

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

**Patricia Fagundes Soares**

**AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE, PREVALÊNCIA DE DOENÇAS  
CRÔNICAS E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS DO MEIO  
URBANO E RURAL**

Santa Maria, RS  
2017

**Patricia Fagundes Soares**

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS E  
NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS DO MEIO URBANO E RURAL**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Gerontologia do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Área de concentração em Saúde, Funcionalidade e Qualidade de Vida no Envelhecimento Humano, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito para a obtenção do grau de **Mestre em Gerontologia**.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Daniela Lopes dos Santos**

**Santa Maria, RS  
2017**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Soares, Patricia  
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS  
E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS DO MEIO URBANO E  
RURAL / Patricia Soares.- 2017.  
77 p.; 30 cm

Orientadora: Daniela Lopes dos Santos  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de  
Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2017

1. Percepção de saúde e prevalência de doenças crônicas  
em idosos 2. Nível de atividade física de idosos I. Lopes  
dos Santos, Daniela II. Título.

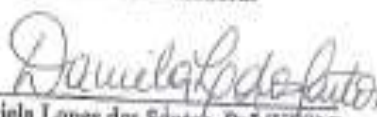
Patrícia Fagundes Soares

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, PREVALÊNCIA DE DOENÇAS  
CRÔNICAS E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS DO  
MEIO URBANO E RURAL**

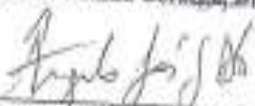
Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Gerontologia  
da Universidade Federal de Santa  
Maria, como requisito básico para a  
obtenção do título de Mestre em  
Gerontologia.

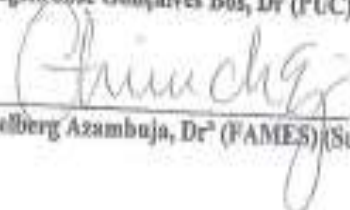
Aprovada em 27 de outubro de 2017:

Banca examinadora:

  
Daniela Lopes dos Santos, Dr.<sup>a</sup> (UFSM)  
(Presidente/Orientadora)

  
Sara Teresinha Corazza, Dr.<sup>a</sup> (UFSM)

  
Angelo José Gonçalves Bós, Dr (PUC)

  
Cati Reckelberg Azambuja, Dr.<sup>a</sup> (FAMES) (Suplente)

Santa Maria, RS  
2017

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai Ilvo, minha mãe Mara e ao meu irmão Daniel. Dedico também aos meus avós e tia que confiaram em mim.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.*

*Aos meus pais Ilvo Celio e Mara Elaine, por serem a base forte, me educarem e incentivar a seguir sempre com força e perseverança.*

*Ao meu irmão Daniel pelo amor, carinho e paciência com minhas dúvidas.*

*A minha família, pela força e compreensão para comigo.*

*Aos meus avós Darci e Elida por estarem sempre ao meu lado e contribuindo sem medir esforços com minha formação.*

*A minha tia/madrinha Ivonita que sempre ajudou e depositou todo amor e cuidado para comigo.*

*À professora orientadora Daniela Lopes dos Santos pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho. Agradeço a confiança em mim e toda atenção para desenvolvimento de cada ideia compartilhada juntas.*

*Aos amigos, por dividirem e compartilharem momentos bons e ruins comigo ao longo da vida, “as amizades de anos”.*

*As minhas alunas da academia pela preocupação, compreensão e apoio, principalmente a aluna e amiga Patrícia Comarú por oferecer seu ambiente de estudos para mim dedicar a escrita do meu trabalho.*

*A todos os meus professores desde a pré-escola, por terem aperfeiçoado conhecimento e me transmitido de forma enriquecedora.*

*Aos colegas do Núcleo de Estudos em Exercício Físico e Saúde (NESEFIS) pelas contribuições. Em especial aqueles que participaram diretamente na pesquisa nos bairros: Temístocles, Nicanor, Bárbara, Mateus, Leonardo e Kimberlee e nos distritos foram: Barbara, Fernanda, Leticia e Diéli. Sem vocês a pesquisa não teria saído do papel.*

## RESUMO

### **AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS DO MEIO URBANO E RURAL**

AUTORA: Patricia Fagundes Soares

ORIENTADORA: Daniela Lopes dos Santos

No Brasil, as políticas de atenção à saúde têm focado no rápido processo de envelhecimento da população, que tem como consequência uma transição epidemiológica e demográfica. Essa transição é caracterizada por um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e por uma diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade. Assim, investigar os diferentes meios (urbano e rural) e a necessidade de atendimento ao público idoso, buscando identificar fatores que influenciam no processo de envelhecimento bem como de se entender como esta população percebe sua condição de saúde torna-se muito relevante. O objetivo deste estudo foi comparar as variáveis estudadas (autopercepção de saúde, a prevalência de doenças crônicas e o nível de atividade física) entre os idosos do meio urbano e do meio rural de Santa Maria/RS. A abordagem foi realizada através de visitas domiciliares. A investigação foi realizada na zona urbana e rural do município de Santa Maria que tem 41 bairros e 9 distritos, dos quais foram selecionados 202 idosos de três bairros urbanos e 72 idosos de três distritos rurais, com diferentes níveis socioeconômicos. Foram incluídos na pesquisa indivíduos a partir de 60 anos, residentes dos bairros e distritos selecionados e foram excluídos idosos que apresentaram declínio cognitivo e que residiam em Instituições de Longa Permanência para Idosos. As características sobre percepção e condições de saúde foram recolhidas através de uma ficha diagnóstica, o rastreio cognitivo foi feito utilizando o Mini Exame do Estado Mental e o nível de atividade física foi avaliado através do Questionário Internacional de Atividade Física validado para idosos brasileiros. Os dados coletados foram descritos e analisados no programa estatístico SPSS versão 20.0. Para se verificar a normalidade dos dados foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis conforme o resultado foi utilizado o teste t bicaudal para amostras independentes para a comparação entre grupos das variáveis contínuas paramétricas. Já para as não-paramétricas foi utilizado o teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5% em todos os testes. Como resultados, observou-se nas zonas urbana e rural uma maior prevalência de idosos do sexo feminino (61,54%), com idades entre 60 e 69 anos (50,96%), que percebem sua saúde positivamente (51,92%) e com elevado uso de medicação (89,90%). Evidenciou-se que os idosos, no geral, são mais ativos no deslocamento (48,08%) e inativos no lazer (83,65%). Conclui-se que houve diferença estatisticamente significativa entre as zonas de moradia, com destaque para prevalência de doenças crônicas no grupo rural, com maior percentual de hipertensão (74,63%) e dislipidemia (23,88%). Constatou-se que o grupo urbano é mais ativo no lazer (19,86%) enquanto que no grupo rural apenas 8,96% são classificados como ativos e 91,04% como insuficientemente ativos. Os resultados evidenciam a necessidade de um olhar mais cuidadoso aos idosos, conhecendo-se ambos os meios de residência, ao se estabelecer estratégias de saúde com essa população.

**Palavras-chave:** Autoavaliação; Doenças Crônicas; Exercício, Área urbana, Zona rural, Envelhecimento.

## ABSTRACT

### HEALTH PERCEPTION, CHRONIC DISEASES PREVALENCE AND PHYSICAL ACTIVITY LEVEL IN ELDERLY FROM URBAN AND RURAL AREAS

Author: Patricia Fagundes Soares  
Advisor: Daniela Lopes dos Santos

The Brazilian health politics has an important debate about the rapid process of ageing in the population, which has demographic and epidemiological consequences. This transition is characterized by an increase in non communicable diseases (NCDs) and by a decrease in fertility and mortality rates. Thus, investigating the different environments (urban and rural) and the needs of the elderly, with the purpose of identifying factors that influence the aging process as well as understanding how this population perceives their condition, is very important. The objective of this study was to compare health self-perception, prevalence of chronic diseases and physical activity level among the elderly living in urban and rural areas of Santa Maria / RS. The approach was by home visits. The investigation was conducted in the urban and rural areas of city of Santa Maria, that has 41 neighborhoods and 9 districts, from which 202 older adults of three neighborhoods and 72 from three rural districts, with different socioeconomic levels, were selected. The elderly who presented cognitive decline or lived in long-term care institutions were excluded. The health characteristics and health perception were collected with an anamnesis, cognitive screening was done using the minimal state examination and physical activity level was evaluated using the International Physical Activity Questionnaire validated for Brazilian elderly. The data distribution was verified through the *Kruskall-Wallis* test. For the comparison between groups, the two-tailed Student's T test for independent variables was used, and for the non-parametric variables, the Mann-Whitney test. The Chi-square test was used for comparisons of categorical variables. The significance level adopted was 5% in all tests. It was observed in urban and rural areas, a greater prevalence of elderly female (61.54%), aged between 60 and 69 years (50.96%), with a positive health perception (51.92%) and with high use of medication (89.90%). It was shown that the older adults, generally, are more active in transportation (48.08%) and inactive at leisure (83.65%). It was concluded that there is statistically significant difference between housing areas, highlighting the prevalence of chronic diseases in the rural group, with higher percentage of hypertension (74.63%) and dyslipidemia (23.88%). It was noted that the urban group is more active in leisure (19.86%), while in the rural group only 8.96% were classified as active and 91.04% as inactive. The results lead to the need of a more careful look when it comes to the elderly, knowing well both the rural and urban settings, when establishing health strategies with this population.

**Keywords:** Self-evaluation; Chronic diseases; Exercising, Urban Area, Rural Area, Aging.



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Fluxograma 1 - Seleção três Bairros (Urbano) e três Distritos (Rural).....	25
Fluxograma 2 – Procedimentos metodológicos.....	28

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO

Tabela 1 - Número de Idosos e Renda Média dos Bairros e Distritos Seleccionados.....	26
Tabela 2 –Caracterização da amostra em relação à idade, sexo, faixa etária, nível socioeconômico e uso de medicação (número absoluto e percentual) .....	42
Tabela 3 –Distribuição dos sujeitos em função da autopercepção de saúde e número de doenças crônicas (número absoluto e percentual).....	43
Tabela 4 –Morbidades referidas pelos idosos dos grupos urbano e rural (número absoluto e percentual) .....	44
Tabela 5 – Distribuição percentual dos sujeitos da amostra em função do local de residência (meio rural e urbano) por nível de atividade física no deslocamento e lazer.....	45

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO A –Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	70
ANEXO B – Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).....	71
ANEXO C – Normas da Revista: Cadernos de Saúde Pública.....	72

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Ficha Diagnóstica.....	61
APÊNDICE B - Manual de Aplicação.....	63
APÊNDICE C - Panfletagem.....	67
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de desenvolvimento humano municipal
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
MEEM	Mini exame do estado mental
NAF	Nível de atividade física
AF	Atividade Física
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 OBJETIVOS .....	19
<b>1.1.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>19</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>19</b>
1.2 JUSTIFICATIVA .....	20
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A INCIDÊNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS .....	21
2.2 PERCEPÇÃO E CONDIÇÕES DE SAÚDE EM IDOSOS.....	23
2.3 ATIVIDADE FÍSICA E O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO URBANO E RURAL.....	24
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>27</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	27
3.2 POPULAÇÃO, AMOSTRA E SELEÇÃO .....	27
<b>3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	<b>30</b>
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA .....	30
<b>3.3.1 Anamnese</b> .....	<b>30</b>
<b>3.3.2 Mini Exame do Estado Mental</b> .....	<b>30</b>
<b>3.3.3 Avaliação do nível de atividade física</b> .....	<b>31</b>
3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	31
<b>3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA</b> .....	<b>33</b>

<b>3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>33</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
<b>4.1 ARTIGO .....</b>	<b>35</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento vem se evidenciando com diferentes temas e formas de expressão, designando caminhos para viver os desafios desta fase da vida. Sendo este processo determinado muitas vezes pelo estilo de vida e condição de vida que cada indivíduo tem na sociedade, compreende-se que o envelhecimento envolve plano individual e coletivo, que se constrói sob influências socioculturais, como o contato com oportunidades educacionais, cuidados com a saúde e realização de ações que acompanham o curso de vida e estende-se a fases tardias, como a velhice. Dessa forma, considera-se que o envelhecimento seja um processo sociovital, multifacetado e progressivo que ocorre ao longo do curso da vida (SANTANA, 2012).

Em psicologia da saúde utilizam-se frequentemente dois tipos de conceitos relativos ao envelhecimento: o envelhecimento primário, que diz respeito a todas as mudanças físicas irreversíveis e universais que todos os indivíduos experimentam com o decorrer dos anos e o envelhecimento secundário, que é resultado de hábitos de saúde, de mudanças físicas que ocorrem como resultado de doenças ou de fatores comuns da idade, mas não são irreversíveis (CORREIA, 2009). Spirduso (2005) diz-nos que, embora as suas causas sejam distintas, o envelhecimento primário e o secundário interagem fortemente. O autor ressalta que o stress ambiental e as doenças podem acelerar os processos básicos de envelhecimento, podendo também aumentar a vulnerabilidade do indivíduo.

Envelhecer com menores índices de doenças não transmissíveis depende de fatores não modificáveis, como sexo, idade e fatores genéticos, e de fatores modificáveis, como alimentação, prática de atividade física, comportamento preventivo, estresse, vida social, entre outros, os quais são influenciados pelas condições socioeconômica, cultural e ambiental (BRASIL, 2010).

Com isso, investigar sobre o nível de atividade física com o avançar da idade torna-se de grande valia, para mediar a capacidade funcional e adoção de comportamentos relacionados à saúde. A relação entre a atividade física e a saúde de idosos é consenso na literatura, existindo diretrizes quanto a intensidade, frequência e duração da atividade física para prevenção de doenças. É sugerido que os idosos acumulem pelo menos 150 minutos por semana de atividades de intensidade moderada, ou 75 minutos por semana de atividades com intensidade vigorosa (WHO, 2010). Apesar de todas as evidências, verifica-se ainda, uma



elevada prevalência de pessoas acima de 60 anos que não praticam atividade física regularmente, fato que exacerba o declínio físico e funcional (BONSDORFF e RANTANEN, 2010).

Devido às mudanças ocorridas no organismo do indivíduo com o avançar da idade, bem como, às tendências expressivas para o aumento de idosos longevos com o decorrer do tempo, torna-se necessária a implementação de políticas públicas específicas para adequar os programas e as ações contribuintes para o envelhecimento saudável e com qualidade de vida (PORCIÚNCULA et al., 2014). Frente a isso, no Brasil as políticas de atenção à saúde têm focado no rápido processo de envelhecimento da população, que gera como consequência uma transição epidemiológica e demográfica, caracterizada por um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e por uma diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade, como justificam as projeções estatísticas para os próximos anos (GUERRA e CALDAS, 2010). Silva e colaboradores (2017), citam que as condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas, necessitando de certo nível de cuidados permanentes. No estudo de Oliveira et al. (2016), chamam a atenção para maiores prevalências de doenças crônicas entre os idosos da região Sul ao se comparar com os da região Nordeste. Podemos concluir que, tanto o meio urbano quanto o meio rural, merece atenção para que possam ser realizadas mudanças, principalmente para identificar informações que permitam estabelecer ações e estratégias para melhorar as condições de saúde, buscar independência e vida ativa.

Visto que, no conceito de Araújo e Xavier (2014), o termo saúde pode ter como definições: bom funcionamento orgânico; ausência de doenças; completo bem-estar biopsicossocial, assim, o que é considerado saudável tende a controlar modos de ser, agir e pensar dos indivíduos, transformando o termo saúde em produtor de padrões de comportamento e constituindo assim parâmetros de normatividade e a organização e estilo de vida de determinada sociedade. Portanto, no intuito de avaliar a condição de saúde atual da população, surge uma forte tendência a se verificar a percepção dos indivíduos idosos, na expectativa de conhecer a realidade, assim como as influências das atividades cotidianas e sociais sobre essa percepção.

A auto avaliação de saúde é um importante preditor de sobrevivência entre idosos. A percepção ruim de saúde acarreta maior uso dos serviços de saúde (IBGE 2009), podendo ser utilizada como ferramenta para melhorar as condições de saúde e o acesso do idoso ao serviço de saúde. Um estudo realizado com idosos do interior do Rio Grande do Sul evidenciou que, apesar de a maioria dos idosos ter referido boa saúde, grande número deles relatou ser

portador de doenças crônicas, neste caso reforça a ideia de que a percepção de ser doente está mais relacionada às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos. (BORGES et al., 2014).

