



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Santos Brandão, Jéssica Thayani; Souza Andrade, Elaiany; Ernane de Souza, Damião; de Cunha
Lima Gama, Thereza Christina; Magnani, Karla Luciana; Pegado de Abreu Freitas, Rodrigo
SAÚDE AUTORREFERIDA E QUALIDADE DE VIDA EM PRATICANTES DE CAMINHADA DO
PROGRAMA ACADEMIA DAS CIDADES, PETROLINA - PE, BRASIL
Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 25, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 167-175
Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40823359006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SAÚDE AUTORREFERIDA E QUALIDADE DE VIDA EM PRATICANTES DE CAMINHADA DO PROGRAMA ACADEMIA DAS CIDADES, PETROLINA – PE, BRASIL

Self-reported health and quality of life among hikers attending the Academia das Cidades Program, Petrolina – PE, Brazil

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Avaliar a saúde autorreferida (SAR) e qualidade de vida (QV) em praticantes de caminhada no Programa Academia das Cidades (PAC). **Métodos:** Estudo transversal descritivo, conduzido com 300 praticantes de caminhada no PAC, em Petrolina-PE, Brasil. Realizou-se entrevista com questões distribuídas em quatro partes: sociodemográficas/ hábitos de vida (idade, sexo, situação conjugal, renda, ocupação e hábitos de vida); saúde autorreferida (escala de 5 pontos sobre a percepção de saúde); qualidade de vida (WHOQOL-OMS) e informações sobre o PAC e benefícios da caminhada. **Resultados:** Observou-se idade média de 40,75 ($\pm 14,72$) e 99 (33,0%) sujeitos tinham idade entre 41-60 anos, 208 (69,3%) eram mulheres, 166 (55,3%) eram casados, 167 (55,7%) tinham mais de 12 anos de escolaridade, 106 (35,3%) recebiam entre 2-3 salários mínimos, 234 (78,0%) trabalhavam e 153 (51,0%) praticavam caminhada 3 vezes por semana. A televisão (37,3%) foi a principal fonte de informação sobre os benefícios da caminhada e as redes sociais (55,0%) forneceram as principais informações sobre a existência do programa que influenciou a maioria (63,7%) a iniciar a atividade. Não houve diferença estatisticamente significante nos escores de QV e na SAR, de acordo com a idade, entretanto observou-se que, à medida que aumenta a frequência da caminhada semanal, aumentam os escores de QV e SAR. **Conclusão:** A caminhada foi importante determinante da promoção da saúde e qualidade de vida, à medida que aumentava a frequência semanal da atividade, cujos benefícios e existência de locais para sua prática foram disseminados pela televisão e pelas redes sociais, respectivamente.

Descritores: Qualidade de Vida; Caminhada; Política de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate self-reported health (SRH) and quality of life (QOL) among hikers attending the Academia da Cidade Program (ACP). **Methods:** A descriptive cross-sectional study carried out with 300 hikers attending the ACP in Petrolina-PE, Brazil. Interview questions were distributed into four topics: socio-demographic / lifestyle (age, sex, marital status, income, occupation and habits of life); self-reported health (5-point scale on the perception of health); quality of life (WHOQOL-WHO) and information about the ACP and benefits of walking. **Results:** The mean age was 40.75 (14.72) and 99 (33.0%) subjects were aged 41-60, 208 (69.3%) were women, 166 (55.3%) were married, 167 (55.7%) were over 12 years of schooling, 106 (35.3%) earned 2-3 minimum wage, 234 (78.0%) were working and 153 (51.0%) practiced walking 3 times a week. Television (37.3%) was the main source of information about the benefits of walking and social networks (55.0%) provided the main information about the existence of the program, which influenced the most (63.7%) to start the activity. There was no statistically significant difference in QOL and SAR scores, considering the age, however it was observed that, as the weekly frequency of walking increases, so do the QOL and SAR scores. **Conclusion:** Walking was an important determinant of health promotion and quality of life, in proportion to the increased weekly frequency of activity, and its benefits and existence of proper places for practicing have been spread by television and social networks, respectively.

Descriptors: Quality of Life; Walking; Health Policy.

