades, entre outros.

Contudo, é importante sublinhar que os cuidados de prevenção e promoção da saúde, ainda se devem assentar na observância de que, mesmo diante do envelhecimento natural, esse processo gera transformações físicas, psicológicas e sociais, as quais podem influenciar no desencadeamento de doenças, em especial, de natureza crônica não transmissível (DCNT) (Mendes, Gusmão, Faro, & Leite, 2005). Por outro lado, também temos que pôr em evidência que o envelhecimento se trata de um sentir-se, ou seja, do *ser* subjetivo, em que cada pessoa tem sua maneira própria de envelhecer (Dias, 2007a).

Envelhecer com uma ou mais condição crônica é um desafio ao *ser* no cotidiano do viver, de modo que a adoção de um estilo de vida saudável e medidas preventivas adequadas devem compor um conjunto de estratégias para viver bem e melhor (World Health Organization, 2014a).

Buscar um envelhecer ativo e saudável não meramente do ponto de vista fisiológico, mas social, mental e do bem-estar com a vida tem sido apontado como uma conquista necessária. Assim, *ser* idoso proativo em uma sociedade dinâmica. *Ser* com necessidades, desejos e capacidades de lutar e receber da sociedade a proteção, segurança e cuidado ao seu existir (World Health Organization, 2014b).

Nesse direcionamento, algumas estratégias são indicadas para promover um envelhecimento ativo como, por exemplo, promover atividades físicas regulares; melhorar a qualidade da alimentação; planejar cidades seguras, com mobilidade e lazer; implementar programas de prevenção de quedas; promover estratégias potencializadoras do *ser resiliente*; controlar o uso do tabaco e do álcool, entre outras ações que devem ser incentivadas para todas as idades (World Health Organization, 2014b; Brasil, 2007b).

Lançando o olhar no contexto da atividade física (AF), no qual este estudo se assenta, posto à luz de nossa experiência empírica, tem-se acenado um campo profícuo às estratégias de cuidado humano para o grupo etário em evidência, também por serem difundidas no meio científico como uma ferramenta de mais valia, na garantia e manutenção ou melhora da qualidade de vida, autonomia, prevenção e controle de doenças nas pessoas, em destaque, de idosos (Dias, 2007; Brasil, 2007b; World Health Organization - WHO, 2005). Neste particular, um olhar atencioso e consciencioso sobre a promoção e prevenção da saúde humana para um viver mais e melhor.

Sobre isso, estudos como os de Berger, Pargman, & Weinberg (2006); Squarcini *et al* (2011); Squarcini *et al.* (2014); Spirduso (2005) e da WHO (2005) têm indicado melhoria em diversas variáveis fisiológicas de idosos praticantes de atividade física como: diminuição da circunferência da cintura; queda da pressão arterial sistólica, queda da pressão arterial diastólica; aumento da condição cardiorrespiratória; aumento da força muscular e flexibilidade; controle dos níveis de glicose; estimulação dos níveis de adrenalina e noradrenalina; fortalecimento muscular; melhoras no sistema cardiovascular; coordenação motora; equilíbrio ortostático; velocidade de movimentos; qualidade do sono; do nível de relaxamento; melhora nos fatores desencadeadores do estresse, ansiedade, estados depressivos, humor, convívio social e bem-estar. Além

desses aspectos, inclui-se melhora na autoestima; memória, dentre outros (Silva *et al.*, 2011).

Do evidenciado, observa-se o quão importante se reveste a atividade física para pessoas idosas, ampliando seu ganho para a sociedade e ações de políticas públicas, sobretudo, no bom uso dos recursos públicos à promoção do viver humano ativo e saudável. Assim, ancorados nesses saberes, este estudo tem como objetivo analisar o perfil socioeconômico e comportamental de idosos com hipertensão arterial, interessados em participar de um programa de atividade física regular com a família.

## Materiais e Métodos

Este estudo é de abordagem quantitativa do tipo transversal e descritivo (Santos, 2011), e está vinculado à pesquisa de tipo guarda-chuva intitulada: “Programa de Exercício Físico para Pessoas com Hipertensão Arterial e seus Familiares: avaliação com base no modelo RE-AIM”<sup>1</sup>, desenvolvido por um Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Cuidados a Pessoas e suas Famílias em Enfrentamento Crônico; cadastrado no Departamento de Saúde II, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB. O estudo teve seu início em junho de 2014, após sua aprovação pelo CEP, concluído nesta etapa em dezembro de 2014.