De acordo com o IBGE (2010), o contingente populacional brasileiro é de 190.755.799 habitantes, sendo que destes, 20.590.597 (10,79%) possuem mais de 60 anos (3,9% são homens que vivem em área urbana, 0,9% são homens vivendo em área rural, 5,19% são mulheres vivendo em área urbana e 0,81% são mulheres vivendo em área rural), com uma tendência de elevação desses percentuais até 2025, quando o país terá a sexta maior população de idosos do planeta, com os idosos representando cerca de 29% do total da população brasileira em 2050.

Entre os diversos fatores que envolvem o envelhecimento na sociedade atual, o meio em que o indivíduo idoso vive merece um olhar atento também pois, partindo do pressuposto de que as diferenças de infraestrutura entre a zona rural e a urbana, bem como das características da sua população podem comprometer as condições de saúde e qualidade de vida dos idosos, considera-se necessário promover investigações que compreendam as peculiaridades desses diferentes espaços. Dessa forma, será possível planejar a atenção à saúde, consonante com as necessidades identificadas (SANTOS et al., 2013).

Ribeiro et al. (2014) acredita que os conceitos de meio rural e urbano são abordados na perspectiva de *continuum*, em que se entende haver uma aproximação de ambos os contextos derivados tanto da modernização do rural – que acaba com a visão de atraso – quanto da variabilidade do urbano – que extingue a noção de que morar na cidade remete a progresso, dando lugar a uma multidimensionalidade em que se percebem potencialidades e dificuldades para se viver em ambos os contextos.

Sabe-se que a atividade física (AF) difere em meio urbano e rural. A AF realizada pelo idoso em meio rural está relacionada principalmente com o trabalho, em atividades ocupacionais agrícolas ou agropecuárias, espontâneas e não organizadas. As demais exigências físicas se dão principalmente na participação em eventos religiosos ou visita a familiares, não existindo assim a prática da atividade física regular e sistemática (exercício físico). Já no ambiente urbano, muitos dos idosos tende a reunir-se nos grupos de terceira idade, praticando atividade física e frequentando centros de convivência, participando de festas e atividades físicas ou esportivas em forma de gincanas, bailes, entre outros, tendo como ponto de diferença a diminuição quase total da prática ocupacional cotidiana, como a laboral, ou de execução das tarefas domésticas (PEREZ et al., 2012; ALBUQUERQUE,

2002). Além do mais, as diferenças culturais, ambientais e socioeconômicas entre municípios de área urbana e rural indicam a necessidade de se investigar idosos que vivem em municípios com características distintas, permitindo o conhecimento e a comparação dos resultados obtidos (CONFORTIN et al., 2016). Investigações nesse âmbito podem auxiliar a formulação de políticas de saúde, permitindo o desenvolvimento de estratégias diferenciadas para a promoção, prevenção e tratamento de condições de saúde com objetivo de melhorar a qualidade de vida e a independência no processo de envelhecimento em diferentes regiões (FARES et al., 2012).

O intuito principal deste estudo é identificar como o idoso percebe sua saúde atual, relacionando-a com a prevalência de DCNT e com o nível de atividade física desta população, para instigar fatores que direcionem ações de prevenção e medidas educativas. Assim questiona-se: **Qual a percepção de saúde, prevalência de doenças crônicas e nível de atividade física em idosos do meio rural e urbano?**

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção de saúde, a prevalência de doenças crônicas e o nível de atividade física de idosos do meio urbano e rural.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever a percepção de saúde dos idosos do município de Santa Maria – RS;
- Identificar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis;
- Descrever o nível de atividade física;
- Estabelecer a relação entre a percepção de saúde, o nível de atividade física e a presença de doenças crônicas nos idosos de Santa Maria/RS;
- Comparar as variáveis estudadas entre os idosos do meio urbano e o idoso do meio rural.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Em virtude do aumento da expectativa de vida e do número de idosos na sociedade, faz-se necessário buscar diferentes realidades e explorar os contextos de inserção dessa população, com um olhar voltado para os cuidados múltiplos do envelhecer com saúde e qualidade de vida, com foco no processo biopsicossocial do idoso. Assim, no âmbito da percepção atual de sua saúde, estabelecer a prevalência das DCNT, refletindo em um desafio para saúde pública, torna-se muito relevante.

Do mesmo modo, é necessário estabelecer relações sobre o nível de atividade física e o estilo de vida no envelhecimento, já que hoje é senso comum o papel que este tem na saúde de qualquer população.

Com isso, frente a alguns elementos que envolvem envelhecimento, como as DCNT, a saúde e a busca por um envelhecer ativo, há um ponto que merece olhar atento nesse processo, que é o investimento em medidas preventivas, que visem estratégias de ação pública, distribuídas igualmente entre as classes sociais, instigando novos caminhos para reverter quadros negativos à saúde do idoso.

Frente ao contexto de inserção do idoso urbano e rural, depara-se com cenário de pesquisa que contempla mais a zona urbana, qual muitas vezes tem mais acesso a recursos para saúde e maiores oportunidades de participar da sociedade. Logo, a zona rural é pouco vista nas pesquisas acadêmicas, e geralmente ficam localizadas mais longe da cidade, dificultando acesso a explorar esses lugares. Há necessidade de ações que visem saúde desses idosos, medidas preventivas e investimentos para prática de atividade física principalmente no meio rural.

Assim, a relevância acadêmica deste trabalho consiste na contribuição para a pesquisa de um tema pouco explorado, ou seja, a relação de percepção de saúde, com a prevalência de DCNT e nível de atividade física em idosos de diferentes classes sociais vivendo em diferentes meios (urbano e rural).

Salienta-se a importância de se apresentar os resultados finais desta pesquisa aos gestores municipais e ao Conselho Municipal do Idoso de Santa Maria - RS, informações de caráter importante para a implantação de políticas públicas, ações e serviços de saúde na cidade.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A INCIDÊNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, e organizações internacionais preveem que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos longevos (com 80 anos ou mais) constituirão um grupo etário de expressiva importância numérica (GOULART, 2011). O envelhecimento humano faz parte de um conjunto de alterações morfofuncionais que levam a alterações orgânicas, contínuas e irreversíveis no organismo. Esse processo envolve os mais diversos fatores, como a genética, hereditariedade, a ação do meio ambiente, a própria ação da idade, o tipo de alimentação durante os anos anteriores, o estilo de vida e a ocupação exercida. Além desses fatores, há os que envolvem o contexto social ao qual o indivíduo pertence, que acabam por afetar sua vida e, conseqüentemente, sua situação de saúde (AVLUND et al., 2004).

Contudo, apesar de tanto nos países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional ter acarretado transformações na incidência e prevalência das doenças, bem como alavancado os índices de óbitos causados pelas DCNT, não houve o surgimento concomitante de políticas públicas que, verdadeiramente, atendessem estas necessidades (MOREIRA et al., 2013). Além do mais, estudos atuais evidenciam que os índices de morte por DCNT já estão mais elevados em países de baixa e média renda do que em países ricos. Quase dois terços das mortes prematuras em adultos (entre 15 e 69 anos) e três quartos de todas as mortes adultas são atribuíveis a tais condições, situação potencialmente agravada quando se considera de maneira isolada a população idosa (GOULART, 2011; DUNCAN, et al., 2012).

Quadrante (2012) aponta que o crescimento destas condições crônicas é vertiginoso e, atualmente, são responsáveis por cerca de 60% do ônus decorrente de todas as doenças no mundo. Acredita-se que em 2020 as DCNT responderão por 80% das doenças em países em desenvolvimento. Essas mudanças causam impactos individuais, sociais e econômicos. O indivíduo necessitará alterar hábitos de vida e, muitas vezes, aderir a tratamentos medicamentosos, além de conviver com a incapacidade, se o controle da patologia não tiver sucesso. Há grande impacto econômico causado não só pelos custos diretamente relacionados

ao tratamento de saúde, como também por aqueles derivados da diminuição da força laboral devida a óbitos, incapacidade e perda de produtividade.

Um dado importante a ser considerado, (VIGITEL, 2016) é que em uma década as doenças crônicas avançaram, com um aumento importante da prevalência de Diabetes Mellitus (DM) que passou de 5,5% em 2006 para 8,9 em 2016 e de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que passou de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016. Também vale ressaltar, o baixo percentual de indivíduos ativos no tempo de lazer (37,6%). A variação temporal dos indicadores, na análise estratificada por sexo, confirma, de modo geral, a tendência de evolução favorável dos indicadores relacionados ao tabagismo, ao consumo alimentar e à prática de AF no lazer. Da mesma forma, confirma-se a tendência de evolução desfavorável dos indicadores relacionados à obesidade e aos diagnósticos médicos de hipertensão e de diabetes.

Dessa forma, entre as DCNT mais comuns na velhice, destacam-se a HAS e a DM, que, juntas, são consideradas como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares, representando, portanto, altos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes principalmente das complicações que as acompanham (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010; DUNCAN, et al., 2012). Outras doenças crônicas que acometem os idosos, porém em menor proporção, são: câncer, doenças respiratórias, mentais e inflamatório-reumáticas que somadas à HAS e DM aumentam sobremaneira as consequências danosas no processo saúde-doença da população idosa (BUSSCHE et al., 2011). Estas correspondem a aproximadamente 80% das DCNT. Mas é importante falar que as doenças reumáticas estão em elevado número, e estão tendo maior impacto na saúde pública brasileira (BRASIL, 2011). De fato, são doenças de grande prevalência nesse grupo etário. No entanto, o foco para o idoso não deve ser centrado única e exclusivamente na doença. O idoso não possui apenas uma patologia. Além da multiplicidade de processos mórbidos, é preciso considerar a forte influência dos determinantes econômicos, sociais e culturais nas enfermidades que afetam esse grupo (BUSSCHE et al., 2011).

O contexto familiar estruturado, portanto, é apontado como significativamente associado ao comportamento de autocuidado nas DCNT, por exercer importante papel em todo o processo de relação do indivíduo com a sua doença, seu tratamento e a adaptação a um novo estilo de vida. Por isso, o domicílio é visto hoje, como um espaço onde idosos com DCNT podem ter boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença, por meio da compreensão e do auxílio dos familiares na manutenção de um estilo de vida saudável (SILVEIRA et al., 2009), constituído pela prática regular de exercício físico, controle do peso,

alimentação saudável, consumo moderado de álcool, abandono do tabagismo e gerenciamento do estresse (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

## 2.2 PERCEPÇÃO E CONDIÇÕES DE SAÚDE EM IDOSOS

A condição de saúde percebida ou autopercepção de saúde é considerada importante preditor de incapacidade funcional nos idosos. A presença de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais acaba gerando sentimentos de fragilidade e insegurança, refletindo de forma negativa no desempenho das funções (MACIEL e GUERRA, 2005). Para Guimarrães e colaboradores (2012) os fatores levados em consideração pelo indivíduo ao classificar seu próprio estado de saúde, ainda não são totalmente compreendidos, mas parecem refletir uma percepção abrangente de saúde que inclui aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Alguns estudos buscam verificar a relação entre a percepção de saúde e nível de atividade física nos idosos, como por exemplo, Confortin et al. (2015) que evidenciaram em seu estudo populacional no Sul do Brasil, a autopercepção de saúde positiva de idosos, destacando que aqueles indivíduos ativos no lazer apresentaram prevalência 20% maior de autopercepção positiva de saúde quando comparados aos seus pares. Neste caso, o estudo pode evidenciar o perfil dos idosos que possuem percepção de saúde positiva, essencial para a vigilância de sua saúde geral.

A percepção precária da própria saúde pode ser vista como resultado de sentimentos provocados pelo mal-estar, dor ou desconforto, em interação com os fatores sociais, culturais, psicológicos e ambientais que modificam a maneira como a vida da pessoa é afetada pelo problema experimentado. Dessa forma, essa percepção deve ser analisada sob uma ótica multidimensional, levando em consideração os diferentes entendimentos individuais da saúde, diante do contexto cultural e psicossocial existente. Essa autoavaliação repercute na qualidade de vida do indivíduo (FRANKS et al., 2003). Dias e et al. (2013) demonstraram que a percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família ou institucionalizados, não diferente, conforme era esperado. Além disso, reforçaram ainda mais a importância do convívio social, do bem-estar psicológico, da prática de atividade física, entre outros fatores, para uma melhor percepção de qualidade de vida.

O estudo dos fatores que influenciam a percepção de saúde ajuda a compreender quais são os principais determinantes que refletem numa percepção mais negativa ou positiva da própria saúde (MANOR et al., 2001). Nesse sentido, na pesquisa de Bortoluzzi et al. (2017)

realizada com idosos dos municípios de Coxilha-RS e Estação-RS, evidenciou-se que a autopercepção de saúde negativa é associada com a dependência para capacidade funcional, o que reforça a sua validade como um indicador que demonstra as reais condições de saúde dos idosos. Mencionando a importância da manutenção da independência dos idosos, temos a definição de Aires et al. (2010) da capacidade funcional como a habilidade para realizar atividades que possibilitam à pessoa cuidar de si mesmo e viver de forma independente. Sua mensuração tem sido foco no exame do idoso e em um indicador de saúde mais amplo que a morbidade, pois se correlaciona com a qualidade de vida.

É sabido que há desigualdades entre os indivíduos: aqueles mais vulneráveis em relação à escolaridade, à alimentação adequada e, principalmente, a oportunidades, à assistência social e serviços de saúde, dentre outros aspectos, tendem a sofrer mais quando envelhecem (PAGOTTO, 2011). Neste sentido, Carvalho et al. (2015), no trabalho sobre desigualdades na autoavaliação de saúde, destacam que a qualidade descrita da saúde e do bem-estar está relacionada com as expectativas que diferentes grupos e culturas possuem e que refletem de forma diferente pela valorização diferenciada que cada grupo estabelece para cada necessidade humana. Para Paixão (2017) o local de moradia (urbano ou rural) também pode ser investigado para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos idosos e relacioná-la com o autorrelato de sua saúde. Santos et al. (citado por TAVARES, 2015), apontam que a qualidade de vida pode ser influenciada pelo local de moradia.

### 2.3 ATIVIDADE FÍSICA E O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO URBANO E RURAL

Segundo as recomendações a respeito da prática da atividade física, o Comitê Consultivo do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) define como padrão mínimo uma de três alternativas: pelo menos 20 minutos por dia de AF vigorosa durante 3 ou mais dias por semana; pelo menos 30 minutos por dia de AF moderada durante 5 ou mais dias por semana; ou qualquer combinação de esforço moderado e vigoroso, desde que atinja o mínimo de 600 MET-minutos por semana (IPAQ, 2010). Assim, a Organização Mundial da Saúde (2010) orienta que adultos pratiquem pelo menos 150 minutos por semana de AF moderada ou 75 minutos por semana de AF vigorosa, em sessões de pelo menos 10 minutos de duração, sem determinação de frequência semanal (WHO, 2010).



Lima et al. (2015) reforçam que o aumento da população idosa traz à tona a discussão de políticas públicas que visem a melhoria das condições de saúde dos idosos. Dentre essas políticas tem-se a importância da prática regular de AF na prevenção e minimização de agravos a saúde nessa população. Quando o objetivo é a prevenção de doenças e o retardamento do declínio funcional dos idosos, torna-se imprescindível para a sociedade a adoção de novos estilos de vida, com qualidade e tentando minimizar uso desnecessário de medicamentos, merecendo destaque a adoção de um estilo de vida mais ativo, participativo e com movimentos, seja para idoso rural ou urbano. Barbosa et al. (2015) em estudo que objetivou investigar se, entre idosos, a relação nível de atividade física (NAF) e qualidade de vida (QV) é afetada pelo ambiente de moradia (rural ou urbano), pois com base nos idosos pesquisados, o NAF exerce influência diferenciada na QV de idosos do espaço rural e urbano.

Em recente estudo realizado na cidade de Pelotas/RS, Martins (2017) considera que as áreas urbanas geralmente ganham maior destaque para avaliação de condições de saúde por contemplarem a maior parte da população. Assim, faltam estudos que objetivem especificamente avaliar condições de saúde dos moradores da zona rural, os quais apresentam também altas prevalências de morbimortalidade com especificidades em sua distribuição e determinação. Com relação à prática de AF, a escassez de investigações na zona rural é notória. Um dos poucos estudos existentes mostrou que 86,5% dos moradores da zona rural de uma cidade de Minas Gerais são fisicamente ativos, o que difere muito da zona urbana (BICALHO et al., 2010). Esse dado confirma a necessidade de maiores evidências sobre a população rural, uma vez que poucos estudos populacionais são encontrados na literatura.