Jéssica Thayani Santos

Brandão⁽¹⁾

Elaiany Souza Andrade⁽²⁾

Damião Ernane de Souza⁽³⁾

Thereza Christina de Cunha

Lima Gama⁽⁴⁾

Karla Luciana Magnani⁽³⁾

Rodrigo Pegado de Abreu

Freitas⁽³⁾

1) Serviço de Fisioterapia Geral e Reabilitação de Petrolina – SERFISIO – Petrolina (PE) - Brasil

2) Studio de Pilates Valquíria Primo – Petrolina (PE) – Brasil

3) Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN - Natal (RN) - Brasil

4) Universidade de Pernambuco - UPE - Recife (PE) - Brasil

Recebido em: 13/09/2011

Revisado em: 12/01/2012

Aceito em: 01/02/2012

INTRODUÇÃO

A saúde autorreferida (SAR) congrega diversos componentes da percepção dos sujeitos a respeito da vida, e através dela classifica a sua saúde em uma escala, utilizando referenciais subjetivos e objetivos. A SAR é reconhecidamente detentora de uma forte capacidade preditiva para a morbidade, para a incapacidade funcional e indicadora de recuperação e, além disso, essa robustez transcende diferenças linguísticas e culturais⁽¹⁾. Vários estudos que focalizam a SAR vêm sendo cada vez mais comumente realizados em todo o mundo⁽²⁻⁶⁾, tanto do ponto de vista de estimativas de magnitude do fenômeno na população, como também para identificar fatores associados⁽⁷⁾.

Com as mudanças no perfil de morbi-mortalidade e com o aumento da expectativa de vida, decorrentes da melhoria das condições de vida e saúde nos últimos anos, surge o conceito de qualidade de vida (QV)⁽⁸⁾. Este conceito refere-se a uma construção conceitual humana relacionada a quanto satisfeito o indivíduo está com a vida familiar, amorosa, social e ambiental, e refere-se ainda à capacidade de sumarizar, em uma expressão, os elementos do padrão bem-estar, postos culturalmente⁽⁹⁾.

Vários estudos avaliam a qualidade de vida em sujeitos com determinadas condições clínicas⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. A própria Organização Mundial de Saúde direcionou esforços para obter uma medida transcultural desse constructo, e desenvolveu o WHOQOL, um instrumento multidimensional para avaliação da qualidade de vida e várias versões derivadas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Desta forma, a saúde autorreferida e a qualidade de vida podem ser utilizadas na avaliação da percepção de saúde de vários segmentos populacionais, entre eles os sujeitos que praticam caminhada.

A caminhada tem sido objeto de incentivo para prática acessível de atividade física, capaz de mudar os hábitos e prevenir doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica⁽¹⁸⁾, sendo um tipo de atividade física bem reconhecida em seus benefícios para a saúde, inclusive o seu papel positivo nos escores de qualidade de vida e na redução da depressão em idosos⁽¹⁹⁾.

Estudos também demonstram que sujeitos residentes em comunidades onde há espaço para caminhada têm melhor percepção de saúde do que sujeitos que não possuem tal espaço⁽²⁰⁻²¹⁾. Nesta perspectiva, as políticas públicas de saúde devem incentivar a adoção de um estilo de vida ativo, que proporcione melhoria na qualidade de vida das pessoas, especialmente as de maior idade, nas quais a inatividade física pode potencializar riscos e danos, e reduzir precocemente os anos de vida e a capacidade funcional⁽²²⁾.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, entre outros aspectos, propõe a prescrição da atividade física/

práticas corporais na Atenção Básica em Saúde/Estratégia de Saúde da Família, através de caminhadas e prescrição de exercícios, atividades lúdicas, esportivas e de lazer, voltadas tanto para a comunidade em geral como para grupos vulneráveis⁽²³⁾. Estudos demonstrando os benefícios da prática de exercícios, especialmente em espaços públicos e programas institucionais em municípios não litorâneos, devem ser divulgados como forma de incentivo à prática dessas atividades⁽²⁴⁾. Assim, o objetivo do estudo foi avaliar a saúde autorreferida (SAR) e a qualidade de vida (QV) em praticantes de caminhada, no Programa Academia da Cidade, do município de Petrolina – PE.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de corte transversal descritivo, com praticantes de caminhada, maiores de 18 anos, que frequentavam regularmente o Programa Academia das Cidades (PAC), no município de Petrolina – PE, Brasil.