Participaram da pesquisa 20 pessoas idosas, na maioria do sexo feminino, que se interessaram em ingressar no estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo os critérios de inclusão: ter 60 ou mais anos de idade; estar cadastrado no “Programa de Exercício Físico para Pessoas com Hipertensão Arterial e

---

<sup>1</sup> RE-AIM = a sigla são as iniciais das seguintes dimensões: *Reach* = alcance, *Efficacy* = eficácia, *Adoption* = adoção, *Implementation* = implementação, *Maintenance* = manutenção. Trata-se de um modelo de avaliação de programas, que ocorre em níveis diferentes (individual, organizacional e populacional) que se interagem, a fim de avaliar o potencial ou o real impacto que um determinado programa tem para a população e para a saúde pública. As dimensões: alcance (o quão este programa atinge a população alvo, qual sua característica, e qual a característica do grupo participante); eficácia (diz respeito ao resultado final da intervenção do programa); adoção (proporção e perfil da equipe); implementação (o quão o programa foi fiel à proposta inicial) e manutenção (quanto tempo o programa permanece após sua implementação) (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999; Almeida, Brito, & Estabrooks, 2013). Sugestão de Leitura: Glasgow, R.E., Vogt, T.M., & Boles, S.M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327. Almeida, F.A., Brito, F.A., & Estabrooks, P.A. (2013). Modelo RE-AIM: tradução e adaptação cultural para o Brasil. Uberaba (MG): *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 1(1), 06-16.

seus Familiares: avaliação com base no modelo RE-AIM” no mês de junho/2014 e aceitar participar do estudo. Como critérios de exclusão, apresentar *déficit* cognitivo.

## **Instrumentos**

Para a coleta de dados, foram utilizados cinco instrumentos, cuja finalidade versou sobre uma maior imersão às condições de vida e saúde dos participantes, conforme descritos a seguir:

a. Determinação do perfil social em que foram utilizadas as variáveis do questionário do Censo Demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Brasil, 2011): idade (dada em anos); sexo (masculino ou feminino); cor ou raça (branca, preta, parda, amarela ou indígena); renda familiar mensal (como base de salário mínimo de R\$ 724,00).

b. Perfil econômico dos participantes, para o qual foi utilizado o Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013), o qual classifica a população em: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. O Critério de Classificação Econômica Brasil (2013), enfatiza a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, segundo sistema de pontos através de posse de bens (televisão em cores, rádio, banheiro, automóveis e outros).

c. Nível de atividade física, no qual foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ - versão curta) validado para o português. Este tem sido utilizado para monitorar o nível de atividade física (Craig *et al.*, 2003). A partir deste instrumento, foi possível classificar as pessoas em muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário (Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, 2014).

A utilização do IPAQ – versão curta não é a específica para a população idosa; contudo, este instrumento foi utilizado devido a sua vinculação à pesquisa guarda-chuva referida. Entretanto, não se pode descartar que este é um instrumento de quantificação

do nível de AF aceitável, além de apresentar baixo custo e boa aplicabilidade (Mazo, & Benedetti, 2010).

Para tal finalidade, baseou-se nas recomendações:

- Muito ativos: aqueles que realizam atividade vigorosa em 5 dias por semana ou mais durante 30 minutos ou mais por sessão ou que realizam em 3 dias por semana ou mais e durante 20 ou mais minutos por sessão;
- Ativos: aqueles que realizam atividade vigorosa durante 3 ou mais dias da semana por 20 ou mais minutos por sessão; que realiza atividade moderada ou caminhada por 5 ou mais dias na semana por 30 ou mais minutos por sessão; ou caminhada ou atividade moderada ou atividade intensa que se forem somadas ocorram em 5 ou mais dias na semana com duração de 150 minutos ou mais;
- Irregularmente ativos: aqueles que realizam caminhada ou atividade moderada ou atividade intensa, mas que não cumprem recomendações de frequência ou duração, como apresentadas anteriormente;
- Sedentários: aqueles que realizam atividade física com duração inferior a 10 minutos contínuos durante a semana.

d. Estágio de Mudança de Comportamento, em que foi realizada a seguinte pergunta de múltipla escolha: “Considera-se fisicamente ativo o adulto que acumule pelo menos 30 minutos diários de atividades físicas em 5 dias ou mais da semana. Em relação a seus hábitos de práticas de atividade física no lazer o Sr(a). considera que?”:

- Sou fisicamente ativo HÁ MAIS DE 6 MESES
- Sou fisicamente ativo HÁ MENOS DE 6 MESES
- Não tenho este hábito, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 30 DIAS
- Não tenho este hábito, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 MESES
- Não tenho este hábito e não pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 MESES