Merz e Forrester, citados por Doro (2011), demonstraram que uma AF regular e moderada reduz o risco de morte por problemas cardíacos em 20 a 25% em pessoas com doença do coração diagnosticada. Pode-se reduzir substancialmente a gravidade de deficiências associadas à cardiopatia e outras doenças crônicas. Uma vida ativa melhora a saúde mental e, frequentemente, promove contatos sociais. A atividade pode ajudar pessoas idosas a ficarem independentes o máximo possível, pelo período de tempo mais longo. Além disso, pode reduzir o risco de quedas. Portanto, há importantes benefícios econômicos quando os idosos são fisicamente ativos. Os custos médicos são significativamente menores para as pessoas idosas ativas (DORO, 2011). A prática regular da AF vem sendo estudada fortemente como um importante fator de proteção “modificável” contra doenças crônico-degenerativas que, ainda nos dias atuais, são uma das principais causas de morte em países desenvolvidos (MASON et al, 2007).

Apesar de todos esses benefícios, uma grande proporção de idosos leva uma vida sedentária na maioria dos países. As populações com baixa renda, minorias étnicas e pessoas idosas com deficiências são frequentemente inativas (OMS, 2005). A inatividade física e um estilo de vida sedentário estão relacionados aos fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população, representando, além do risco pessoal de enfermidades, um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade (MATSUDO et al., 2002). Lima et al. (2015), em seu estudo transversal de base populacional com idosos residentes do município de Estação no Rio Grande do Sul, investigaram fatores de associação entre a prática de AF em idosos residentes do município e perceberam menor queixa de dor (45,1%) nos idosos praticantes de AF enquanto nos idosos que não praticavam AF o índice foi de (66,9%). Observaram também que a faixa etária de 80 anos ou mais está associada com o declínio dos níveis de AF, sugerindo a necessidade de criar estratégias efetivas como programas de saúde pública para os idosos aderirem à prática de AF, haja vista, os vários benefícios que trazem à saúde e a qualidade de vida.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo caracterizado como epidemiológico, descritivo e transversal (THOMAS et al., 2007). Segundo os autores a pesquisa descritiva é um estudo de status, baseados na premissa de que os problemas podem ser melhorados por meio de observação, análise e descrição objetivas.

A epidemiologia descritiva examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras (SZKLO E JAVIER, 2000).

Estudos transversais ou de corte transversal são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2006).

#### 3.2 POPULAÇÃO, AMOSTRA E SELEÇÃO

A população alvo da pesquisa foram idosos a partir de 60 anos, residentes da zona urbana e rural da cidade de Santa Maria localizada no centro do Rio Grande do Sul, com área total de 1.781,757 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 145,98 hab/km<sup>2</sup>. Santa Maria tinha em 2016 uma população estimada em 277.309 mil habitantes com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de (IDHM) de 0,784 (BRASIL, 2013; CENSO 2010; IBGE, 2010). O número de idosos na cidade é de aproximadamente 33.000 (IBGE, 2010). O município de Santa Maria é composto por 41 bairros da zona urbana, que são divididos em 8 regiões administrativas e 9 Distritos Rurais (IBGE, 2010). Destes, foram selecionados três bairros da zona urbana e três distritos da zona rural para serem investigados (FLUXOGRAMA 1). Os critérios para seleção dos bairros e distritos foram: renda média total do bairro e a quantidade de idosos por bairro e distrito (Tabela 1). Primeiramente selecionaram-se os bairros por renda média total do bairro e após, selecionou-se os bairros por percentil de idosos. Assim, foram selecionados três bairros que atendessem as rendas menor, média e maior. Com mesmo percentil de idosos para o total da população (entre 2% e 3,99%). Na zona rural selecionaram-

se os distritos por rendimento médio mensal e mediano mensal e após, selecionou-se os distritos por percentil de idosos.

Assim foram selecionados os distritos rurais que atendessem as rendas maior, média e menor com mesmo percentil de idosos para o total do distrito (entre 4,80% e 5,89%).

Estatisticamente, a seleção dos bairros e distritos torna-se expressiva pela quantidade de idosos residentes em cada um dos bairros e distritos a serem estudados. Torna-se pertinente compreender a dinâmica de bairros e dos distritos economicamente desiguais devido à importância do indicador socioeconômico para a problemática que esta pesquisa pretende evidenciar, pois um dos propósitos da epidemiologia é descrever a magnitude, a tendência e a distribuição dos problemas de saúde na população a ser estudada.

Os bairros, bem como os distritos de estratos econômicos distintos possuem percentuais de idosos frente ao total do município que aproximam-se, fato que torna tais áreas geográficas pertinentes ao estudo aqui proposto em função da diferença socioeconômica e da expressividade estatística possibilitar comparações entre os mesmos.

O cálculo amostral para os bairros foi realizado segundo a técnica de amostragem para população finita, com poder de 95%, nível de significância de 5%, nível de precisão 3% e como população total o número de 33.000 idosos (IBGE, 2010). Segundo este método 202 idosos deveriam ser avaliados. Sendo acrescentados 10% para eventuais perdas, sendo o “n” final de aproximadamente 220.

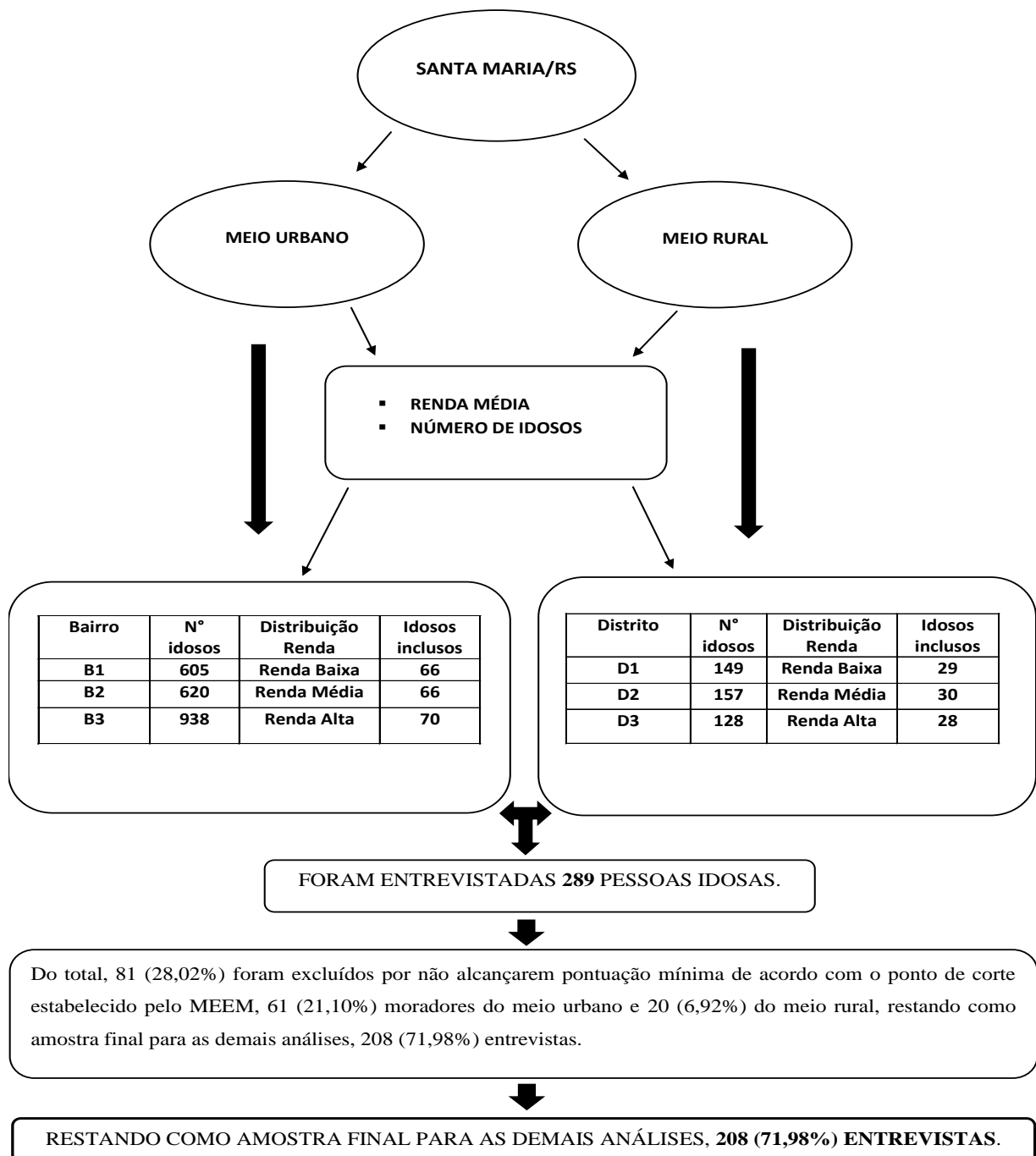
$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

O cálculo amostral para os distritos rurais foi realizado segundo a técnica de amostragem para população finita, com poder de 80%, nível de significância de 5%, nível de precisão 3% e como população total o número de 434 idosos (IBGE, 2010). Segundo este método pelo menos 72 idosos deveriam ser avaliados.

Considerando os cálculos, foi feita uma abordagem proporcional de aproximadamente 10% do total de pessoas idosas de cada bairro e 19% em cada distrito rural. Sendo assim, foram entrevistados 202 idosos no meio urbano e 72 idosos no meio rural. O processo de amostragem caracterizou-se como não probabilística com amostra selecionada por conveniência, ou seja, os pesquisadores selecionaram membros da forma mais acessível.

O bairro B1 (renda menor) conta com aproximadamente 605 idosos residente, o B2 (renda média) com aproximadamente 620 idosos e o B3 (renda maior) conta com

aproximadamente 938 idosos. O distrito rural de 1 (menor renda) conta com aproximadamente 149 idosos, o 2 (renda média) com aproximadamente 157 idosos e o distrito 3 (renda maior) com 128 idosos (Tabela 1).



Fluxograma 1: Seleção três Bairros (Urbano) e três Distritos (Rural).

	Número de idosos	Renda
B1	605	R\$ 724,90
B2	620	R\$ 1.788,59
B3	938	R\$ 3.086,67
D1	149	R\$ 463,28
D2	157	R\$ 685,76
D3	128	R\$ 781,42

Fonte: Elaborada pelo autor

Tabela 1: Número de Idosos e Renda Média dos Bairros e Distritos Selecionados.

### 3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa indivíduos a partir de 60 anos, residentes dos bairros selecionados das zonas urbana e rural de Santa Maria-RS e foram excluídos da amostra idosos que não atingiram o escore mínimo de pontuação no Questionário Mini-Exame do Estado Mental – MEEM, para seu grau de escolaridade (ANEXO A), que residam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

## 3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA

### 3.3.1 Anamnese

Uma ficha diagnóstica (APÊNDICE A) foi elaborada para este estudo, com objetivo de descrever as características sócio demográficas (idade, sexo, escolaridade, moradia, estado civil, renda) e individuais relacionadas à saúde. A autopercepção de saúde se avaliou mediante a pergunta “como está o seu estado de saúde atual?”. Essa variável condição de saúde foi dicotomizada: percepção positiva (categorias “ótimo” e “bom”) e negativa (categoria “regular”, “ruim” e “muito ruim”) avaliando-se também a prevalência de doenças (presença de doenças, alguns medicamentos, incapacidades, dentre outras).

### 3.3.2 Mini Exame do Estado Mental

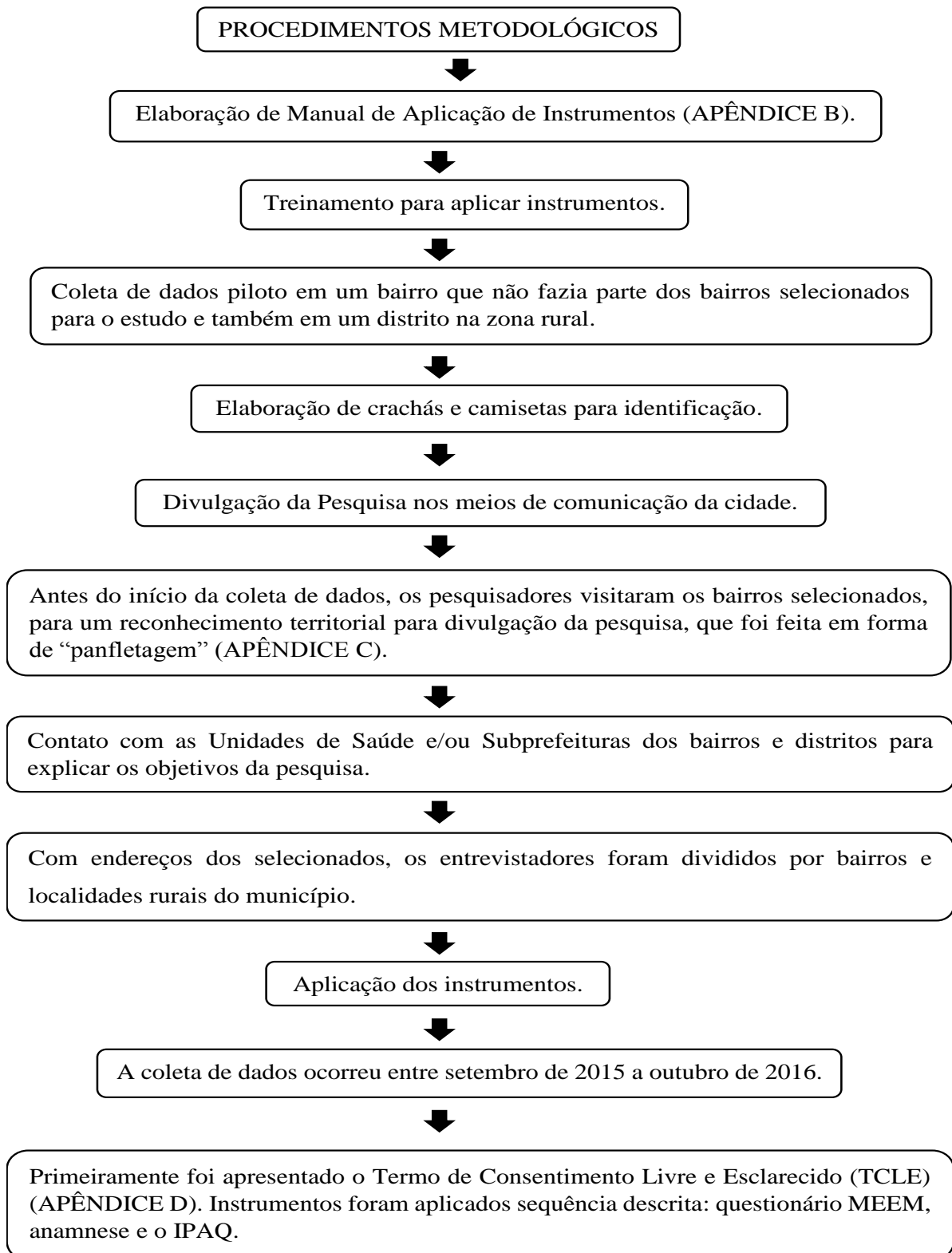
A avaliação cognitiva foi feita pela aplicação do mini exame do estado mental, validado por Folstein (1975), utilizando pontos de corte que levam em consideração o nível de escolaridade, considerando os seguintes escores: para analfabetos, 20 pontos; para um à quatro anos, 25 pontos; de cinco à oito anos, 26,5 pontos; de nove à 11 anos, 28 pontos; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos (BRUCKI et al., 2003). O MEEM é um instrumento econômico, confiável, válido e de grande utilidade no diagnóstico de demências.

### **3.3.3 Avaliação do nível de atividade física**

Para análise do Nível de Atividade Física foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (ANEXO B) em sua versão longa adaptado para idosos do Brasil (MAZO e BENEDETTI, 2010). O instrumento é composto de questões que abordam atividades realizadas numa semana habitual por pelo menos dez minutos contínuos, e permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer. No presente estudo foi considerado apenas o domínio de AF no lazer, considerando-se como FA os indivíduos que praticavam 150 minutos ou mais por semana (150min/sem), assim como outros estudos nacionais e internacionais que analisaram de forma similar utilizando o mesmo ponto de corte, AF no lazer, AF no deslocamento ou a prática de caminhada (SALVADOR et al., 2009a; SALVADOR et al., 2009b; FLORINDO et al., 2011; GOMES et al., 2011; GIEHL et al., 2012; REIS et al., 2013)

## **3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Fluxograma 2: Procedimentos Metodológicos.





### **3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Inicialmente foi realizada a estatística descritiva. A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Kruskal-Wallis. Para a comparação entre grupos das variáveis contínuas paramétricas foi utilizado o teste t para amostras independentes bicaudal, já para as não-paramétricas foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Foi utilizado o teste qui-quadrado para as comparações das variáveis categóricas. O nível de significância adotado foi de 5% .

### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS**

A presente proposta de pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 43071815.5.0000.5346, no dia 27/05/2015. Portanto, foram cumpridos os princípios éticos de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, além de serem assegurados por parte dos pesquisadores sigilo da identidade dos sujeitos que tiveram suas informações e dados coletados.

## 4 RESULTADOS

Este capítulo apresentará as produções elaboradas a partir da análise dos dados coletados nessa dissertação. Os resultados serão apresentados na forma de um manuscrito submetido a revista “Cadernos de Saúde Pública”.

#### 4.1 ARTIGO

### **Percepção de saúde, prevalência de doenças crônicas e nível de atividade física de idosos do meio urbano e rural**

*Patricia Fagundes Soares<sup>1</sup>*

*Daniela Lopes dos Santos<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *Programa de Pós Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.*

<sup>2</sup> *Programa de Pós Graduação em Gerontologia e Educação Física, Departamento de Educação Física e Desportos, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS.*

Autor Correspondente:

Patricia Fagundes Soares. São Miguel Novo/Interior. CEP 97200000, Restinga Seca, RS, Brasil. Tel.:+55 55 996523068. E-mail: patifagundessoares@hotmail.com

## RESUMO

Objetivo: Analisar e comparar a autopercepção de saúde, a prevalência de doenças crônicas e o nível de atividade física de idosos do meio urbano e rural. Método: Estudo de base domiciliar transversal realizado na zona urbana e rural de Santa Maria/RS. A amostra foi composta por 202 idosos de três bairros urbanos e 72 idosos de três distritos rurais, com diferentes níveis socioeconômicos. Características sócio-demográficas, rastreio cognitivo, percepção de saúde, prevalência de doenças crônicas e nível de atividade física foram coletados. A normalidade dos dados foi verificada através do teste de *Kruskal-wallis*. Para a comparação entre grupos das foi utilizado o teste t de Student bicaudal para amostras independentes, também foi utilizado o teste de Mann-Whitney e o teste qui-quadrado para as comparações das variáveis categóricas. Resultados: Observou-se que a maioria dos entrevistados percebe sua saúde positivamente (51,92%), com diferença estatisticamente significativa entre as zonas de moradia, havendo prevalência de doenças crônicas no grupo rural, com maior percentual de hipertensão (74,63%) e dislipidemia (23,88%). Constatou-se que o grupo urbano é mais ativo no lazer (19,86%), enquanto que no grupo rural apenas 8,96% são classificados como ativos e 91,04% como insuficientemente ativos. Conclusão: Houve uma alta prevalência de hipertensão e dislipidemia em idosos da zona rural de Santa Maria, sendo a maioria classificada como insuficientemente ativos no lazer.

**Palavras-chave:** Percepção. Doenças Crônicas. Atividade Física

## **ABSTRACT**

Objective: to analyze and compare the health perception, the prevalence of chronic diseases and the physical activity level of elderly in urban and rural areas. Method: conducted through home visits in the urban and rural area of Santa Maria/RS. The sample was composed of 202 older adults of three neighborhoods and 72 from three rural districts, with different socioeconomic levels. Social-demographic characteristics, cognitive screening, health perception, prevalence of chronic diseases and physical activity level were collected. The normality of the data was verified through the Kruskal-Wallis test. For the comparison between groups, the two-tailed Student's t test for independent variables was used for the continuous parametric variables and for the non-parametric, the Mann-Whitney test. Chi-square test was used for comparisons of categorical variables. Results: it was observed that most respondents perceived their health positively (51.92%), with statistically significant difference between housing areas, with a greater prevalence of chronic diseases in the rural group, presenting a higher percentage of hypertension (74.63%) and dyslipidemia (23.88%). It was noted that the urban group is more active in leisure (19.86%), while in rural group only 8.96% are classified as active and 91.04% as insufficiently active. Conclusion: There is a high prevalence of hypertension and dyslipidemia in the elderly of the rural area of Santa Maria, and the majority of older adults were classified as insufficiently active in leisure time.

**Keywords:** Perception. Chronic Diseases. Physical Activity.

## INTRODUÇÃO

O Brasil atravessa, atualmente, um período de transição epidemiológica, com uma profunda modificação dos padrões de saúde e doença, que interagem com fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais<sup>1</sup>. Embora as doenças infecciosas sejam ainda importantes, há um crescimento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, têm respondido por grande parte das mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e lazer, além de provocar grande pressão sobre os serviços de saúde<sup>2</sup>.

É notória a crescente margem na expectativa de vida nos dias atuais, as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>3</sup> estimam que em 2030, o percentual de indivíduos com 65 anos ou mais no Brasil, chegue a 13,4% (N = 29.899.007) da população geral. Na população idosa, é alta a prevalência de doenças crônicas e a presença de múltiplas morbidades decorrentes dos efeitos acumulados da exposição a estressores ao longo do curso de vida, indicando a necessidade de se considerar as causas de mortalidade nos subgrupos específicos, para, assim, orientar o planejamento, ações e estratégias em saúde para esse grupo etário<sup>4,5</sup>.

Decorrente desse processo, percebe-se uma ampliação do número de idosos no meio urbano, em comparação com as demais faixas etárias, enquanto se observa uma diminuição da população idosa no meio rural<sup>6</sup>. Essa maior concentração urbana, tem como causas: o processo de industrialização, melhores condições de vida e de acesso a serviços, principalmente de saúde e mudança dos idosos para os centros urbanos em função dos parentes que estão estabelecidos nas cidades<sup>7</sup>. Diante dos novos desafios impostos por essa realidade, encontrar estratégias para garantir que essa fase da vida seja vivida preferencialmente com independência, autonomia e qualidade de vida se faz necessário, e a prática regular de alguma atividade física (AF) pode desempenhar um importante papel nesse sentido<sup>8</sup>. Frequentemente, programas de promoção de AF, literalmente materializam tal prática como um remédio<sup>9</sup>.

Assim, na busca por um envelhecimento socialmente ativo com independência e maior qualidade de vida à contemplar todos idosos de maneira uniforme, percebe-se a necessidade de maior investimento dos órgãos públicos para saúde dos longevos. Bamrotia et al.<sup>10</sup>,

mostraram em estudo com comparação entre a população fisicamente ativa e sedentária, concluíram que uma atividade física regular é benéfica para os idosos em todos os aspectos, particularmente em manter melhor sua função pulmonar e prevenção da debilidade e mortalidade por doenças respiratórias.

Os estudos de Chow<sup>11</sup> e Fan<sup>12</sup> fazem referência as comunidades rurais e urbanas em relação saúde, evidenciam respectivamente, que há necessidade de consciência, tratamento e controle da hipertensão arterial, que foi maior nas comunidades urbanas, em comparação com a rural, já o outro estudo o mostrou que nas áreas rurais, os residentes micropolitanos eram menos ativos do que residentes em áreas rurais menores. Assim, pode-se observar que há necessidade, de maior compreensão e pesquisas para explorar esses diferentes meios (urbano e rural) de inserção do idoso e realidade do cenário de saúde, bem como o comportamento ativo dessa população. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a autopercepção de saúde, a prevalência de doenças crônicas e o nível de atividade física de idosos do meio urbano e rural.

## **MÉTODOS**

### **População e amostra**

A população alvo da pesquisa foram idosos a partir de 60 anos, residentes da zona urbana e rural da cidade de Santa Maria localizada no centro do Rio Grande do Sul, com área total de 1.781,757 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 145,98 hab/km<sup>2</sup>. Santa Maria tinha em 2016 uma população estimada em 277.309 mil habitantes com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de (IDHM) de 0,784 (BRASIL, 2013; CENSO 2010; IBGE, 2010). O número de idosos na cidade é de aproximadamente 33.000 (IBGE, 2010). O município de Santa Maria é composto por 41 bairros da zona urbana, que são divididos em 8 regiões administrativas e 9 Distritos Rurais (IBGE, 2010). Destes, foram selecionados três bairros da zona urbana e três distritos da zona rural para serem investigados (Figura 1). Os critérios para seleção dos bairros e distritos foram: renda média total do bairro e a quantidade de idosos por bairro e distrito (Tabela 1). Primeiramente selecionaram-se os bairros por renda média total do bairro e após, selecionou-se os bairros por percentil de idosos. Assim, foram selecionados três bairros que atendessem as rendas menor, média e maior. Com mesmo percentil de idosos para o total da população (entre 2% e 3,99%). Na zona rural selecionaram-se os distritos por

rendimento médio mensal e mediano mensal e após, selecionou-se os distritos por percentil de idosos. Assim foram selecionados os distritos rurais que atendessem as rendas maior, média e menor com mesmo percentil de idosos para o total do distrito (entre 4,80% e 5,89%).

Estatisticamente, a seleção dos bairros e distritos torna-se expressiva pela quantidade de idosos residentes em cada um dos bairros e distritos a serem estudados. Torna-se pertinente compreender a dinâmica de bairros e dos distritos economicamente desiguais devido à importância do indicador socioeconômico para a problemática que esta pesquisa pretende evidenciar, pois um dos propósitos da epidemiologia é descrever a magnitude, a tendência e a distribuição dos problemas de saúde na população a ser estudada.

Os bairros, bem como os distritos de estratos econômicos distintos possuem percentuais de idosos frente ao total do município que aproximam-se, fato que torna tais áreas geográficas pertinentes ao estudo aqui proposto em função da diferença socioeconômica e da expressividade estatística possibilitar comparações entre os mesmos.

O cálculo amostral para os bairros foi realizado segundo a técnica de amostragem para população finita, com poder de 95%, nível de significância de 5%, nível de precisão 3% e como população total o número de 33.000 idosos (IBGE, 2010). Segundo este método 202 idosos deveriam ser avaliados. Sendo acrescentados 10% para eventuais perdas, sendo o “n” final de aproximadamente 220.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

O cálculo amostral para os distritos rurais foi realizado segundo a técnica de amostragem para população finita, com poder de 80%, nível de significância de 5%, nível de precisão 3% e como população total o número de 434 idosos (IBGE, 2010). Segundo este método pelo menos 72 idosos deveriam ser avaliados.

Considerando os cálculos, foi feita uma abordagem proporcional de aproximadamente 10% do total de pessoas idosas de cada bairro e 19% em cada distrito rural. Sendo assim, foram entrevistados 202 idosos no meio urbano e 72 idosos no meio rural. O processo de amostragem caracterizou-se como não probabilística com amostra selecionada por conveniência, ou seja, os pesquisadores selecionaram membros da forma mais acessível.

O bairro B1 (renda menor) conta com aproximadamente 605 idosos residente, o B2 (renda média) com aproximadamente 620 idosos e o B3 (renda maior) conta com aproximadamente 938 idosos. O distrito rural de 1 (menor renda) conta com aproximadamente 149 idosos, o 2



(renda média) com aproximadamente 157 idosos e o distrito 3 (renda maior) com 128 idosos (Tabela 1).

Tabela 1: Número de Idosos e Renda Média dos Bairros e Distritos Selecionados.

	Número de idosos	Renda
B1	605	R\$ 724,90
B2	620	R\$ 1.788,59
B3	938	R\$ 3.086,67
D1	149	R\$ 463,28
D2	157	R\$ 685,76
D3	128	R\$ 781,42

Fonte: Elaborada pelo autor

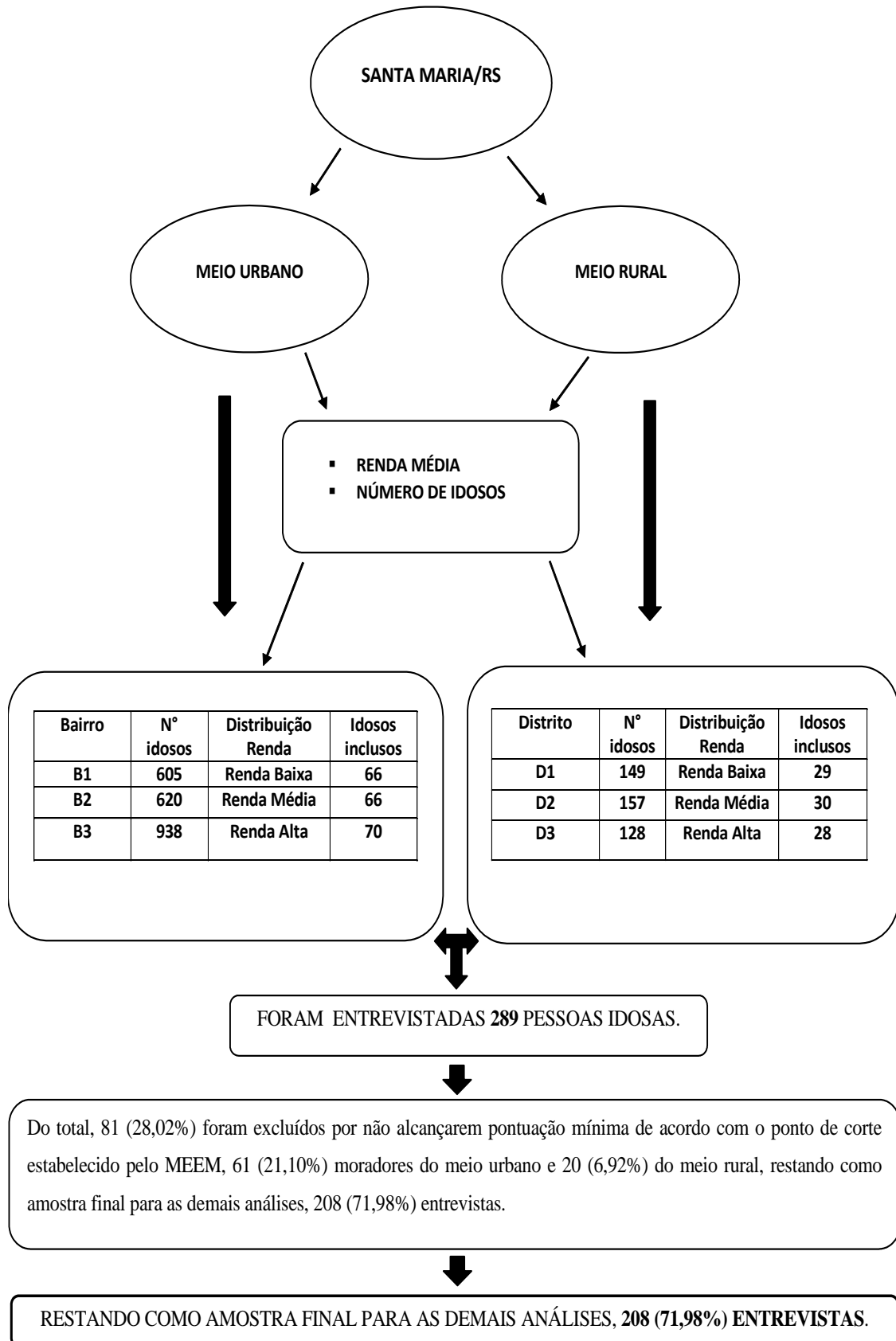


Figura 1: Fluxograma com seleção três Bairros (Urbano) e três Distritos (Rural).

### **Crítérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos na pesquisa indivíduos a partir de 60 anos, residentes dos bairros selecionados das zonas urbana e rural de Santa Maria-RS e foram excluídos da amostra idosos que não atingiram o escore mínimo de pontuação no Questionário Mini-Exame do Estado Mental – MEEM, para seu grau de escolaridade, que residam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

### **Instrumentos de coleta**

Uma anamnese foi elaborada para descrever as características sócio demográficas (idade, sexo, escolaridade, moradia, estado civil, renda) e individuais relacionadas à saúde. A autopercepção de saúde se avaliou mediante a pergunta “como está o seu estado de saúde atual?”. Essa variável condição de saúde foi dicotomizada: percepção positiva (categorias “ótimo” e “bom”) e negativa (categoria “regular”, “ruim” e “muito ruim”) avaliando-se também a prevalência de doenças (presença de doenças, alguns medicamentos, incapacidades, dentre outras).