Segundo estimativas da Prefeitura Municipal de Petrolina, aproximadamente 900 pessoas frequentavam semanalmente o PAC. Com base nesse contingente, calculou-se uma amostra de 300 sujeitos, considerando que no mínimo 50% dos sujeitos praticavam caminhadas três vezes ou mais por semana. O processo de amostragem era realizado no turno da manhã (das 6h as 7h30) e no turno da tarde (17h as 18h30), com seis sujeitos arrolados em cada um, de segunda a sexta-feira, durante 5 semanas. Em cada turno, os sujeitos eram abordados no início de percurso e convidados a participar do estudo.

Após a apresentação da pesquisa e dos objetivos, da garantia que dos princípios da confidencialidade e do anonimato, era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realizada a entrevista.

Para a entrevista foi utilizado um questionário composto de quatro partes: A primeira, chamada de sociodemográfica e hábitos de vida, tinha informações sobre idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda, ocupação, número de pessoas residentes, local (cidade/estado) de nascimento e hábitos de vida (caminhada, consumo de bebida alcoólica e consumo de fumo). A idade era avaliada em termos de anos completos, mas para a análise foi categorizada em quatro níveis de faixa etária, até 30 anos, entre 31 e 40 anos, de 41 a 60 anos e maiores que 60 anos. A situação conjugal apresentava seis opções de resposta (solteiro, casado, união consensual, separado, divorciado e viúvo), que foram reagrupadas em três, solteiro, casado/união consensual e separado/divorciado/viúvo. Para escolaridade, perguntavam-se quantos anos completos de escola formal o respondente tinha concluído, as respostas foram categorizadas em três níveis, até 8 anos, de 9 a 11 anos e

12 anos ou mais. A variável renda foi distribuída em quatro níveis, até 1, de 2 a 3, de 4 a 6 e mais que 6 salários mínimos (SM). Ocupação apresentava três opções de resposta: estudante, trabalhador (formal ou informal) e aposentado. Sobre o número de pessoas residentes nos domicílios, as respostas foram agrupadas em: mora sozinho, mora com até três pessoas e mora com mais de três pessoas. Local de nascimento, apresentava quatro opções: nasceu no próprio município/zona urbana, próprio município/zona rural, outro município no estado de Pernambuco e outro município fora do estado de Pernambuco. Investigou-se ainda sobre prática de caminhada, que foi categorizada em: pratica até 3 vezes por semana, de 4 a 5 vezes por semana e de 6 a 7 vezes por semana; sobre consumo de bebida alcoólica com duas categorias, não bebe e bebe pelo menos uma vez por semana; e, sobre o consumo de fumo, classificado em não fuma e fuma pelo menos 1 cigarro/dia.

A segunda parte do instrumento se constituía de uma questão sobre a percepção de saúde “Como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde neste momento?” A resposta era marcada em escala visual analógica de 5 pontos, em cuja extremidade esquerda estava escrito “Pior saúde possível”, equivalente ao número 1; e na extremidade oposta (direita) estava escrito “Melhor saúde possível”, equivalente ao número 5, conforme utilizado em outros estudos que utilizam a saúde autorreferida (SAR) como indicador do estado de saúde individual⁽¹⁻⁷⁾.

A terceira parte era composta pelo Questionário padronizado da Organização Mundial de Saúde (OMS) para qualidade de vida (WHOQOL-Versão Curta). Trata-se de um instrumento multidimensional, desenvolvido em vários centros colaboradores pela OMS, composto de 26 itens/questões distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. Cada item desses domínios tem sua resposta aferida em uma escala do tipo Likert, de cinco pontos. Segundo recomendação do Centro Colaborador no Brasil, para análise, 24 questões são agrupadas em seus respectivos domínios, físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26), social (questões 20, 21 e 22) e ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25); e calculados os escores médios, além da análise de duas questões sobre avaliação direta da qualidade de vida e da satisfação com a saúde⁽¹⁵⁾.

Na quarta e última parte foram investigadas informações e suas fontes sobre os benefícios da caminhada, e sobre o Programa Academia das Cidades, além da investigação sobre o papel do programa na decisão de praticar atividade física. Nos quesitos sobre informações foram elencadas cinco possibilidades de resposta e o respondente deveria assinalar a principal fonte entre elas: redes sociais (família, vizinhos e trabalho), televisão, outras mídias (jornais, revistas e internet), serviços de saúde e escola (todos os

níveis). O último item questionava sobre a influência do programa na decisão de praticar caminhada (sim ou não).