Através da resposta adquirida, foi possível determinar o estágio de mudança de comportamento em que a pessoa idosa se encontrava, podendo ser: pré-contemplação (quando não há intenção de realizar ações em um período imediato de tempo); contemplação (quando há intenção de mudar nos seguintes seis meses); preparação (quando há intenção de mudar em um futuro imediato, em menos de um mês); ação (quando é ativo nos últimos seis meses); manutenção (quando é ativo a mais de seis meses) (Prochaska, & Marcus, 1994).

e. Determinação do perfil nutricional no qual foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC) - dividido o valor da massa pela estatura ao quadrado (World Health Organization, 2014c), no qual classificaram-se os idosos em: abaixo do peso (valores inferiores a  $18,5 \text{ Kg/m}^2$ ); peso normal (valores entre  $18,5 \text{ Kg/m}^2$  e  $24,9 \text{ Kg/m}^2$ ); sobrepeso (valores entre  $25,0 \text{ Kg/m}^2$  e  $29,9 \text{ Kg/m}^2$ ); ou obesidade (valores maiores ou iguais a  $30,0 \text{ Kg/m}^2$ ).

O Índice de Massa Corporal (IMC) é um índice frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos, em saúde pública e na área clínica, como preditor de sobrepeso e obesidade, recomendado como indicador nutricional, adotado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007a).

Sobre a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, sendo as variáveis categóricas apresentadas na forma de frequência absoluta e relativa. Para tanto, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0<sup>®</sup>.

## Resultados

Os participantes do estudo, em sua maioria mulheres, apresentaram média de idade 63,05 anos, reconheceram-se da cor parda (70%), todas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e apenas três (15%) com HAS e Diabetes Mellitus (DM), integrantes do “Programa de Exercício Físico para Pessoas com Hipertensão Arterial e seus Familiares: avaliação com base no modelo RE-AIM”- Tabela 1.

**Tabela 1.** Características dos participantes do estudo. Jequié (BA), nov. 2014

<b>Sexo</b>	<b>Número Absoluto</b>	<b>Número Relativo</b>
Feminino	19	95%
Masculino	1	5%
<b>Cor ou raça</b>	<b>Número Absoluto</b>	<b>Número Relativo</b>
Pardas	14	70%
Pretas	3	15%
Branças	2	10%
Amarela	1	5%

No que se refere à renda familiar dos participantes do estudo, a média foi de 1,55 salários mínimos. Distribuindo-os conforme a classificação econômica, tem-se: 10% na classe B (equivalente a uma renda média bruta igual ou inferior a R\$ 3.118,00 e superior a R\$ 1.865,00); 70% na classe C (equivalente à renda média bruta inferior a R\$ 1.865 e superior a R\$ 895,00), e 20% na D (equivalente à renda igual ou inferior a R\$ 895,00), segundo os critérios adotados pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013), tendo como renda familiar uma média de 1,55 salários mínimos.

**Tabela 2.** Classificação dos participantes do estudo. Jequié (BA), nov. 2014, segundo critérios de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013)

<b>Renda</b>	<b>Número Absoluto</b>	<b>Número Relativo</b>
B2	2	10%
C1	5	25%
C2	9	45%
D	4	20%

Quanto ao nível de atividade física, foi identificado com a aplicação do IPAQ, que: 70% apresentou classificação entre muito ativo (6 participantes) ou ativo (8 participantes); 25% apresentaram-se irregularmente ativo e uma pessoa não respondeu ao questionário. Das 05 identificadas como irregularmente ativas, foi evidenciado que tal fato deveu-se à realização de atividades de forma inadequada.

Os dados identificados através do IPAQ corroboram os resultados da Escala de Estágio de Mudança de Comportamento, na qual 75% dos participantes se encontravam



na fase de manutenção; 10% na fase de preparação; 10% não responderam e 5% na fase de ação.

O IMC evidenciou um grupo de pessoas que se encontravam com sobrepeso e obesidade 80%, conforme se observa na tabela 3:

**Tabela 3.** Classificação dos participantes do estudo. Jequié (BA), nov. 2014, segundo IMC

IMC	Número Absoluto	Número Relativo
Peso normal	2	10%
Sobrepeso	6	30%
Obesidade	10	50%
Não realizaram	2	10%

Os dois casos de idosos que não realizaram a avaliação do IMC foi devido ao não comparecimento nas datas de avaliação clínica, sendo que foram três agendamentos. Além das dificuldades em disponibilidade destes para novas datas, a não realização desta avaliação inviabiliza o retorno ao participante de sua condição antropométrica, impactando o acompanhamento dele ao longo do projeto de tipo guarda-chuva.