A avaliação cognitiva foi feita pela aplicação do mini exame do estado mental, validado por Folstein (1975), utilizando pontos de corte que levam em consideração o nível de escolaridade, considerando os seguintes escores: para analfabetos, 20 pontos; para um à quatro anos, 25 pontos; de cinco à oito anos, 26,5 pontos; de nove à 11 anos, 28 pontos; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos (BRUCKI et al., 2003). O MEEM é um instrumento econômico, confiável, válido e de grande utilidade no diagnóstico de demências.

Para análise do Nível de Atividade Física foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física em sua versão longa adaptado para idosos do Brasil (MAZO e BENEDETTI, 2010). O instrumento é composto de questões que abordam atividades realizadas numa semana habitual por pelo menos dez minutos contínuos, e permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer. No presente estudo foi considerado apenas o domínio de AF no lazer, considerando-se como FA os indivíduos que praticavam 150 minutos ou mais por semana (150min/sem), assim como outros estudos nacionais e internacionais que analisaram de forma similar utilizando o mesmo ponto de corte, AF no lazer, AF no deslocamento ou a

prática de caminhada (SALVADOR et al., 2009a; SALVADOR et al., 2009b; FLORINDO et al., 2011; GOMES et al., 2011; GIEHL et al., 2012; REIS et al., 2013).

### **Procedimentos metodológicos**

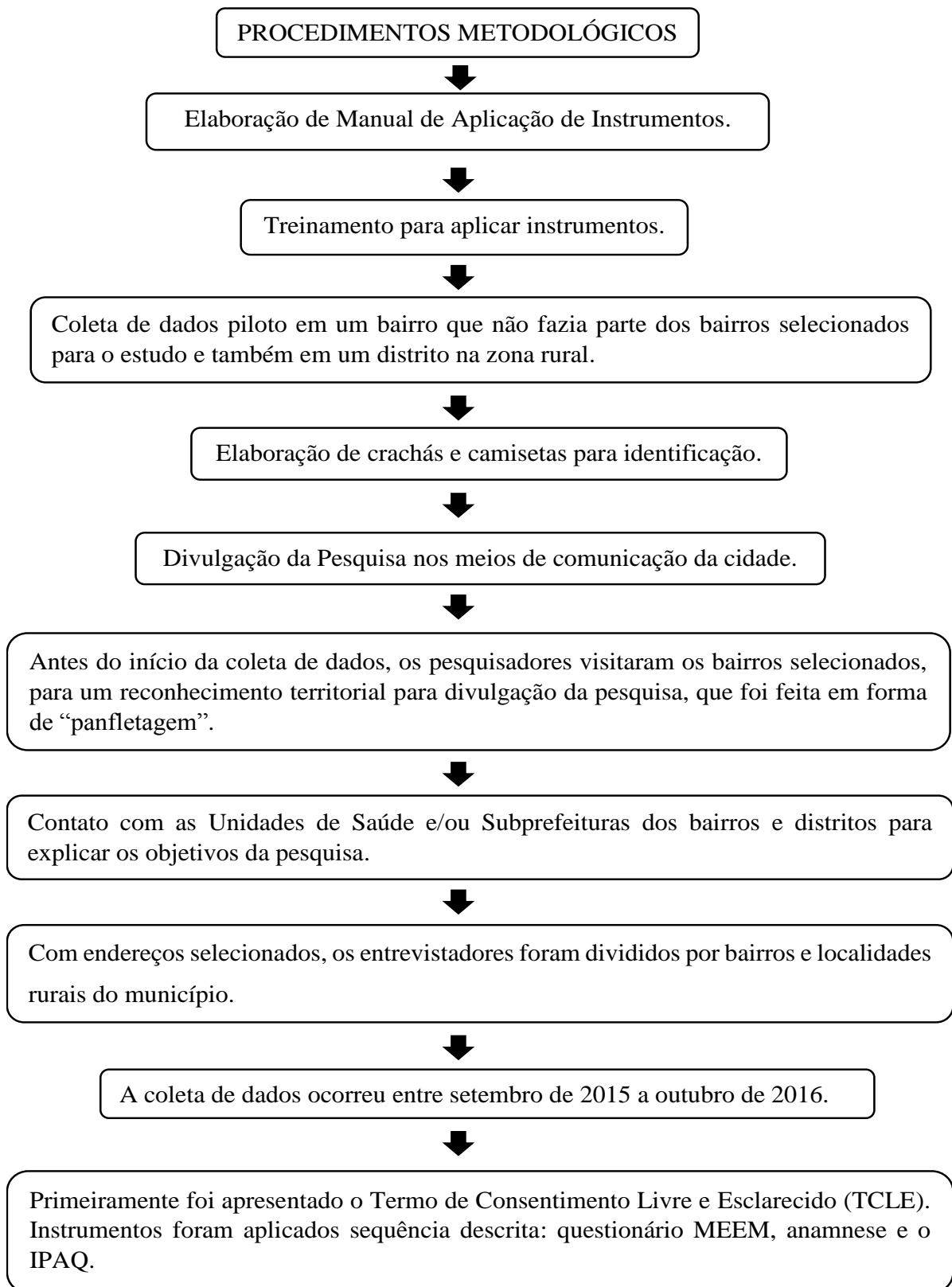


Figura 2: Fluxograma com procedimentos metodológicos.

## **Análise estatística**

Inicialmente foi realizada a estatística descritiva. A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Kruskal-Wallis. Para a comparação entre grupos das variáveis contínuas paramétricas foi utilizado o teste t para amostras independentes bicaudal, já para as não-paramétricas foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Foi utilizado o teste Qui-quadrado para as comparações das variáveis categóricas. O nível de significância adotado foi de 5% em todos os testes.

## **Aspectos éticos**

A presente proposta de pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 43071815.5.0000.5346, no dia 27/05/2015. Portanto, foram cumpridos os princípios éticos de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, além de serem assegurados por parte dos pesquisadores sigilo da identidade dos sujeitos que tiveram suas informações e dados coletados.

## **RESULTADOS**

A média de idade dos idosos do meio urbano foi de 71( $\pm$ 7,99) e do meio rural 70( $\pm$ 7,54),  $p=0,379$ .

A tabela 1 apresenta as principais características da amostra, de forma global e por distinção dos meios urbano e rural em relação à idade, sexo, faixa etária, nível socioeconômico e uso de medicação.

Tabela 2: Caracterização descritiva e comparativa da amostra em relação à idade, sexo, faixa etária, nível socioeconômico e uso de medicação (número absoluto e percentual).

Características	Geral	Urbano	Rural	p*
Grupo(%)	<b>208 (100)</b>	<b>141 (67,79)</b>	<b>67 (32,21)</b>	
Idade em anos(média±sd)	<b>70±7,85</b>	<b>71±7,99</b>	<b>70±7,54</b>	<b>0,379</b>
Sexo(%)				<b>0,197</b>
<b>Masculino</b>	<b>80 (38,46)</b>	<b>50 (35,46)</b>	<b>30 (44,78)</b>	
<b>Feminino</b>	<b>128 (61,54)</b>	<b>91 (64,54)</b>	<b>37 (55,22)</b>	
Faixa Etária (%)				<b>0,314</b>
<b>60 – 69</b>	<b>106 (50,96)</b>	<b>67 (47,52)</b>	<b>39 (58,21)</b>	
<b>70 – 79</b>	<b>71 (34,13)</b>	<b>50 (35,46)</b>	<b>21 (31,34)</b>	
<b>80 anos ou mais</b>	<b>30 (14,42)</b>	<b>23 (16,31)</b>	<b>7 (10,45)</b>	
Socioeconômico(%)				<b>0,656</b>
<b>Renda baixa</b>	<b>67 (32,21)</b>	<b>48 (34,04)</b>	<b>19 (28,36)</b>	
<b>Renda média</b>	<b>68 (32,69)</b>	<b>46 (32,62)</b>	<b>22 (32,84)</b>	
<b>Renda alta</b>	<b>73 (35,10)</b>	<b>47 (33,33)</b>	<b>26 (38,81)</b>	
Uso de medicação (%)				<b>0,543</b>
<b>SIM</b>	<b>187 (89,90)</b>	<b>128 (90,78)</b>	<b>59 (88,06)</b>	
<b>NÃO</b>	<b>21 (10,10)</b>	<b>13 (9,22)</b>	<b>8 (11,94)</b>	

p\*= em relação grupos Urbano e Rural

Entre os idosos, 50,96 % tinham entre 60 e 69 anos de idade e 61,54% eram do sexo feminino. Na zona urbana houve maior percentual de mulheres 64,54%.

Foi alta a prevalência de uso de medicação 89,90% na amostra total, sendo equiparadas as percentagens de uso no urbano (90,78%) e rural (88,06%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que diz respeito às variáveis investigadas.

Tabela 3: Distribuição dos sujeitos em função da percepção de saúde e número de doenças crônicas (número absoluto e percentual).

<b>Características</b>	<b>Geral N (%)</b>	<b>Urbano N (%)</b>	<b>Rural N (%)</b>	<b>p*</b>
Percepção de Saúde				<b>0,382</b>
<b>Positiva (ótimo/bom)</b>	<b>108 (51,92)</b>	<b>69 (48,94)</b>	<b>39 (58,21)</b>	
<b>Negativa (regular/ruim/muito ruim)</b>	<b>99 (47,60)</b>	<b>71 (50,35)</b>	<b>28 (41,79)</b>	
Nº Doenças Crônicas				<b>0,179</b>
<b>Nenhuma</b>	<b>17 (8,17)</b>	<b>11 (7,80)</b>	<b>6 (8,96)</b>	
<b>1 Doença</b>	<b>45 (21,63)</b>	<b>37 (26,24)</b>	<b>8 (11,94)</b>	
<b>2 Doenças</b>	<b>57 (27,40)</b>	<b>39 (27,66)</b>	<b>18 (26,87)</b>	
<b>3 Doenças</b>	<b>45 (21,63)</b>	<b>28 (19,86)</b>	<b>17 (25,37)</b>	
<b>4 Doenças</b>	<b>28 (13,46)</b>	<b>15 (10,64)</b>	<b>13 (19,40)</b>	
<b>5 Doenças</b>	<b>13 (6,25)</b>	<b>9 (6,38)</b>	<b>4 (5,97)</b>	
<b>6 Doenças</b>	<b>1 (0,48)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>1 (1,49)</b>	
<b>9 Doenças</b>	<b>1 (0,48)</b>	<b>1 (0,71)</b>	<b>0 (0,00)</b>	

p= em relação aos grupos urbano e rural

A tabela 2 descreve a distribuição dos sujeitos em função da percepção de saúde e número de doenças crônicas. Dentre os idosos pesquisados, houve heterogeneidade na percepção de saúde, prevalecendo um padrão positivo no geral (51,92%), mas com a diferença entre os grupos: a população urbana percebeu sua saúde de forma mais negativa(50,35%)enquanto a rural, de forma mais positiva.

Apenas 8,17 % de todos idosos entrevistados não tinham doenças crônicas, sendo que a maioria tem de 1 a 3 doenças e o percentual do grupo rural foi prevalentemente maior para 3 doenças (25,37%) e para 4 doenças (19,40%) em relação ao grupo urbano.

A tabela 3 aponta as morbidades referidas pelos idosos dos grupos urbano e rural. Observou-se que a hipertensão foi a doença mais referida de forma geral entre os idosos 124 (59,62%), sendo estatisticamente diferente entre a zona de moradia, com um maior percentual de idosos hipertensos na zona rural (74,63%) do que na zona urbana (52,48%). As morbidades doenças cardíacas, artrose e dores lombares apareceram com menor prevalência, (17,79%, 17,79%, 18,75%, respectivamente) não havendo diferença entre os grupos. Observou-se para diabetes referida, que houve diferença entre o percentual encontrado nos



grupos urbano e rural, sendo a incidência maior no rural (22,39%) do que no urbano (20,57%). Entre os idosos com dislipidemia, houve prevalência no grupo rural de 23,88% em relação ao grupo urbano que foi de 10,64%, sendo estatisticamente significativa a diferença entre os grupos.

Tabela 4: Morbidades referidas pelos idosos dos grupos urbano e rural (número absoluto e percentual).

<b>Morbidades</b>	<b>Geral N (%)</b>	<b>Urbano N (%)</b>	<b>Rural N (%)</b>	<b>p*</b>
Hipertensão				0,002
<b>SIM</b>	<b>124 (59,62)</b>	<b>74 (52,48)</b>	<b>50 (74,63)</b>	
<b>NÃO</b>	<b>84 (40,38)</b>	<b>67 (47,52)</b>	<b>17 (25,87)</b>	
Doenças Cardíacas				<b>0,113</b>
<b>SIM</b>	<b>37 (17,79)</b>	<b>29 (20,57)</b>	<b>8 (11,94)</b>	
<b>NÃO</b>	<b>168 (80,77)</b>	<b>109 (77,30)</b>	<b>59 (88,06)</b>	
Artrose				<b>0,056</b>
<b>SIM</b>	<b>37 (17,79)</b>	<b>30 (21,28)</b>	<b>7 (10,45)</b>	
<b>NÃO</b>	<b>171 (82,21)</b>	<b>111 (78,72)</b>	<b>60 (89,55)</b>	
Dores Lombares				<b>0,176</b>
<b>SIM</b>	<b>39 (18,75)</b>	<b>30 (21,28)</b>	<b>9 (13,43)</b>	
<b>NÃO</b>	<b>169 (81,25)</b>	<b>111 (78,72)</b>	<b>58 (86,57)</b>	
Diabetes				<b>0,764</b>
<b>SIM</b>	<b>44 (21,15)</b>	<b>29 (20,57)</b>	<b>15 (22,39)</b>	
<b>NÃO</b>	<b>164 (78,85)</b>	<b>112 (79,43)</b>	<b>52 (77,61)</b>	
Dislipidemia				0,012
<b>SIM</b>	<b>31 (14,90)</b>	<b>15 (10,64)</b>	<b>16 (23,88)</b>	
<b>NÃO</b>	<b>177 (85,10)</b>	<b>126 (89,36)</b>	<b>51 (76,12)</b>	

p\*= em relação aos grupos urbano e rural

A análise do nível de atividade física no deslocamento e lazer em função do local de residência(Tabela 4), mostrou que os idosos,no geral,são mais ativos no deslocamento

(48,08%) e inativos no lazer (83,65%). Constatou-se que o grupo urbano é mais ativo no lazer (19,86%), enquanto que no grupo rural apenas 8,96% são classificados como ativos e 91,04% como insuficientemente ativos, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa na atividade física de lazer entre os locais de residência urbano e rural ( $p=0,047$ ).

Tabela 5: Distribuição percentual dos sujeitos da amostra em função do local de residência (meio rural e urbano) por nível de atividade física no deslocamento e lazer.

	<b>Geral</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>	<b>p*</b>
<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>		
Atividade física no deslocamento				<b>0,767</b>
<b>Ativo</b>	<b>100 (48,08)</b>	<b>69 (48,94)</b>	<b>31 (46,27)</b>	
<b>Insuficientemente ativo</b>	<b>108 (51,92)</b>	<b>72 (51,06)</b>	<b>36 (53,73)</b>	
Atividade física no lazer				0,047
<b>Ativo</b>	<b>34 (16,35)</b>	<b>28 (19,86)</b>	<b>6 (8,96)</b>	
<b>Insuficientemente ativo</b>	<b>174 (83,65)</b>	<b>113 (80,14)</b>	<b>61 (91,04)</b>	
Atividade física lazer+deslocamento				<b>0,347</b>
<b>Ativo</b>	<b>124 (59,62)</b>	<b>87 (61,70)</b>	<b>37 (55,22)</b>	
<b>Insuficientemente ativo</b>	<b>84 (40,38)</b>	<b>54 (38,30)</b>	<b>30 (44,78)</b>	

p\*= em relação aos grupos urbano e rural.

## DISCUSSÃO

A maioria das pesquisas realizadas com idosos apontam que boa parte dos entrevistados são pessoas do sexo feminino<sup>25</sup>, e neste estudo não foi diferente pois 61,54% eram mulheres e do total de entrevistados 50,96% tinham entre 60 e 69 anos de idade. Há uma prevalência de idosos jovens (60 a 69 anos) na população brasileira, como estudos de Leite et al.<sup>26</sup> e Borges et al.<sup>27</sup> Esses achados corroboram com estudos de Torres<sup>28</sup> que observou na zona urbana 64,49% mulheres entrevistadas e a maioria dos pesquisados também tinham a faixa etária mencionada.