A análise dos dados foi realizada com o programa STATA 9.0, através do qual foram calculadas frequências simples e proporções para as variáveis categóricas e a média, e desvio padrão para a saúde autorreferida e para os escores dos domínios da qualidade de vida (WHOQOL Abreviado). Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para avaliar a diferença nos escores dos domínios de qualidade de vida e da saúde autorreferida, de acordo com o sexo; e o teste de Kruskal-Wallis para testar a diferença de acordo com a faixa etária e com o nível de atividade física. O nível de significância adotado foi de 5%. O protocolo da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob nº 044/2009.

RESULTADOS

Entrevistou-se 300 sujeitos, com média de idade de 40,75 ($\pm 14,72$), sendo que 99 (33,0%) tinham idade entre 41 e 60 anos. Observou-se que 208 (69,3%) eram do sexo feminino e 166 (55,3%) eram casados. Para as variáveis socioeconômicas, observou-se que 167 (55,7%) tinham mais de doze anos de escolaridade, 106 (35,3%) recebiam entre 2 e 3 salários mínimos, 234 (78,0%) eram trabalhadores e 145 (48,4%) moravam com 3 ou mais pessoas no domicílio. Sobre o local de nascimento, a maior parte dos entrevistados nasceu no próprio município, 104 (34,7%) ou em outros municípios fora do estado, 102 (34,0%). Para os hábitos de vida, 153 respondentes (51,0%) praticavam caminhada até três vezes por semana, 240 (80,0%) não consumiam bebida alcoólica e 290 (96,7%) não fumavam (Tabela I).

Na Tabela II são apresentados os resultados das fontes de informações sobre os benefícios da caminhada, sobre a existência do Programa Academia das Cidades e a influência da existência do programa na decisão de praticar atividade física. Para 113 (37,7%) sujeitos, a televisão foi responsável pelas informações sobre os benefícios da caminhada, sendo 29 (9,7%) informados pelos serviços de saúde e 33 (11,0%) pelas escolas. Quanto às informações sobre a existência do Programa Academia das Cidades, as redes sociais (família, vizinhos, trabalho) constituíram-se como fonte de informação para 165 (55,0%) sujeitos. Em relação à influência do Programa na decisão de praticar atividade física, 191 (63,7%) sujeitos relataram que a Academia das Cidades influenciou positivamente na decisão para a prática da caminhada.

Os escores de saúde autorreferida e dos domínios da qualidade de vida, avaliados de acordo com a faixa etária, estão apresentados na Tabela III. Observou-se que sujeitos com até 30 anos de idade apresentaram os maiores escores médios para os domínios físico ($75,7 \pm 13,3$), psicológico

Tabela I - Características gerais dos praticantes de caminhada no Programa Academia da Cidade. Petrolina - PE, 2009.

Variáveis	n	%
Idade		
≤ 30 anos	91	30,3
De 31 a 40 anos	76	25,3
De 41 a 60 anos	99	33,0
> 60 anos	34	11,4
Sexo		
Masculino	92	30,7
Feminino	208	69,3
Estado civil		
Solteiro	91	30,3
Casado ou união estável	166	55,3
Viúvo ou divorciado	43	14,4
Anos de escola		
Até 8 anos	54	18,0
De 9 a 11 anos	79	26,3
12 anos ou mais	167	55,7
Renda		
Até 1 salário mínimo	60	20,0
De 2 a 3 salários mínimos	106	35,3
De 4 a 6 salários mínimos	93	31,0
Maior que 6 salários mínimos	41	13,7
Ocupação		
Estudante	34	11,3
Trabalhador	234	78,0
Aposentado	32	10,7
Densidade familiar		
Mora sozinho	19	6,3
Mora com até 3 pessoas	136	45,3
Mora com mais de 3 pessoas	145	48,4
Local de nascimento		
Próprio município zona urbana	104	34,7
Próprio município zona rural	18	6,0
Outro município no estado	76	25,3
Outro município fora do estado	102	34,0
Hábitos de vida – Caminhada		
Até 3 vezes por semana	153	51,0
De 4 a 5 vezes por semana	114	38,0
De 6 a 7 vezes por semana	33	11,0
Hábitos de vida – Consumo de bebida		
Não bebe	240	80,0
Bebe pelo menos 1 vez por semana	60	20,0
Hábitos de vida – Consumo de fumo		
Não fuma	290	96,7
Fuma pelo menos 1 cigarro/dia	10	3,3

Tabela II - Perfil das principais fontes de informação sobre os benefícios da caminhada, existência do Programa Academia da Cidade e a influência do programa na decisão para prática da atividade física. Petrolina - PE, 2009.