## Discussão

É consenso entre os estudiosos que o Brasil não é mais um país jovem (Brasil-IBGE, 2010; PNAD, 2012). O envelhecimento da população brasileira traz à tona alguns problemas de grande importância às políticas públicas, no direcionamento de ações que visem à melhoria das condições de vida deste novo perfil brasileiro. Além disso, o país é composto por cinco regiões geográficas com variabilidade significativa em suas dimensões territoriais, sociais, econômicas e culturais. Desse modo, o envelhecimento também se manifesta segundo as diversidades regionais de cada uma delas.

A maior parte da população brasileira com 60 anos ou mais está concentrada nas regiões Sudeste (46,25%), seguida por Nordeste (26,50%). E a menor porcentagem encontra-se na região Norte (5,25%). O Sudeste e o Nordeste juntos concentram mais de 70% dessa população (Brasil-IBGE, 2010) que, em sua maioria, são de mulheres. Sobre

essa evidência, cumpre citar, que não diferentemente este gênero se mostrou em expressividade no estudo ora apresentado, no qual o predomínio foi de 95%.

Em se tratando de pessoas idosas, este foi um dado também encontrado no estudo de Benedetti, Mazo e Borges (2012), sendo o percentual de mulheres de 90,2% participantes em grupos de convivência, o que também encontra aderência ao estudo do Brasil-IBGE (2010) e PNAD (2012), os quais apontam predominância do sexo feminino na população brasileira, sendo que, para cada 100 mulheres, há 96 homens. Este fenômeno da feminização do envelhecimento está relacionado a fatores como a maior mortalidade de sexo masculino, este impactando no fator gênero desde a década de 1950 (Nicodemo, & Godoi, 2010).

Os resultados referentes à cor ou raça encontrados nesse estudo (70% declararam-se pardos), encontram aderência no PNAD (2009), no qual se situa o percentual da população, segundo as grandes regiões: a Nordeste apresenta cor ou raça: branca (28,8%); preta (8,1%); parda (62,7%); amarela; ou indígena (0,3%). Este dado foi recuperado em 30/11/2014 do site < <http://teen.ibge.gov.br/mao-na-roda/cor-ou-raca>>, contrariando os dados gerais do PNAD (2013), no qual 46,3% da população (93,2 milhões de pessoas) se declararam de cor branca; o grupo de pessoas que se disseram de cor parda foi de (90,6 milhões), representando 45,0%; 8,0% se declararam de cor preta (16,1 milhões); e 1,6 milhão de pessoas (0,8%) declararam-se de outra cor ou raça (indígena e amarela). O PNAD (2012) também publicou a prevalência da cor branca, no qual 46,2% da população residente, ou seja, 91 milhões de entrevistados responderam a ser da cor branca; 45,0% parda (88,6 milhões) e 7,9% preta (15,6 milhões). O grupo formado pelas outras declarações (indígena e amarela) representou (0,8%) (1,6 milhão).

Uma análise compreensiva sobre o cruzamento dos dados regionais e nacional dos últimos anos permite-nos inferir que a população brasileira tem buscado uma maior identificação quanto à aceitação da cor da pele, uma recuperação de identidade racial, o que também foi observado em nosso estudo.

Em relação ao perfil epidemiológico, 100% dos participantes apresentaram pelo menos uma doença, sendo as doenças do sistema circulatório as mais comuns, prevalecendo hipertensão arterial em 100%, seguida por endócrina, diabetes mellitus, em 15%, dado que decorre do perfil de ingresso dos participantes no estudo. Entretanto, vale ressaltar que essas doenças têm acometido uma grande parcela da população

brasileira, devido ao momento histórico de transição demográfica e epidemiológica em que o país se encontra.

A prevalência de HAS entre as DCNT é um fenômeno mundial. Estudos realizados na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá mostraram números elevados desta doença, principalmente na população idosa – entre 30% e 35% (Allen, Kelly, & Fleming, 2013; Chrysant, 2013; Olives, Myerson, Mokdad, Murray, & Lim 2013). Em estudo brasileiro se observou também prevalência de HAS em idosos entre 2006 e 2010, acometendo aproximadamente 55% da população idosa para todas as regiões geográficas, sendo que a prevalência em idosos do sexo feminino foi significativamente mais elevada do que no sexo masculino. Já em países como a Nigéria e a China, a prevalência é de 66,7% e 56,5%, respectivamente, o que evidencia que países em desenvolvimento apresentam prevalências de HAS bem mais elevadas do que as dos países desenvolvidos (Asekun-Olarinmoye *et al.*, 2013; Gao, 2013).