Como pode ser observado na tabela 2, de forma geral os idosos perceberam sua saúde de forma positiva. Em estudo parecido realizado em Ananindeua-PA, a autoavaliação de saúde também foi considerada positiva pela maioria dos indivíduos<sup>29</sup>, semelhante ao que foi encontrado em SC com 100 idosos<sup>30</sup> e em MG com 1742 idosos<sup>31</sup>. Mas no grupo urbano

dessa pesquisa, 50,35% relataram ter percepção negativa de sua saúde, fato esse que também ocorreu no estudo de Wang et al.<sup>32</sup> que encontrou relato de saúde regular ou ruim de forma mais prevalente nos idosos da zona urbana. Salienta-se que a maioria das pesquisas reportam esta percepção negativa da saúde nos moradores da zona rural<sup>33</sup>, logo, dados diferentes dos que foram encontrados neste estudo. No idoso, a autoavaliação da saúde edifica-se dentro do contexto ao qual o idoso está inserido, e que abrange alterações físicas e mentais próprias ao processo de envelhecimento, associadas a questões culturais e ambientais<sup>31</sup>.

Macedo et al.<sup>34</sup> alegam que durante o processo de envelhecimento, é esperado que os idosos apresentem alguma patologia crônica. Assim, o presente estudo destacou que no geral a maioria tem de 1 a 3 doenças crônicas, corroborando com estudo de Bambuí<sup>35</sup> no qual 69% dos idosos relataram ter pelo menos uma doença crônica. Já Barbosa et al.<sup>36</sup> identificaram que a maioria dos idosos, residentes tanto na zona urbana como na rural, são portadores de duas ou mais doenças. Neste estudo, foi observado que o percentual de idosos do meio rural foi prevalentemente maior para 3 doenças (25,37%) e para 4 doenças (19,40%) em relação aos do meio urbano. Convém um olhar atento para este dado, podendo haver relação com a realidade de acesso a saúde pública no meio rural, em virtude do suporte precário aos cuidados primários, pois foi observado, por exemplo, em um dos distritos rurais do estudo que o acesso à unidade móvel de saúde se dava apenas uma vez por mês.

Com ênfase nas morbidades referidas pelos idosos dos diferentes meios (Tabela 3), percebe-se elevada proporção de idosos que referiram hipertensão arterial sistêmica (HAS). Em estudo recente, Torres<sup>28</sup> reportou que em ambos os meios, a hipertensão foi a doença mais frequente (61% no urbano e 59% no rural). Na pesquisa do mesmo, não houve diferença de percentual de idoso hipertensos entre os grupos explorados. Mas no presente estudo, foi estatisticamente significativa a diferença de prevalência de hipertensão entre os idosos do meio urbano (52,48%) e do meio rural (74,63%). Assim, o grupo rural apresentou alta prevalência de HAS, sendo de suma importância os cuidados com fatores de risco cardiovascular e atenção para estratégias de medidas curativas, sendo necessários maior vigilância e controle dessas doenças. Em estudo sobre o impacto dessa morbidade sobre a qualidade de vida de idosos da zona rural<sup>37</sup>, verificou-se que os idosos com HAS apresentaram menor escore de qualidade de vida em relação aos sem HAS. Outra pesquisa recente também confirma esse dado relevante<sup>38</sup>.

Em estudo com fatores associados a hipertensão<sup>39</sup> ressaltou-se que o sexo feminino e o excesso de peso permaneceram como preditores da HAS e do diabetes mellitus e que são necessárias ações em saúde no espaço rural, visando à promoção da saúde e a

prevenção de agravos entre esses idosos. Estudo envolvendo comunidades urbanas e rurais de 17 países, reportou que dentro de uma população de estudo multinacional, 46,5% dos participantes com hipertensão estavam cientes do diagnóstico e com controle da pressão arterial dentre os 32,5% dos que estavam sendo tratados<sup>11</sup>. Nesse sentido, é válido mencionar que foi possível observar em alguns idosos do meio rural, a desinformação quanto aos cuidados com uso de medicação, principalmente entre os hipertensos. Logo, essas observações sugerem estratégias de ações para conscientização e controle da hipertensão.

Algumas morbidades referidas pelos idosos foram distintas quanto à zona de moradia. A prevalência de doenças cardíacas, artrose e dores lombares foi maior no meio urbano, enquanto diabetes e dislipidemia foi maior no meio rural. A maior incidência de diabetes autorreferida foi de 22,39% em idosos do meio rural, sendo superior ao observado em outros estudos<sup>40,41</sup>. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios<sup>42</sup> (PNAD), a prevalência de diabetes mellitus na população idosa no Brasil é de 16,1%. Nesse entrelace de altas morbidades que foram destacadas, a dislipidemia foi significativamente maior no meio rural (23,88%), sendo mais que o dobro do que no meio urbano (10,64%). O relato de hipertensão e dislipidemias pelos idosos foi alto, sendo estes dados também diagnosticados em Minas Gerais<sup>43</sup> e em um município do Rio Grande do Sul<sup>44</sup>. Verificou-se em estudo realizado em um município com características rurais do interior do RS, um alto percentual de doenças cardiovasculares, sendo a dislipidemia e a diabetes menos mencionadas<sup>38</sup>.

Entre os múltiplos fatores que envolvem as doenças crônicas, faz-se uma interessante relação com o índice de idosos ativos e inativos. Noronha et al.<sup>45</sup> destacaram em estudo brasileiro de base populacional, realizado com 841 idosos o quanto a prática de atividade física é relevante para a saúde dos idosos. E que somente 20% da população estudada praticava a ideologia do envelhecimento ativo, e nesta parcela, a qualidade de vida e capacidade física apresentavam-se elevadas e melhores em relação aos demais, ficando mais uma vez evidenciado a importância da prática de atividades físicas no processo de envelhecimento.

A importância de se analisar as zonas de moradia e verificar se a realidade desses cenários para oportunidade/ou adesão e conscientização da prática de atividade física, é evidenciada neste estudo. No geral, a maioria dos idosos pesquisados foi classificado como ativos (59,62%), no entanto, foi observado alto percentual de idosos insuficientemente ativos, tanto em atividades físicas no deslocamento (51,92%) quanto no lazer (83,65%). Houve ainda, uma diferença estatisticamente significativa nas atividades físicas de lazer entre os

idosos dos diferentes meios, com alto percentual de idosos insuficientemente ativos na zona rural (91,04%). Dois fatores influenciam os padrões de atividade física: um está relacionado às características individuais, considerando as motivações, autoeficácia, habilidades motoras e comportamentos de saúde; e o outro considerando as características ambientais, relacionadas ao acesso ao trabalho ou espaços de lazer, os custos, barreiras de disponibilidade temporal e suporte sociocultural<sup>46</sup>.

Foi observada maior inatividade física no lazer dos idosos, diferente do estudo de Torquato et al.<sup>47</sup>, que encontraram 73% dos idosos classificados como insuficientemente ativos no deslocamento. Dados pertinentes são expostos em uma revisão de Rodrigues et al.<sup>48</sup>, que evidencia a relação entre os níveis de prática de atividades físicas e as condições socioeconômicas em adultos e idosos. Concluem que participantes de menor escolaridade, menor renda, com pior qualificação profissional ou desempregados estão sujeitos a uma prática insuficiente de atividade física no lazer e, por outro lado, a uma maior sobrecarga física de deslocamento e ocupacional. No presente estudo, observou-se um elevado índice de sedentarismo no grupo rural, e uma possível explicação é o ambiente onde vivem, pois a maioria dos idosos relatou falta de lugar apropriado para caminhada, por exemplo. Muitos mostraram-se motivados em desenvolver alguma atividade física, mas questionaram a falta de investimentos para tal prática. Em pesquisa recente<sup>28</sup>, apresentou-se como uma possível explicação para alta porcentagem de sedentarismo, o déficit de informações fornecidas sobre os benefícios da prática regular de atividade física, somado a isso, no ambiente rural, outros fatores também poderiam influenciar de forma negativa, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e transporte a essas localidades. Não obstante, resultados opostos foram identificados por Pinto<sup>49</sup> et al., e Mendes<sup>50</sup> et al., em suas pesquisas, nas quais 64,2% dos idosos não eram sedentários.

Foi relatado também um alto índice de uso de medicação (89,90%), sendo observado nas entrevistas que muitos idosos não são conscientizados sobre a utilização de cada medicamento. Para Cassoni<sup>51</sup> et al. alguns fatores de risco para o uso excessivo de medicações, já conhecidos, são de difícil modificação devido, principalmente, à existência de doenças crônicas e de condições resultantes do processo de envelhecimento. Por outro lado, percebe-se um interesse crescente pela prevenção e controle das DCNT e de seus fatores de risco, assim, acredita-se que o conhecimento das experiências familiares com a medicação possa dar visibilidade às fragilidades e fortalezas desse cuidado, a fim de fornecer subsídios para os serviços de saúde públicos implementarem ações na perspectiva da promoção em saúde<sup>52</sup>. Em estudo quantitativo e transversal realizado com octogenários de Passo

Fundo/RS<sup>53</sup>, mas com amostra menor que esta pesquisa, também evidenciou-se elevado uso de medicamentos (67,24% dos idosos). Corroborando estes dados, outro estudo no RS apontou que 75,7% dos idosos faziam uso de alguma medicação e enfatizaram que esse fator traz como consequência um equilíbrio muito delicado entre risco e benefício; assim, os mesmos medicamentos que podem prolongar a vida do idoso podem custar a sua qualidade de vida<sup>54</sup>. Vale destacar que no presente estudo, o uso de medicação foi alto tanto na zona urbana como na rural, ou seja, ambos locais merecem os cuidados da saúde pública, na tentativa de minimizar o uso da medicação.

O presente estudo apresenta como limitação o fato de ser descritivo, não permitindo relações de causalidade entre as variáveis estudadas.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que a prevalência de idosos com doenças crônicas no município de Santa Maria/RS é alta, principalmente para hipertensão e dislipidemia, evidenciando-se maior prevalência nos idosos residentes no meio rural. Mais da metade dos pesquisados percebeu sua saúde de forma positiva, sendo esta percepção positiva de saúde maior nos idosos do meio urbano. Também foi verificada alta prevalência do uso de medicamentos nos idosos de forma geral. Juntamente com esses fatores, foi verificado o baixo nível de atividade física geral, destacando-se nas atividades físicas no lazer, um elevado percentual de idosos do meio rural insuficientemente ativos.

Considera-se de grande importância uma maior atenção e melhores cuidados com idosos dos diferentes meios, principalmente com os do meio rural na questão dos fatores que envolvem saúde e estratégias que proporcionem a prática de AF tanto no lazer ou como forma de deslocamento, bem como o planejamento e eficácia das políticas públicas de saúde orientadas à esta faixa etária.

## **REFERÊNCIAS**

1. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Damascena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the world health survey. *BMC Health Services Research*. 2010;10(217):1-7
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*.

2011;377(9781):1949-61.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: ago. 2017.

4. Batista SR. A complexidade da multimorbidade. *J Manag Prim Health Care*. 2014;5(1):1256.

5. Oliveira TC, Medeiros WR, Lima. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):85-94.

6. De Mera CMP, NettoCGAM. Envelhecimento dos produtores no meio rural na região do Alto Jacuí/RS e consequente migração. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. 2014;19(3):759-74

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 20 mai. 2017.

8. Ribeiro GC, Ferreti F, Sá CA. Qualidade de vida em função do nível da prática de atividades físicas em idosos urbanos e rurais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017; 20(3): 330-9

9. Matsudo V, Araujo T, Andrade D, Oliveira L, Santos M, Silva L. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. *Rev Bras Ativ Fis& Saúde*. 2012;13(3):178-84.

10. Bamrotia JB, Patel D, Joshi AN. Evaluation of respiratory function in physically active elderly males in comparison to males having sedentary lifestyle. *Natl J Physiol Pharm Pharmacol*. 2017;7(1):108-12.

11. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*. 2013;310(9):959-968.

12. Fan, JX, Wen M, Kowaleski-Jones L. Rural-urban differences in objective and subjective measures of physical activity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2003-2006. *Prev Chronic Dis*. 2014;11:E141.

13. Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano: IDHM. 2013. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/idhm/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/)>
14. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Censo 2010. Acessado em:10/11/2014. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados\\_divulgados/index.php?uf=43](http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=43)>.
15. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Síntese de Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 27 jul. 2017.
16. Folstein et al. Mini-Mental State: a practical method for grading the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975v. 12, n. 3, p.189-198.
17. Brucki, et al. Sugestão para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. São Paulo, v.61, n. 3B, 2003.
18. Mazo, G. Z.; Benedetti, T. R. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. *Revista Brasileira Cineantropometria & Desempenho Humano*, v. 12, n. 6, p. 480-484, 2010.
19. SALVADOR, E. P.; REIS, R. S.; FLORINDO, A. A. A Prática De Caminhada como forma de deslocamento e sua associação com a percepção do ambiente em idosos. *Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde*, v. 14, n. 3, 2009.
20. Florindo, A. A.; Hallal, P. C. *Epidemiologia da atividade física*. São Paulo, editora Atheneu. 2011.
21. Gomes, G. A. et al. Walking for leisure among adults from three Brazilian cities and its association with perceived environment attributes and personal factors. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 13, n. 8, p. 111, 2011.
22. Giehl, M. W. C. et al. Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 516-525, 2012.
23. Reis, R.S. et al. Walkability and physical activity: findings from Curitiba, Brazil. *American Journal of Prevention Medicine*, v. 45, n. 3, p. 269–275, 2013.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148p. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
25. Aires M, Paskulin GLM, Morais EM. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev Latino-Am de Enfermagem*.2010;18(1).



26. Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Silva, LAA. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012; 15(3):481-492.
27. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibeling LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):79-86.
28. Torres TMS. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional de idosos de zona urbana e zona rural: Um estudo comparativo. [Trabalho de Conclusão de Curso -Graduação em Fisioterapia]. Universidade Estadual da Paraíba: Campina Grande; 2017.
29. Poubel PB, Lemos ELC, Araújo FC, Leite GG, Freitas IS, Silva RMA, et al. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. *J Health Biol Sci.* 2017;5(1):71-8.
30. Souza F, Dias AM. Condição multidimensional de saúde dos idosos inscritos na estratégia saúde da família. *ACS.* 2015;22(4):73-7.
31. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Públ.* 2004;38(6):827-34.
32. Wang N, Iwasaki M, Otani T, Havashi R, Miyazaki H, Xiao L, et al. Perceived health as related to income, socio-economic status, lifestyle, and social support factors in a middle-aged Japanese. *J Epidemiol.* 2005;15(5):155-62.
33. Confortin SC, Antes DL, Pessini J, Schneider IJC, d'Ordiet E, Barbosa AR. Comparison of sociodemographic profile and health conditions of elderly residents in predominantly rural and urban areas of the Greater Florianópolis, southern Brazil. *Cad Saúde Coletiva.* 2016;24(3):3308.
34. Macêdo AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):358-63.
35. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. The Bambuí Cohort Study of Aging: methodology and health profile of participants at baseline. *Cad Saude Publica* 2011;27(3):327-35.

- 36.Barbosa AP, Teixeira TG, Orlandi B, Oliveira NTB, Concone MHVBet al. Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(4):743-54.
- 37.Paiva MM, Dias FA, Molina NPFM, Tavares DMS. Impacto da hipertensão arterial na qualidade de vida de idosos residentes na zona rural. *REAS.* 2016;5(1):12-22.
- 38.Bombardelli C, Rosa LHT, Keller KD, Klahr PS, Rosa PV, Peres A. Quality of life of elderly people living in a municipality with rural characteristics in the countryside of Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(1):85-90.
- 39.Tavares DMS, Marques ALN, Ferreira PCS, Dias FA. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes mellitus em idosos rurais. *Ciênc Cuid Saúde.* 2013;12(4):662-9.
- 40.Ali MK, McKeever Bullard K, Imperatore G, Barker L, Gregg EW. Characteristics associated with poor glycemic control among adults with self-reported diagnosed diabetes: National Health and Nutrition Examination Survey, United States, 2007-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2012;61(Suppl):32-7.
- 41.Pelegriani A, Coqueiro RS, Petroski EL, Benedetti TRB. Diabetes mellitus auto-referido e sua associação com excesso de peso em idosos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2011;13(6):442-7.
- 42.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2010). Síntese de Indicadores 2009. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42820.pdf> (Acessado em: 16 agosto de 2017).
- 43.Vitoli NC, Fogall AS, Nascimento CM, Franceschinil SCC, Ribeiro AQ. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(4):953-65.
- 44.Neumann B, Conde SR, Lemos JRN, Moreira TR. Associação entre o estado nutricional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos residentes no município de Roca Sales-RS. *RBCEH.* 2014;11(2):166-77.