Variáveis	n	%
Informação sobre benefícios da caminhada		
Redes sociais (família, vizinhos, trabalho)	46	15,3
Televisão	113	37,7
Outras mídias (jornais, revistas e internet)	79	26,3
Serviços de saúde	29	9,7
Escola (todos os níveis)	33	11,0
Informação sobre a existência do programa Academia da Cidade		
Redes sociais (família, vizinhos, trabalho)	165	55,00
Televisão	23	7,6
Outras mídias (jornais, revistas e internet)	107	35,7
Serviços de saúde	3	1,0
Escola (todos os níveis)	2	0,7
Influência do programa na decisão da prática da atividade física		
Sim	191	63,7
Não	109	36,3

(68,3±10,9), social (78,8±15,0), e para a percepção de saúde (6,6±1,7), enquanto para o domínio ambiente, o maior escore médio foi observado entre indivíduos com idade entre 31 e 40 anos. Verificou-se os menores escores entre aqueles com idade superior a 60 anos, nos domínios psicológico (63,8±12,7), social (71,8±20,4) e ambiente (61,8±16,8); enquanto o menor escore médio no domínio físico (71,9±17,5) e na saúde autorreferida foi observado entre indivíduos com idade entre 41 e 60 anos e entre sujeitos com idade entre 31 e 40 anos, respectivamente. Contudo, as diferenças observadas entre as faixas etárias não foram estatisticamente significantes.

Para avaliação da percepção de saúde e da qualidade de vida, de acordo com a frequência semanal de caminhada, sujeitos que praticavam a atividade de 6 a 7 vezes por semana tinham maiores escores médios nos domínios físico (78,0±18,6), psicológico (72,6±9,9), social (80,8±14,8) e ambiente (67,1±18,1), além de maior nota média na saúde autorreferida (6,7±1,8). Comparando-se às outras categorias de frequência semanal de caminhada, observou-se que, à medida que aumenta essa frequência, aumenta significantemente os escores dos domínios da qualidade de vida e de percepção de saúde (Tabela IV).

Tabela III - Diferença nos domínios da qualidade de vida (WHOQOL) e escores de saúde autorreferida, de acordo com a faixa etária, em praticantes de caminhada no Programa Academia da Cidade. Petrolina - PE, 2009.

Variável	Faixa etária (anos)			
	≤ 30	31-40	41-60	> 60
	Média/DP	Média/DP	Média/DP	Média/DP
Domínio físico	75,7(±13,3)	75,5(±15,2)	71,9(±17,5)	72,6(±15,8)ns
Domínio psicológico	68,3(±10,9)	66,3(±12,5)	66,4(±13,1)	63,8(±12,7) ns
Domínio social	78,8(±15,0)	76,2(±18,2)	74,6(±18,8)	71,8(±20,4) ns
Domínio ambiente	60,5(±14,3)	63,8(±16,2)	62,2(±15,5)	61,8(16,8) ns
Saúde autorreferida (SAR)	6,6(±1,7)	6,0(±1,9)	6,2(±2,1)	6,5(±2,3) ns

ns: não significativo; DP: desvio padrão.

Tabela IV - Diferença nos domínios da qualidade de vida (WHOQOL) e escores de saúde autorreferida, de acordo com a frequência de atividade física, em praticantes de caminhada no Programa Academia da Cidade. Petrolina - PE, 2009.

Variável	Frequência semana de atividade física		
	≤ 3 vezes	4-5 vezes	6-7 vezes
	Média/DP	Média/DP	Média/DP
Domínio físico	72,13 (±15,4)	75,5 (±14,5)	78,0 (±18,6)*
Domínio psicológico	64,3 (±12,7)	68,1 (±11,7)	72,6(±9,9)**
Domínio social	75,7 (±18,8)	74,9 (±17,1)	80,8(±14,8) ns
Domínio ambiente	60,3 (±15,6)	63,0 (±14,1)	67,1 (±18,1)*
Saúde autorreferida (SAR)	5,9 (±1,8)	6,7 (±2,1)	6,7 (±1,8)**

* p<0,05; ** p<0,01; ns: não significativo; DP: desvio padrão.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo apontaram que uma maior proporção de praticantes da caminhada no Programa Academia das Cidades era jovem e do sexo feminino, com predomínio de sujeitos casados. Um estudo realizado nas regiões Nordeste e Sul do Brasil também encontrou resultados similares⁽²⁵⁾. Provavelmente, a maior proporção de mulheres praticantes de caminhada pode ser explicada pelo fato de que, em geral, homens apresentam tendência de se engajar em práticas de atividade física coletivas, como jogos e competições, enquanto mulheres têm uma tendência a praticar atividades mais solitárias, como caminhada e ginástica⁽²⁴⁾.