Há vários fatores de risco para HAS: hereditariedade, idade, gênero, grupo étnico, nível de escolaridade, status socioeconômico, obesidade, etilismo, tabagismo entre outros (Vargas, Ingram, & Gillum, 2000; Giroto, Andrade, Cabrera, & Ridão 2009). Intervenções não farmacológicas têm sido apontadas na literatura como uma estratégia exitosa pelo baixo custo, risco mínimo e eficácia na diminuição da pressão arterial (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1998).

No que tange à renda familiar dos participantes do estudo, esta apresentou uma média de 1,55 (0,85) salários mínimos e variação de 0,99 a 4,14 salários mínimos.

Sobre este dado, trata-se de um marcador precioso para a avaliação da condição da vida humana, importante como fator indicativo de: nível socioeconômico e educacional; situação de moradia; condições ambientais; aspectos nutricionais; acesso a atividades de lazer; entre outros; que podem interferir na qualidade do processo de envelhecimento, manutenção da saúde, capacidade funcional e autonomia das pessoas (Carvalho, 2001; Palma, 2001). Em nosso estudo, tal marcador, indicou tratar-se de pessoas em situação de vulnerabilidade social.

De acordo com Fleck, Chachamovich e Trentini (2003), essa situação tem estreita relação com um baixo nível de qualidade de vida. Isso à luz de nosso entendimento impacta com a compreensão de envelhecimento bem-sucedido. Este, segundo Teixeira e Neri (2008), é o processo de estar saudável e ativo, considerando as dimensões física, cognitiva e social, concordando com Cupertino, Rosa e Ribeiro

(2007), que alegam que as dimensões para a obtenção de um processo saudável de envelhecimento são várias, tais como: física, social, emocional, **econômica** (grifo nosso), cognitiva, ente outras. Em nossa pesquisa, observamos que esse aspecto - o fator socioeconômico - tem impacto negativo ao envelhecimento dos participantes.

Desta análise socioeconômica, houve prevalência do extrato econômico C e mais baixas, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2013).

Este dado também é evidenciado na literatura, demonstrando que, devido às situações de privação econômica, pessoas idosas buscam outras fontes de recurso para a subsistência, exercendo alguma função remunerada para complementação da aposentadoria, que contribua de alguma forma, com parte de seus rendimentos para a renda familiar (Brasil, 2010).

A renda é um dos elementos essenciais para a preservação da autonomia e para a recuperação da saúde dos idosos (Lima, Costa, & Veras, 2003). O fator baixa renda familiar ainda tem sido correlacionada à falta de adesão das pessoas às práticas regulares e permanentes de atividade física (Brasil, 2007b). Contudo, esse fator isolado não deve explicar o fenômeno do sedentarismo.

Para o *American College of Sports Medicine* (2006), a inatividade física é um fator que constitui um dos riscos para o desenvolvimento de doenças cardiorrespiratórias e musculoesqueléticas, além de aumentar consideravelmente a probabilidade de as pessoas desenvolverem doenças crônico-degenerativas junto ao processo de envelhecimento. Apesar de que, com o envelhecimento, haja um aumento na probabilidade de se desenvolverem certas doenças, como as citadas anteriormente, muito embora saibamos que envelhecer não é sinônimo de adoecer, especialmente quando as pessoas desenvolvem hábitos de vida saudáveis (Neri, 2002) e uma frequência em AF. Sobre esta última, quando praticada de forma sistemática, diminui a intensidade e a velocidade de implantação de disfunções musculoesqueléticas, neuromusculares e cardiopulmonares decorrentes do envelhecimento do organismo (American College of Sports Medicine, 2006), o que conseqüentemente irá resultar na redução dos riscos de doenças cardíacas, além de controlar e prevenir as DCNT (cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer, hipertensão arterial e outras), que podem levar a debilidades ou outras doenças (World Health Organization, 2005; Shephard, 2003; Bird, Tarpenning, & Marino, 2005).