45. Noronha DD, Martins AMEBL, Dias DS, Silveira MF, Paula AMB, Haikal SS. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):463-74.
46. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):383-91.
47. Torquato E, Gerage AM, Meurer ST, Borges RA, Silva MC, Benedetti TRB. Comparação do nível de atividade física medido por acelerômetro e questionário IPAQ em idosos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2016;21(2):144-53.
48. Rodrigues PAF, Melo MP, Assis MR, Palma A. Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2017;22(3):217-32.
49. Pinto LLT, Rocha SV, Viana HPS, Rodrigues WKM, Vasconcelos LRC. Nível de atividade física habitual e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em áreas rurais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):819-28.
50. Mendes JM, Rocha SV, Santos CA, Vasconcelos LRC, Diniz KO. Fatores associados a queixas subjetivas de memória em idosos residentes em áreas rurais. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*. ISSN 2176-901X, v. 18, n. 1, p. 289-305, 2015.
51. Cassoni TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(8):1708-20, 2014.
52. Caixeta NCRC, Tonelini ES, Brandão DC, Nunes RF, Ramos SB, Figueiredo GLA. Modo de uso dos medicamentos de portadores de doenças crônicas acompanhados pelas equipes da estratégia de saúde da família de um município mineiro. *Cinergis*. 2016;18(1):20-4.
53. Jorge MSG, Lima WG, Vieira PR, Vogelmann SC, Myra RS, Wibelinger LM. Caracterização do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e das condições sociais de idosos octogenários. *Saúde e Pesquisa*. 2017;10(1):61-73.

54. Da Luz EP, Dallepiane LB, Kirchner RM, Silva AA, Silva FP, Gopinger E, et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(2):303-14

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal analisar a percepção de saúde, a prevalência de doenças crônicas e o nível de atividade física de idosos oriundos do meio urbano e rural do município de Santa Maria/RS. De acordo com os achados pode-se inferir que a prevalência de idosos com doenças crônicas no município de Santa Maria/RS é alta, principalmente para hipertensão e dislipidemia, e mais da metade dos pesquisados percebeu sua saúde de forma positiva. Também foi verificada alta prevalência do uso de medicamentos nos idosos de forma geral. Juntamente com esses fatores, foi verificado o baixo nível de atividade física geral, destacando-se nas atividades físicas no lazer, um elevado percentual de idosos do meio rural insuficientemente ativos. Nas entrevistas foi possível observar a desinformação quanto aos cuidados com a saúde nos diferentes meios. No meio rural na aferição da pressão arterial, um idoso apresentou-a um pouco elevada e quando questionado se estava fazendo uso da medicação, relatou que não porque não estava se sentindo bem com o remédio e tinha resolvido parar de tomar. Isto sem retornar ao médico. Outro observatório no meio rural, foi de outro idoso que relatou estar tomando apenas um medicamento (suplemento vitamínico) porque fazia alguns meses que seu filho havia falecido e ele fazia uso do mesmo, logo para não colocar fora esta medicação ele fazia uso diário.

Também constatou-se a importância de ações imediatas para com a saúde dos idosos e investimentos para contemplar atividade física nos meios urbano e rural, bem como o planejamento e eficácia das políticas públicas de prevenção. Pois foi nitidamente visto a falta de infraestrutura para prática de AF nos distritos rurais, apenas um contava com um espaço para aulas de ginástica e exercícios funcionais, mas com aulas pagas, limitando os participantes. Outro com a questão de insegurança muito forte, sua localização às margens de faixa com bastante movimentação de carros, deixa idosos preocupados com a falta e necessidade de um lugar apropriado para uma simples caminhada por exemplo.

Além disso, pode-se evidenciar que na questão de receptividade, grande maioria das pessoas da zona rural apresentou-se solícita com a pesquisa. Já na zona urbana, muitos recusaram participar, alegando falta de tempo. Mas é válido salientar, que em muitas residências, os idosos mostraram-se tão contentes com a coleta de dados, que ofereceram: café da manhã, almoço, frutas, vinho, bolo etc.

Ressalta-se quão valiosa foi a experiência das coletas de dados, vivenciar diferentes realidades e o contato com pessoas idosas no seu ambiente domiciliar. Conversar e ouvir diferentes posicionamentos, ir aos domicílios mais distantes e perceber o quanto ainda falta

para evolução políticas públicas e programas de intervenções com a prática de exercícios físicos para a população em geral, mas em especial voltados para pessoas idosas.

Por fim, foi relatado que uma das principais observações realizadas foi a ausência de contato da comunidade com o meio acadêmico. Como sugestões para possíveis estudos futuros, o grupo de pesquisadores destaca a possibilidade de ter uma amostra mais expressiva e que contemple todos os bairros e distritos do município.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIRES M, PASKULIN LM, MORAIS EP. **Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo entre três regiões do rio Grande do Sul.** Rev Lat Am Enfermagem 2010; 18(1):11-17
- ALBUQUERQUE, F. J. B. **Psicologia social e formas de vida rural no Brasil.** Psic.: Teor. e Pesq. v. 18, n. 1, p. 37-42, 2002.
- AVLUND, K. et al. **Social relations as determinant of onset of disability in aging.** Archives of Gerontology and Geriatrics, v. 38, n. 1, p. 85-99, 2004.
- BARBOSA, A. P. et al. **Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 18, n. 4, p. 743-754, 2015.
- BICALHO, P. G. et al. **Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 44, n. 5, p. 884-893, 2010.
- BONSDORFF, M.; RANTANEN, T. **Progression of functional limitations in relation to physical activity: a life course approach.** European Review of Aging Physical Activity, v. 8, n. 1, p. 23-30, 2011.
- BORGES, A. M. et al. **Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 17, n. 1, p. 79-86, 2014.
- BORTOLUZZI, E. C. et al. **Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos longevos.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 22, n. 1, p. 85-94, 2017.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** Área Técnica Saúde do Idoso. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília, DF, 2010, 44p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148p. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano: IDHM.** 2013. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/idhm/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/)>
- BRUCKI, et al. **Sugestão para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria. São Paulo, v. 61, n. 3B, 2003.
- BUSSCHE, H. V. D. et al. **Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly?** Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. BMC Public Health v. 11, n. 101, p. 1-9, 2011.

CARVALHO, A. T. et al. **Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal.** Caderno de Saúde Pública, v. 31, n. 11, p. 2449-2461, 2015.

CONFORTIN, S.C. et al. **Comparação do perfil socioeconômico e condições de saúde de idosos residentes em áreas predominantemente rural e urbana da Grande Florianópolis, Sul do Brasil.** Caderno de Saúde Coletiva, v. 24, n. 3, p. 330-338, 2016.

CONFORTIN S. C. et al. **Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v. 31, n. 5, p. 1049-1060, 2015.

CORREIA, C. **O apoio social e a qualidade de vida dos idosos: do concelho de Faro.** 2009,[on-line] Disponível em <<http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/564>>. Acesso em 27 de jul. 2017

DIAS D. S. G.; CARVALHO C. S.; ARAÚJO C. V. **Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 16, n. 1, p. 127-138, 2013.

DORO, M. R. **Análise de aspectos biodinâmicos e cardiovasculares, relacionados à atividade física e saúde: comparação entre idosos praticantes de atividade física e sedentários.**[ Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade São Judas Tadeu, 2011

DUNCAN, B. B. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação.**Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 1, p. 126-134, 2012.

FARES, D. et al. **Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 58, n. 4, p. 434-441, 2012.

FLORINDO, A. A.; HALLAL, P. C. **Epidemiologia da atividade física.** São Paulo, editora Atheneu. 2011.

FOLSTEINetal.**Mini-MentalState:apracticalmethodforgradingthe cognitive stateofpatientsfortheclinician.***JournalofPsychiatryResearch.* 1975v. 12,n. 3, p.189-198.

FRANKS, P.; GOLD, M.R; FISCELLA, K. **Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US.** Social Science & Medicine, v. 56, p. 2505-2014, 2003.

GIEHL, M. W. C. et al.**Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis.**Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 3, p. 516-525, 2012.

GOMES, G. A. et al. **Walking for leisure among adults from three Brazilian cities and its association with perceived environment attributes and personal factors.** International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, v. 13, n. 8, p. 111, 2011.



GOULART, F.A.A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde.** Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Acesso em: 15 agosto, 2016.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. **Dificuldades e recompensas no processo de Envelhecimento: a percepção do sujeito idoso.** Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.6, p.2931-2940, 2010.

GUIMARÃES, J. M. N. et al. **Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study.** BMC Public Health, v. 20, n. 12, p. 676, 2012.

MOREIRA, R. M. et al. **Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica.** Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde, v. 16, n. 1, p. 27-38, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Diretoria de Pesquisas. Síntese de Indicadores Sociais.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010.** Acessado em:

10/11/2014. Disponível em: <

[http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados\\_divulgados/index.php?uf=43](http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=43) >.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios.** Rio de Janeiro, v.30, p.1-133, 2009. [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad\\_2009\\_v30\\_br.df](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2009_v30_br.df)

INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (IPAQ). **Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) — short and long forms.** Disponível em: <<http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>>. Acessado em 24 de maio de 2016.

LIMA, A. P. et al. **Fatores associados à atividade física em idosos de Estação, Rio Grande do Sul: estudo de base populacional.** Revista Brasileira Atividade Física e Saúde, v.20, n. 6, p. 618-625, 2015.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. **Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos.** Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v. 13, n. 1, p. 37-44, 2005.

MANOR, O.; MATTHEWS, S.; POWER, C. **Self-rated and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood.** International Journal of Epidemiology, v. 30, p. 600-607, 2001.

MARTINS, C.R. **Níveis de atividade física e fatores associados em adultos moradores de zona rural.** Pelotas, [Dissertação], Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

MASON, C. et al. **Mortality and self-rated health in Canada.** Journal of Physical Activity And Health, v. 4, n. 4, p. 423-433, 2007.

MATSUDO, S. M. et al. **Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento.** Revista Brasileira Ciência e Movimento, v.10, n.4, p. 41-50, 2002.

MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. R. **Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos.** Revista Brasileira Cineantropometria & Desempenho Humano, v. 12, n. 6, p. 480-484, 2010.

OLIVEIRA, M. A. et al. **Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional.** Revista Saúde Publica, v. 50, supl 2, 6s, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.** Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2016.

PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA E. **Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do sistema Único de Saúde de Goiânia- Goiás.** Caderno de Saúde Pública, v. 27, n. 8, p. 1593-1602, 2011.

PAIXÃO, L.A.R. **Autopercepção da saúde em idosos: dimensões e fatores associados, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013.**2017. [Dissertação]— Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

PEREZ, A. J. et al. **Estudo comparativo da autonomia de ação de idosas residentes em áreas rurais e urbanas.** Revista Brasileira Cineantropometria & Desempenho Humano, v. 14, n. 1, p. 11-22, 2012.

PORCIÚNCULA, R. C. R. et al. **Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 17, n. 2, p. 315- 325, 2014.

QUADRANTE, A. C. R. **Doenças crônicas e o envelhecimento.**2012. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm>>. Acesso em: 26 junho 2016.

REIS, R.S. et al. **Walkability and physical activity: findings from Curitiba, Brazil.**American Journal of Prevention Medicine, v. 45, n. 3, p. 269–275, 2013.

RIBEIRO, G.C. **Qualidade De Vida Em Função Do Nível Da Prática De Atividades Físicas De Idosos Residentes Em Meio Urbano E Rural Do Município De Palmas/Pr.**[Dissertação] Chapecó/SC, 2014.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 6ª edição, Guanabara Koogan , Rio de Janeiro 2006.

SALVADOR, E. P.; REIS, R. S.; FLORINDO, A. A. **A Prática De Caminhada como forma de deslocamento e sua associação com a percepção do ambiente em idosos.** Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde, v. 14, n. 3, 2009.

SANTANA, C.S. **Velhice ou melhor idade: Dilemas éticos.** Revista O Mundo da Saúde, v. 36, n. 1, p. 98-102, 2012.

SANTOS, E. A. et al. **Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 2, p. 393-400, 2013.

SILVA, C. G. et al. **Cuidados de enfermagem a pacientes com condições crônicas de saúde: uma revisão integrativa.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 2, 599-605, 2017.

SILVEIRA, C. L. et al. **Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem.** Ciência & Cuidado de Saúde, v. 8, n. 4, p. 667-674, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes brasileiras de Hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento.** Barueri, SP: Manole, 2005.

SZKLO, M.; JAVIER NIETO, F. Basic study designs in analytical epidemiology. In: Szklo M, Javier Nieto F. Epidemiology: beyond the basics. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc, p. 3-51, 2000.

TAVARES, D. M. S. et al. **Preditores da qualidade de vida de idosos urbanos e rurais.** Revista Baiana de enfermagem, v. 29, n. 4, p. 361-371, 2015.

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K.; SILVERMAN, S.J. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VIGITEL BRASIL 2016: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p.: il.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health.** Genebra: WHO; 2010. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf)>. Acessado em maio de 2016.

XAVIER, M. P.; ARAÚJO, J. S. **O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança/The concept of health and models of assistance: considerations and prospects in change.** Saúde em Foco, v. 1, n. 1, p. 137-149, 2014

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - ANAMNESE

Entrevistador(a):..... Data:.....

**a) Dados de Identificação:**

Nome completo:.....

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Data de nascimento:..... Idade:.....

Endereço:..... Telefone:.....

.....

**b) Características Sócio-Demográficas**

**1. Estado Civil:**

- ( ) Solteiro(a)
- ( ) Casado(a)/juntado(a)
- ( ) Separado(a)/divorciado(a)
- ( ) Viúvo(a)
- ( ) Outros

**2. Escolaridade:**

- ( ) Analfabeto/sem escolaridade
- ( ) Fundamental incompleto/1 a 7 anos
- ( ) Fundamental completo/8 anos
- ( ) Médio incompleto/9 a 10 anos
- ( ) Médio completo/11 anos
- ( ) Ensino superior completo
- ( ) Pós-graduação completa (especialização, mestrado e doutorado)

**3. Com quem você mora?**

- ( ) Sozinho(a)
- ( ) Cônjuge
- ( ) Filhos(as)
- ( ) Netos(as)
- ( ) Outro(s). Qual(s)?.....

**4. Religião:**

- ( ) Católico(a)
- ( ) Evangélico(a)
- ( ) Espírita
- ( ) Sem religião
- ( ) Ateu
- ( ) Outros:.....

...

## 5. Ocupação atual:

- Aposentado(a)  
 Pensionista  
 Aposentado(a) e Pensionista  
 Aposentado(a) ativo  
 Pensionista ativo  
 Aposentado(a) e Pensionista ativo  
 Remunerado ativo  
 Não remunerado ativo

## c) Condições de saúde

## 7. Como está o seu estado de saúde atual?

- Ótimo  Bom  Regular  
 Ruim  
 Muito ruim

## 6. Qual é a renda média mensal do senhor(a) e das pessoas que vivem em sua residência (renda mensal familiar em salários mínimos)?

- <1 (menor que 510,00)  
 1—2 (510,00 a 1019,00)  
 2—3 (1.020,00 a 1.529,00)  
 3—4 (1.530,00 a 2.039,00)  
 4—6 (2.040,00 a 3.059,00)  
 + de 6 (+ de 3.060,00)

9. Você tem alguma doença?  sim  não

Caso afirmativo: marque com X as doenças e anote o tempo de diagnóstico em anos

Doenças	Tempo Diagnóstico (an)	Doenças	Tempo Diagnóstico
<input type="checkbox"/> Doença cardíaca		<input type="checkbox"/> Alzheimer	
<input type="checkbox"/> Hipertensão (pressão alta)		<input type="checkbox"/> Depressão	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Artrose		<input type="checkbox"/> Dislipidemia (triglicéridios, colesterol alto)	
<input type="checkbox"/> Artrite Reumatóide		<input type="checkbox"/> Doenças dos olhos	
<input type="checkbox"/> Dores Lombares		<input type="checkbox"/> Dificuldades Auditivas	
<input type="checkbox"/> Osteoporose		<input type="checkbox"/> Incontinência Urinária (perda de urina)	
<input type="checkbox"/> Osteopenia		<input type="checkbox"/> Neoplasias (tumores)	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Fibromialgia	
<input type="checkbox"/> Bronquite Crônica		<input type="checkbox"/> Gastrite	
<input type="checkbox"/> Enfisema		<input type="checkbox"/> Outros: .....	
<input type="checkbox"/> Prisão de ventre			

10. Você toma medicamentos?  sim  não

Qual(s)? .....