Quanto à faixa etária, talvez a menor proporção de idosos seja explicada pela menor contribuição desse segmento no conjunto global da população, apesar de alguns estudos apontarem que há uma tendência de redução da atividade física, à medida que aumenta a idade, principalmente para as atividades mais vigorosas⁽²⁶⁾. Ainda observou-se que a maioria dos sujeitos apresenta escolaridade alta (mais de doze anos), com a maior parte possuindo renda de até três

salários mínimos, residindo em domicílios com mais de três pessoas e tendo como ocupação principal o trabalho, o que demonstra um perfil bastante heterogêneo dos praticantes de caminhada em espaços urbanos.

Quanto aos hábitos de vida, pode-se observar que a maior parte dos entrevistados realizava caminhada até três vezes por semana, não consumia bebida alcoólica regularmente, nem fumava, apontando que o estilo de vida saudável é mantido em vários aspectos da vida no grupo de praticantes de caminhada. Um estudo realizado em Portugal identificou que, entre mulheres, o consumo de fumo e álcool estava associado à prática de atividade física de alta intensidade, e que entre homens ativos fisicamente, em atividades de lazer, havia menor proporção de consumidores de álcool⁽²⁷⁾. Apesar dessas evidências contraditórias, a prática de caminhada pode estar associada a outros comportamentos promotores de saúde e, deste modo, os resultados encontrados apresentam plausibilidade, uma vez que espera-se que sujeitos que realizam algum tipo de atividade física possam reduzir hábitos menos saudáveis, como tabagismo e consumo excessivo de álcool.

Os resultados também apontaram para um importante papel da televisão e das redes sociais, respectivamente, na disseminação de informações sobre os benefícios da caminhada e a existência de espaços urbanos para prática de atividade física. Por outro lado, a escola e os serviços de saúde contribuíram pouco como fonte de informações sobre a temática. Resultados similares foram observados em um estudo realizado nos estados do Nordeste brasileiro, apontando que apenas um terço dos adultos e metade dos idosos referia ter recebido recomendação de um profissional de saúde para a prática de atividade física regular, evidenciando um distanciamento entre as práticas sanitárias e as linhas programáticas da atenção à saúde prescritas nos dispositivos legais de assistência à saúde⁽²⁸⁾.

Estes resultados tornam-se graves na medida em que outros estudos apontam que no Brasil a prevalência global de sedentarismo foi estimada em 29,2%, com predomínio de sedentários entre sujeitos do sexo masculino⁽²⁹⁾. Entre nordestinos, a proporção de sedentarismo tem sido estimada em 39,0% entre adultos e em 67,5% entre idosos⁽²⁵⁾. Paralelamente, evidências apontam que a prevalência de doenças crônicas, como a diabetes tipo II, tem aumentado sistematicamente, em decorrência das mudanças nos hábitos alimentares e no predomínio do sedentarismo, de forma que o controle da obesidade e a prática da atividade física estão associados à redução da resistência à insulina e a probabilidade de desenvolver diabetes^(30,31).

Outro aspecto estudado foi a influência do Programa na decisão de praticar atividade física, com os resultados indicando que aproximadamente dois terços dos sujeitos relatou que a decisão para prática da caminhada teve como principal incentivo a existência do Programa. Essa informação contribui para o direcionamento ou redirecionamento com as políticas públicas de saúde, no momento que aponta que a existência de espaços urbanos direcionados para prática de atividade física contribuem de forma contundente com a decisão da população em praticá-la, pois há um grande desafio para contornar o sedentarismo, uma vez que o modo de vida ocidental, baseado na ingestão aumentada de calorias, pobreza na variedade de gêneros saudáveis na alimentação da população e a inatividade física, tem se estabelecido no país e contribuído, especialmente com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis⁽³²⁾.

Para a comparação, de acordo com a faixa etária, não se observou diferença nos escores de QV e SAR entre os sujeitos de diferentes idades. Diferente de Shields e Shooshtari (2001), que identificaram maior proporção de sujeitos que referiam pior avaliação da própria saúde, à medida que a idade aumentava. Resultados do *Spanish National Health Survey* também demonstraram crescimento da proporção de sujeitos que avaliaram a saúde negativamente, de acordo com o avanço da idade⁽¹⁾.