Em nossa pesquisa, apesar da baixa renda familiar, e de as pessoas apresentarem a doença crônica não transmissível, HAS e DM, essas doenças encontravam-se controladas, segundo os valores de recomendação de órgãos nacional e internacional (Brasil, 2002; OPAS/OMS, 2009), e os resultados da avaliação feita pelo IPAQ (versão curta) nos domínios: atividade física no trabalho, no transporte, na ação doméstica e no lazer, evidenciou que a maioria (70%) é de pessoas muito ativas e ativas. Conferindo um resultado significativamente diferenciado, em comparação com outros estudos, a exemplo do Ministério da Saúde (Brasil, 2007b), realizado em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, que constatou: 53,7% dos homens idosos e 58,3% das mulheres com idade acima de 60 anos são fisicamente inativos. E algumas pesquisas como a de Ingram (2000), ao verificar que a participação de pessoas idosas em atividades físicas declina consideravelmente à medida que envelhecem principalmente após os 60 anos, devido a algumas barreiras e limitações adquiridas com a idade.

Ao investigar os estágios de mudança de comportamento relacionados à AF, o presente estudo constatou ainda que 75% dos participantes se encontram no período de manutenção, ou seja, realizam algum tipo de atividade física, pelo menos 30 minutos por dia, há mais de seis meses, o que encontra aderência em outros estudos de participação de pessoas em programas de atividade física; exemplo disso é o estudo de Tribess, Virtuoso Júnior e Petroski (2009), que analisaram pessoas idosas participantes de Grupos de Convivência no Nordeste do Brasil.

No IMC dos participantes, observou-se que, das 19 mulheres e 1 homem, apenas 10% se encontravam no peso normal; 30% em sobrepeso; 50% em estado de obesidade; 10% foram os casos de abstenções. Do total avaliado, 70% encontravam-se acima do peso. Este dado, em se tratando de AF, precisa ser considerado de forma longitudinal, ou seja, em longo prazo, pois a diminuição do IMC tem relação estreita com a participação e a frequência na AF do programa. Neste estudo, os participantes, embora classificados como sendo muito ativos e ativos, e se encontrarem em estado de manutenção, considerando o tempo do programa para o grupo em questão, este dado, IMC, ainda não foi significativamente satisfatório para evitar/minimizar danos e riscos à saúde das pessoas e a redução do peso corporal, pois as atividades praticadas não objetivaram a perda de peso e sim o controle das doenças e a manutenção da autonomia e saúde.

## Conclusão

Com base na análise dos dados, pôde-se concluir que mais da metade das pessoas idosas do programa adotam um comportamento fisicamente ativo. Os achados deste estudo permitem pôr em sinalização que, para a promoção da saúde da pessoa idosa através da atividade física, é importante o estágio de “manutenção” à necessidade de adoção de um comportamento com estreita relação à rotina do dia a dia, ou seja, uma rotina à atividade física regular, de forma a torna-se um compromisso à melhoria da saúde.

Em resposta ao que se objetivou neste estudo, conclui-se que, dos idosos participantes do Grupo, a porcentagem que atinge a recomendação atual de atividade física para promoção da saúde foi de 70%. Desse modo, os idosos têm mostrado que buscam, ao participar de programas de atividade física, alternativas para envelhecer com saúde e bem-estar, com uma tendência de maior envolvimento em atividade física regular.

## Referências

- Allen, M., Kelly, K., & Fleming, I. (2013). Hypertension in elderly patients recommended systolic targets are not evidence based. *Can Fam Physician*, 59, 19-21. Recuperado em 20 dezembro, 2014, de: <http://www.cfp.ca/content/59/1/19.full>.
- American College of Sports Medicine. (2006). *Recursos do ACSM para o personal trainer*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Asekun-Olarinmoye, E.O., Akinwuse P.O., Adebimpe W.O., Isawumi M.A., Hassan M.B., Olowe O.A., *et al.* (2013). Prevalence of hypertension in the rural adult population of Osun State, southwestern Nigeria. *Int J Gen Med.*, 6, 317-322. Recuperado em 20 dezembro, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S42905>.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério de Classificação Econômica Brasil de 2014*. Recuperado em 30 novembro, 2014, de: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=02>.
- Benedetti, T.R.B., Mazo, G.Z., & Borges, L.J. (2012). Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. Rio de Janeiro (RJ): *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2087-2093.
- Berger, B., Pargman, D., & Weinberg, R.S. (2006). *Foundations of Exercise Psychology*. USA: Fitness Information Technology (2nd Ed. Rev.).

Bird, S.P., Tarpenning, K.M., & Marino F.E. (2005). Designing resistance training programmes to enhance muscular fitness: a review of the acute programme variables. *Sports Med, Auckland*, 35(10), 841-851.