.....

.....

11. Você fuma?  sim  não - Há quanto tempo? ..... anos.

11.a) Você já fumou?  sim - Por quanto tempo? ..... anos.  não

11.b) Há quanto tempo parou de fumar? ..... anos.

12. a) Faz uso de bebida alcoólica?  sim - Por quanto tempo? ..... anos.  não

APÊNDICE B – MANUAL DE APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**MANUAL DE APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS**

Santa Maria – RS  
2016

## **Apresentação**

Este manual tem por objetivo proporcionar informações sobre cada instrumento que será usado na coleta de dados, bem como, normatizar a aplicação dos mesmos.

### **Como deve ser a “chegada” nas residências?**

Um dos objetivos do estudo piloto feito em maio deste ano, foi identificar pontos positivos e negativos dos instrumentos, bem como, identificar como deve ser a abordagem com os idosos em suas residências. Ao pôr em prática o estudo piloto pudemos notar que uma das dificuldades foi “como chegar e se apresentar?”. A partir deste questionamento surgiram necessidades de identificação, como por exemplo, os crachás.

Outro ponto importante será colocar em prática uma breve apresentação (sua e da pesquisa): quem sou eu? O que estou fazendo? Pra que servirá as respostas?... Neste sentido colocamos abaixo um breve texto que deverá ser apresentado, lido ou falado (com suas próprias palavras) para os idosos:

*“Olá, tudo bem? meu nome é **FULANO**. Nós somos alunos do **MESTRADO/GRADUAÇÃO/GRUPO DE ESTUDO em EDUCAÇÃO FÍSICA da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**. Nós estamos fazendo uma pesquisa sobre a prática da atividade física e quais dificuldades pessoas idosas encontram para que consigam praticar. Gostaríamos de saber se você aceitaria responder e participar da nossa pesquisa? Os resultados desse estudo podem ajudar a identificar estruturas que podem ser modificadas ou melhoradas para facilitar a prática de atividades física e entre idosos e serão apresentados aos gestores municipais.”*

É válido lembrar que devemos tratar as pessoas sempre com muita educação e polidez, independentemente se aceitem participar ou não.

**Tentar aplicar todos os instrumentos de forma rápida e ágil, cumprindo o tempo médio entre 30 e 40 minutos, sabendo que é desgastante para os idosos responderem muitos questionamentos.**

### **Mini exame de estado mental (MEEM)**

O MEEM será o primeiro instrumento a ser aplicado. É um instrumento validado e considerado econômico, confiável, válido e de grande utilidade no rastreamento de demências, ou identificação de declínios cognitivos. Nós iremos utilizar pontos de corte que levam em consideração o nível de escolaridade, considerando os seguintes escores: para analfabetos, 20 pontos; para um à quatro anos, 25 pontos; de cinco à oito anos, 26,5 pontos; de nove à 11 anos, 28 pontos; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos.

O avaliador deverá ter consigo os materiais necessários para a aplicação do MEEM: um papel com 3 palavras escritas “ESCOVA-RUA-PORTA”, um papel com a frase “FECHE OS OLHOS”, um papel com os resultados dos cálculos sucessivos de Subtrair:  $100-7$  (5 tentativas:  $93 - 86 - 79 - 72 - 65$ ), um papel (ou parte de um papel) para que o idoso escreva uma frase, um relógio de pulso, caneta.

O avaliador deverá sempre (ou quase sempre) perguntar ao idoso, ou seja, o instrumento será aplicado em forma de entrevista. Exemplo: “O senhor (a) pode me dizer que dia da semana é hoje? e qual dia do mês? Em que mês estamos? De que ano? Que horas mais ou menos é agora? em que cômodo estamos? Estamos em uma casa, apartamento ou outro lugar? Qual o nome desse bairro (ou rua)? Qual a cidade? e Qual estado?” Enquanto o idoso responde o avaliador vai pontuando no MEEM.

Não é necessário LER o instrumento tal e qual, o importante é fazer o idoso entender o que você está perguntando para que possamos obter as respostas de forma satisfatória. É **MUITO IMPORTANTE** que não ajudemos os idosos a responder os questionamentos. Nós, enquanto pesquisadores, devemos nos manter de forma imparcial e com certo distanciamento.

**OBS:** tomar cuidado com termos e palavras técnicas, se houver a necessidade fale com uma linguagem mais simples para que idosos entendam.

**AO FINAL JÁ FAZER A SOMA DO SCORE TOTAL**, isto é muito importante pois, um dos critérios de exclusão é o idoso não ter condições cognitivas de responder tudo. Logo, ao final da aplicação do MEEM devemos de imediato somar a pontuação e no já no próximo instrumento que é a ficha diagnóstica identificar a escolaridade para saber se o idoso tem condições ou não de seguir em frente.

Tentar aplicar todos os instrumentos de forma rápida e ágil, cumprindo o tempo médio **entre 30 e 40 minutos**, sabendo que é desgastante para os idosos responderem muitos questionamentos.

#### **Ficha diagnóstica/anamnese (FD)**

A FD é de fácil aplicação e é constituída de perguntas sobre o estados de saúde, econômico, informações pessoais, etc.

O avaliador deverá sempre (ou quase sempre) perguntar ao idoso, ou seja, o instrumento será aplicado em forma de entrevista.

Não é necessário LER o instrumento tal e qual, o importante é fazer o idoso entender o que você está perguntando para que possamos obter as respostas de forma satisfatória. É **MUITO IMPORTANTE** que não ajudemos os idosos a responder os questionamentos. Nós, enquanto pesquisadores, devemos nos manter de forma imparcial e com certo distanciamento.

**OBS:** tomar cuidado com termos e palavras técnicas, se houver a necessidade fale com uma linguagem mais simples para que idosos entendam.

#### **Exemplo: Hipertensão arterial = Pressão alta**

Tentar aplicar todos os instrumentos de forma rápida e ágil, cumprindo o tempo médio **entre 30 e 40 minutos**, sabendo que é desgastante para os idosos responderem muitos questionamentos.



### Questionário internacional de atividade física (IPAQ)

Para mensurar o nível de atividade física vamos usar o IPAQ. O instrumento é composto de questões que abordam atividades realizadas na **semana anterior** por pelo menos **dez minutos contínuos**. O IPAQ é um questionário que permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer.

O avaliador deverá sempre (ou quase sempre) perguntar ao idoso, ou seja, o instrumento será aplicado em forma de entrevista.

Não é necessário LER o instrumento tal e qual, o importante é fazer o idoso entender o que você está perguntando para que possamos obter as respostas de forma satisfatória. É **MUITO IMPORTANTE** que não ajudemos os idosos a responder os questionamentos. Nós, enquanto pesquisadores, devemos nos manter de forma imparcial e com certo distanciamento.

Para identificar atividades moderadas e vigorosas (se for necessário) usar as imagens:

AF VIGOROSA



AF MODERADA



**OBS:** tomar cuidado com termos e palavras técnicas, se houver a necessidade fale com uma linguagem mais simples para que idosos entendam.

Tentar aplicar todos os instrumentos de forma rápida e ágil, cumprindo o tempo médio **entre 30 e 40 minutos**, sabendo que é desgastante para os idosos responderem muitos questionamentos.

APÊNDICE C – DIVULGAÇÃO DA PESQUISA “PANFLETAGEM”



A pesquisa **“NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E PERCEÇÃO DO AMBIENTE EM IDOSOS DE SANTA MARIA/RS”** teve início no mês de Setembro de 2015 e tem por objetivo principal verificar o nível de atividade física de pessoas a partir de **60 ANOS**, as barreiras que encontram na hora de praticar atividade física e também saber a visão que as pessoas têm do bairro onde vivem. Três bairros foram selecionados para o estudo: **NOVA SANTA MARTA, SÃO JOSÉ E NOSSA SENHORA DE LOURDES**. Um grupo de 8 pessoas, alunos do Mestrado em Gerontologia e Educação Física da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) fazem coletas, sempre identificados com crachás e em duplas. A ideia principal é conhecer o que dificulta a prática da atividade física, e a partir disto levar para a **Prefeitura Municipal de Santa Maria** para os gestores municipais conheçam a realidade das pessoas idosas e dos bairros onde vivem e vejam o que pode ser feito para melhorar. A pesquisa foi divulgada nos Jornais “A Razão” e no “Diário de Santa Maria”, a pesquisa também foi divulgada no site da UFSM. Buscando conhecer também a realidade dos Distritos Rurais de Santa Maria a pesquisa segue agora com as entrevistas nos Distritos Rurais selecionados: **“PALMA, SANTO ANTÃO E PASSO DO VERDE”**, a pesquisa nos Distritos tem previsão para início no mês de Agosto de 2016.

PATRICIA 96523068  
BARBARA 8102-0402

**SUA PARTICIPAÇÃO É DE  
GRANDE IMPORTÂNCIA.**

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS DE SANTA MARIA/RS

**Pesquisador responsável:** Daniela Lopes dos Santos e Patricia Fagundes Soares.

**Instituição/Departamento:** UFSM/CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (55) 96523068

O Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia com cuidado este documento e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será Penalizado (a) de forma alguma.

- O objetivo desta pesquisa é verificar a autopercepção de saúde, prevalência de doenças crônicas e nível de atividade física nos idosos que moram nos bairros de Santa Maria. Para isto, vamos usar alguns questionários, a maioria são perguntas simples e de rápido entendimento.
- Ao responder os questionários talvez o(a) senhor (a) possa ficar um pouco constrangido (a), pelo fato de que algumas perguntas são sobre o seu dia a dia, e pelo fato de que os pesquisadores poderão, se o senhor permitir, entrar na sua casa para aplicar os questionários.
- Ao participar da nossa pesquisa o(a) senhor (a) não terá benefícios diretos e imediatos, porém a proposta da pesquisa (depois que estiver concluída) é apresentar os resultados aos gestores municipais e ao conselho do idoso, fornecendo informações de grande importância para a implantação de políticas, ações e serviços de promoção da saúde na cidade.
- Nós, que somos responsáveis pelo estudo garantimos ao senhor (a) que em qualquer etapa, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de qualquer dúvida.
- Se o(a) senhor (a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidade e todos os dados que serão coletados, vão ser mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.
- A pesquisa será feita somente hoje, o(a) senhor (a) irá responder os questionários e vai avaliar sua percepção de saúde, assim como a prevalência de doenças crônicas e o nível de atividade física praticado, depois disso o senhor (a) vai ficar com nosso contato (telefone e e-mail), caso o(a) senhor (a) queira saber como está o processo da pesquisa, ou caso queira desistir o(a) senhor(a) tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. Após o término da pesquisa, os resultados serão encaminhados via correios para sua residência.

## Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS DE SANTA MARIA/RS, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com os professores responsáveis (Daniela Lopes e Patricia Fagundes Soares) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009  
Email: [comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br). Web: [www.ufsm.br](http://www.ufsm.br)

## ANEXOS

### ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Paciente: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

#### ORIENTAÇÃO:

- Dia da Semana (1 Ponto).....( )
- Dia do mês (1 Ponto) .....( )
- Mês (1 Ponto).....( )
- Ano (1 Ponto) .....( )
- Hora Aproximada (1 Ponto).....( )
- Local Específico (apartamento ou setor) (1 Ponto).....( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 Ponto).....( )
- Bairro ou Rua próxima (1 Ponto).....( )
- Cidade (1 Ponto).....( )
- Estado (1 Ponto).....( )

#### MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não correlacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3 palavras. Dê um ponto para cada resposta correta.....( )
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

#### ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100-7) Sucessivos, 5 vezes sucessivamente  
(1 ponto para cada cálculo correto) .....( )  
(alternativamente soletrar mundo de trás pra frente)

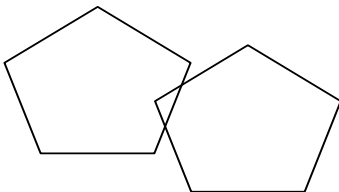
#### EVOCAÇÃO

- Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente  
(1 ponto por palavra).....( )

#### LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos).....( )
- Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) .....( )
- Comando: Pegue este papel com a mão direita,  
dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos).....( )
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto).....( )
- Escrever uma frase (1 ponto) .....( )
- Copiar um desenho (1 ponto) .....( )




**ESCORE (\_\_\_/ 30)**



## ANEXO B - Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **normal/habitual**

Para responder às questões lembre que:

-  atividades físicas **vigorosas** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **muito** mais forte que o normal.
-  atividades físicas **moderadas** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **um pouco** mais forte que o normal.
-  atividades físicas **leves** são aquelas em que o esforço físico é normal, fazendo com que a respiração seja normal.

### DOMÍNIO 2 – ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma normal como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, trabalho, cinema, lojas e outros.

**2a.** Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante **uma semana normal** você **ANDA DE ÔNIBUS E CARRO/MOTO**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ dias por **semana** ( ) Nenhum. **Vá para questão 2b.** Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

**2b.** Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você **ANDA DE BICICLETA** para ir de um lugar para outro por **pelo menos 10 minutos contínuos**? (**Não inclua o pedalar por lazer ou exercício**)

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ dias por **semana** ( ) Nenhum. **Vá para a questão 2d.**

**2c.** Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana **normal** você **CAMINHA** para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por **pelo menos 10 minutos contínuos**? (**NÃO INCLUA as Caminhadas por Lazer ou Exercício Físico**)

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ dias por **semana** ( ) Nenhum.

### DOMÍNIO 4 – ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Este domínio se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **normal/ habitual** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente penses somente nas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor **não inclua atividades que você já tenha citado**.

**4a.** Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você **CAMINHA(exercício físico) no seu tempo livre por PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ dias por **semana** ( ) Nenhum. **Vá para questão 4c.**

**4b.** Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **VIGOROSAS no seu tempo livre** como: correr, nadar rápido, musculação, canoagem, remo, enfim, esportes em geral por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ dias por **semana** ( ) Nenhum. **Vá para questão 4d.**

**4c.** Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **MODERADAS no seu tempo livre** como: pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo, fazer hidroginástica, ginástica para a terceira idade, dançar... **pelo menos 10 minutos contínuos**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ dias por **semana** ( ) Nenhum.

### DOMÍNIO 5 – TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado em diferentes locais como exemplo: em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e outros. Isso inclui o tempo sentado, enquanto descansa, assiste a televisão, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas e realiza as refeições. **Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte emônibus, carro, trem e metrô.**

**5a.** Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de semana normal**? **UM DIA** \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**b.** Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de final de semana normal**? **UM DIA** \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

## ANEXO C – NORMAS DA REVISTA: CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

### Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos. A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

### Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

#### 1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais –[LINK 3](#));
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));
- 1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));
- 1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);
- 1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

#### 2. Normas para envio de artigos

- 2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- 2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.
- 2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

#### 3. Publicação de ensaios clínicos

- 3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências

da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

**3.3** As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

[Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)

[ClinicalTrials.gov](#)

[International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)

[Nederlands Trial Register](#) (NTR)

[UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)

[WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

#### **4. Fontes de financiamento**

**4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

**4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

**4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### **5. Conflito de interesses**

**5.1** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### **6. Colaboradores**

**6.1** Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

**6.2** Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

#### **7. Agradecimentos**

**7.1** Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

#### **8. Referências**

**8.1** As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva <sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

**8.2** Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

**8.3** No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

#### **9. Nomenclatura**

**9.1** Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

#### **10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos**

**10.1** A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

**10.2** Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

**10.3** Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

**10.4** Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

**10.5** O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

#### **11. Processo de submissão online**

**11.1** Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

**11.2** Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

**11.3** Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na



página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

**11.4** Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## **12. Envio do artigo**

**12.1** A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

**12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

**12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

**12.4** O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

**12.5** O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

**12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

**12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

**12.8** *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

**12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

**12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

**12.15** *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

**12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

**12.18** *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

**12.19** *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

**12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

**12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.24** As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

**12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

**12.26** *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é

composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27 Finalização da submissão.** Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

**12.28 Confirmação da submissão.** Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

**13.1** O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

**13.2** O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### 14. Envio de novas versões do artigo

**14.1** Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

### 15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.