³³⁻³⁵). Nesse inquérito, em sujeitos na faixa etária dos 16 aos 24 anos, a proporção de SAR precária foi 1,68%, naqueles com idade entre 35 e 44 anos a proporção foi de 4,88%; e entre 55 e 65 anos a proporção cresceu para 14,59%, atingindo 18,84% em sujeitos maiores de 64 anos⁽³⁶⁾. Resultados que podem estar relacionados às alterações orgânicas e funcionais decorrentes do envelhecimento⁽³⁷⁾, além disso, outros estudos^(38,39) apontam outras questões como condições socioeconômicas desfavoráveis, solidão e isolamento social; menor escolaridade e maior número de visitas aos serviços de saúde; como outros fatores que poderiam influenciar a percepção negativa da saúde em idosos.

Entretanto, esse fenômeno não foi observado no grupo estudado, provavelmente por se tratar de uma amostra seleta de sujeitos, com bons hábitos de vida, que atenuaram a diferença na saúde autorreferida entre homens e mulheres, e de acordo com a faixa etária, pois a maioria dos estudos que avaliam a saúde autorreferida é de abrangência populacional. Quanto à qualidade de vida, observou-se que os sujeitos avaliados tiveram seus escores acima da média para maioria dos domínios e, apesar de não haver diferença significativa, de acordo com a idade, pessoas mais idosas tiveram escores menores nos domínios da qualidade de vida.

Entretanto, houve diferença significante para a maioria dos domínios da qualidade de vida e para a saúde autorreferida, de acordo com a frequência semanal de atividade física. Houve a melhoria dos escores, à medida que aumentava a frequência da prática de atividade física semanal. Estudo realizado com membros de uma comunidade universitária, estudantes e funcionários, demonstrou que, se comparando aos sujeitos inativos, praticantes de atividade física, tem melhor avaliação da qualidade de vida⁽⁴⁰⁾.

Em idosos, observou que a prática de atividade física e atividade física de lazer estão associadas significativamente a menores escores de depressão e demência, apontando sua importância na prevenção de determinadas morbidades e, embora não se possa afirmar, que a atividade física evita qualquer um dos quadros apresentados, parece que o fato de manter-se ativo por alguma via contribui com a manutenção do estado de saúde e bem-estar⁽⁴¹⁾.

Apesar da diferença observada nos escores de SAR e QV, de acordo com a idade, reconhece os limites do estudo, por se tratar de uma abordagem transversal e com amostra restrita a um grupo populacional específico que impede maiores inferências sobre os fenômenos estudados, mas aponta para potencial campo de estudo principalmente pela popularidade da prática de caminhada como medida preventiva adotada pela população geral.

CONCLUSÕES

Em suma, conclui-se que os participantes PAC são mulheres, jovens, com boa escolaridade, não fumantes e praticantes de caminhada até três vezes por semana. A televisão e as redes sociais foram importantes fontes de informação sobre os benefícios da atividade física e sobre o programa, cuja existência contribuiu positivamente para o início da prática de caminhada. Além disso, a frequência semanal de atividade física estava associada aos maiores escores de QV e SAR.

Diante desses achados, destaca-se a importância da televisão e das redes sociais na disseminação de informações sobre comportamentos saudáveis e o papel determinante da prática de atividade física, especialmente a caminhada, na promoção da saúde e da qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Universidade de Pernambuco/PROPEGE pela concessão de Bolsa de Iniciação Científica a Brandão JTS. Brandão JTS e Andrade ES participaram da concepção, coleta dos dados e redação dos resultados; Souza DE participou do estudo na concepção, na análise dos dados, na orientação e na redação final. Freitas RPA e Magnani KL foram revisores críticos e contribuíram na análise dos dados. Lima TCCL participou da orientação do estudo e da revisão final. O projeto foi financiado com bolsa de iniciação científica concedida a Brandão JTS pela Universidade de Pernambuco – UPE.

Fontes financiadoras da pesquisa:

Universidade de Pernambuco/Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (UPE/PROPEGE).