Brasil. (2007a). Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores: Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Rede Carmen*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

Brasil. (2007b). Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

Brasil. (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010: questionário da amostra*. Recuperado em 30 novembro, 2014, de: [http://censo2010.ibge.gov.br/images/pdf/censo2010/questionarios/questionario\\_amostra\\_cd2010.pdf](http://censo2010.ibge.gov.br/images/pdf/censo2010/questionarios/questionario_amostra_cd2010.pdf).

Carvalho, Y.M. (2001). Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? Campinas (SP): *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 22(2), 9-22.

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul. *Classificação do IPAQ*. Recuperado em 30 novembro, 2014, de: [http://www.portalagita.org.br/uploads/agita\\_saopaulo/arquivos/IPAQ\\_classificacao.pdf](http://www.portalagita.org.br/uploads/agita_saopaulo/arquivos/IPAQ_classificacao.pdf).

Craig, C.L., Marshall, A.L., Sjöström, M., Bauman, A.E., Booth, M.L., Ainsworth, B.E. et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Madison: Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381-1395.

Chrysant, S.G. (2013). Treating blood pressure to prevent strokes: the age factor. *World J Cardiol*, 5(3), 22-27. Recuperado em 20 dezembro, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.4330/wjc.v5.i3.22>

Cupertino, A.P.F.B., Rosa, F.H.M., & Ribeiro, P.C.C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. Porto Alegre (RS): *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86.

Dias, A.M. (2007). *O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da UNIVALI, campus Itajaí: um estudo de caso*. (189 f.). Dissertação de mestrado. Universidade do Vale do Itajaí.

Fleck, M., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2003) Projeto WHOQOLOLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. São Paulo (SP): *Revista de Saúde Pública*., 37(6), 793-799.

Gao, Y., Chen, G., Tian, H., Lin, L., Lu, J., Weng, J., et al. (2013). Prevalence of hypertension in China: a cross-sectional study. *PLoS ONE*, 8(6), 1-8. Recuperado em 20 dezembro, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0065938>.

Giroto, E., Andrade, S.M., Cabrera, M.A.S., & Ridão, E.G. (2009). Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. *Acta Sci, Health Sci.*, 31(1), 77-82. Recuperado em 20 dezembro, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v31i1.4492>.

Ingram. D.K. (2000). Age-related decline in physical activity: generalization to nonhumans. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(9), 1623-1629.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2008). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida a população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE.

Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística – IBGE. (2012). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD: síntese de indicadores 2012*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado em 30 novembro, 2014, de: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_anual/2012/Sintese\\_Indicadores/sintese\\_pnad2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2012/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2012.pdf).

Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística – IBGE. (2013a). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2013*. Recuperado em 30 novembro, 2014, de: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2722>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2013b) *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições da vida da população brasileira 2013*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado em 30 novembro, 2014, de: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2013c) *Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2013*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado em 30 novembro, 2014, de: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2013/nota\\_metodologica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/nota_metodologica_2013.pdf)

Lima, E., Costa, M.F., & Veras, R. (2003). Saúde Pública e envelhecimento. Rio de Janeiro (RJ): *Caderno de Saúde Pública*, 19(3), 700-701.

Mazo, C.Z., & Benedetti, T.R.B. (2010). Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*, 12(6), 480-484.

Mendes, M.R.S.S.B., Gusmão, J.L., Faro, A.C.M., & Leite, R.C.B.O. (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*, 18(4).

Neri, A.L. (2002). Envelhecer bem no trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. São Paulo (SP): SESC: *Rev. A Terceira Idade*, 13(24), 7-27.

Nicodemo, D., & Godoi, M.P. (2010). Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Revista Ciência em Extensão*, 6(1), 40-53.

Olives, C., Myerson, R., Mokdad, A.H., Murray, C.J.L., & Lim, S.S. (2013). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in United States countries, 2001-2009. *PloS ONE*, 8(4), 1-8. Recuperado em 20 dezembro, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0060308>.

Palma, A. (2001). Educação física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. Campinas (SP): *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 22(2), 23-40.

Prochaska, J.O., & Marcus, B. (1994). *The transtheoretical model: Applications to exercise*. In: Dishman, R.K. (Org). *Advances in Exercise Adherence*. EUA: Human Kinetics.

Santos, S.G. (2011). *Métodos e técnicas de pesquisa quantitativa aplicada à educação física*. Florianópolis (SC): Tribo da Ilha.



- Shephard, R.J. (2003) *Envelhecimento, Atividade Física e Saúde*. São Paulo (SP): Phorte.
- Silva, L.W.S., Santos, R.G. dos, Squarcini, C.F.R., Souza, A.L de, Azevedo, M.P.de, & Barbosa, F.N.M. (2011). Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa - perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(Número Especial 9, "Família Ciclo Vital e Velhice"), 145-166. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.
- Spiriduso, W.W. (2005). *Dimensões Físicas do envelhecimento*. São Paulo (SP): Manole.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão. (1998). III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. *Rev Bras Cardiol*, 1, 92-133.
- Squarcini, C.F.R., Silva, L.W.S.da, Leite, M.C.M., Souza, S.B.de, Santos, C. E.S.dos, Silva, N.M.da, Pires, E.P.O.R. & Souza, D.M.de. (2014, junho). Benefícios da prática do caratê para pessoas idosas. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(2), 27-42. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21011/15448>
- Squarcini, C.F.R., Silva, L.W.S., Reis, J.F., Pires, E.P.O.R., Tonosaki, L.M.D., & Ferreira, G.A. (2011). A pessoa idosa, sua família e a hipertensão arterial: cuidados num Programa de Treinamento Físico Aeróbico. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(Número Especial 9, "Família Ciclo Vital e Velhice"), 105-126. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.
- Teixeira, I.N.D'A.O. & Neri, A.L. (2008). Envelhecimento bem sucedido: uma meta no curso da vida. São Paulo (SP): *Psicologia USP*, 19(1), 81-94.
- Tribess, S., Virtuoso Júnior J.S., & Petroskic, E.L. (2009). Atividade física e aspectos sociodemográficos de mulheres idosas. Salvador (BA): *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 33(3), 336-348.
- United Nations. (2012). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects: the 2012 revision, key findings and advance tables*. Nova York: United Nations.
- Vargas, C.M., Ingram, D.D., Gillum, R.F. (2000). Incidence of hypertension and educational attainment. *Am J Epidemiol*, 152, 272-278.
- World Health Organization – WHO. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. World Health Organization. Suzana Gontijo, Trad. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde. (60p.).
- World Health Organization – WHO. (2006). (Organização Mundial da Saúde). Physical activity.
- World Health Organization. (2014a). *Healthy ageing is vital for development*. Recuperado em 20 dezembro, 2014, de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release24/en/>
- World Health Organization. (2014b). *What is "active ageing"?* Recuperado em 20 dezembro, 2014, de: [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/)
- World Health Organization. (2014c). *What is overweight and obesity?* Recuperado em 20 dezembro, 2014, de: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what/en](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en)

Recebido em 12/01/2015

Aceito em 20/03/2015

---

**Luzia Wilma Santana da Silva** - Enfermeira. Professora MS, Ph.D. em Enfermagem, Titular do Departamento de Saúde II/UESB. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha de pesquisa: Família em seu ciclo vital. Coordenadora do NIEFAM, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

E-mail: luziawilma@yahoo.com.br

**Camila Fabiana Rossi Squarcini** – Educadora Física. Professora Assistente do Departamento de Saúde II/UESB. Doutoranda em Educação Física pelo PPGEF da UFSC. Mestre em Ciências. Membro do NIEFAM. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital.

E-mail: csquarcini@gmail.com

**Edelzito Bispo dos Santos Júnior** - Graduado em Educação Física pela UESB. Ex-bolsista de Extensão do NIEFAM, voluntário do grupo Interdisciplinar de Estudo em Saúde e Sociedade.

E-mail: ijuninhos@hotmail.com

**Neuziele Miranda da Silva** - Graduanda em Educação Física pela UESB. Ex-bolsista de extensão do NIEFAM, membro do grupo Interdisciplinar de Estudo em Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital.

E-mail: altevolant@gmail.com

**Adriana Santos** - Graduanda em Educação Física pela UESB. Bolsista de Iniciação Científica UESB no NIEFAM, período jul/2014-ago/2015. Membro do grupo

Interdisciplinar de Estudo em Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital.

E-mail: adriana.santos388@gmail.com

**Shaiane de Fátima Silva Pereira** - Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bolsista de Iniciação Científica - FAPESB, período ago.2013-jul.2014. Membro do NIEFAM. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital.

E-mail: shane\_perola@hotmail.com

**Fabiana Galvão Souza** – Graduada em Enfermeira pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC-CNPq, período ago.2013-jul.2014. Membro voluntário do NIEFAM. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital.

E-mail: faby\_jq@hotmail.com