REFERÊNCIAS

1. Shields M, Shooshtari S. Determinants of self-perceived health. *Health Rep.* 2001; 13(1):35-52.
2. Kennedy BP, Kawachi I, Glas R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self-rated health in United States: multilevel analysis. *BMJ.* 1998; 317:917-21.
3. Pikhart H, Boback M, Siegrist H, Pajak A, Rywik S, Kyshigyi J, et al. Psychosocial work characteristics and self-rated health in four post-communist countries. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55(9):624-30.
4. Kunst AE, Boss V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol.* 2004; 34(2):295-305.
5. Dowd JB, Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic in the US. *Int J Epidemiol.* 2007; 36(6):1214-21.
6. Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB, Esteves MAP, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the Word Health Survey. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:217.
7. Fonseca AS, Blank VLG, Barros MVG, Nahas MV. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(3):567-6.
8. Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):163-77.
9. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):7-18.
10. Lemmos MCD, Miyamoto ST, Valim V, Natour J. Qualidade de vida em pacientes com osteoporose: Correlação entre OPAQ e SF-36. *Rev Bras Reumatol.* 2006; 46(5):323-8.
11. Andrade TL, Camelier AA, Rosa FW, Santos MP, Jezler S, Silva JLP. Aplicabilidade do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde – the 12 – item Short-Form Health Survey em pacientes portadores de esclerose sistêmica progressiva. *J Bras Pneumol.* 2007; 33(4):414-22.
12. Oliveira JMS, Salgado LBG, Schmitt ACB, Rosa LCL. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Fisioter Pesqui.* 2007; 14(3):12-7.
13. Scattolin FAA, Diogo MJD, Colombo RCR. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(11):2705-15.
14. Ramirez R. Calidad de vida relacionada com la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev. colomb. Cardiol.* 2007; 14(4):207-22.
15. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de

- qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(1):19-28.
16. Chachamovich E, Fleck MP, Trentini C, Power M. Brazilian WHOQOL-OLD Module version: a Rasch analysis of a new instrument. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(2):308-16.
 17. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Pública.* 2006; 19(2):128-36.
 18. Freitas RPA, Medeiros ACQ, Magnani KL, Cavalcante ARS, Souza DE. (Re)fazendo a caminhada: otimizando uma estratégia de controle da pressão arterial. *Extensão e Sociedade.* 2010; 2(1):1-9.
 19. Guimarães JMN, Caldas CP. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol.* 2006; 9(4):481-92.
 20. Okano G, Miyake H, Mori M. Leisure time physical activity as a determinant of self-perceived health na fitness in middle-aged male employees. *J Occup Health.* 2003; 45(5):286-92.
 21. Rohrer J, Pierce Jr, Denison A. Walkability and self-rated health in primary patients. *BMC Family Practice.* 2004; 5:29.
 22. Silva DK, Nahas MV. Atividade física habitual e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com doença vascular periférica. *Rev Bras Ciênc Mov.* 2004. 12(4):63-8.
 23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
 24. Salles-Costa R, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(sup. 2):325-33.
 25. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(1):39-54.
 26. Matsudo SM, Matsudo VR, Andrade T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, 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. *Rev Bras Ciênc Mov.* 2002; 10(4):41-50.
 27. Camões M, Lopes C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(2):2080-216.
 28. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3):669-81.
 29. Moura EC, Morais Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(supl 1):20-37.
 30. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(sup 1):29-36.
 31. Santos-Filho RD, Martinez TLR. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas! *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002; 46(3):212-4.
 32. Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinante do crescimento do sobre peso/obesidade no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(3):698-709.
 33. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sóciodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(5):757-68.
 34. McCallum J, Shadbolt B, Wang D. Self-rated health and survival: a 7-year follow-up study of Australian elderly. *Am. J Public Health.* 1994; 84(7):1100-5.
 35. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from Middle East. *BMC Public Health.* 2007; 7:177.
 36. De La Hoz KF, Leon DA. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int J Epidemiol.* 1996; 25(3):593-603.
 37. Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(Sup):554-64.
 38. Garrido MA, Jentoft AT, Ferrer JRV, Herranz CA, Marin NG, Bernabé FAV. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida em

-
- personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76(6):683-99.
39. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6):627-34.
40. Silva, RS, Silva I, Silva, RA, Souza, L, Tomasi, E. Atividade física e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):115-20.
41. Benedetti, TRB, Borges, LJ, Petroski, EL, Gonçalves, LHT. Physical activity and mental health status among elderly people. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(2):1-6.

Endereço primeiro autor:

Jéssica Thayani Santos Brandão
Rua do Dendê, 156 - COHAB III
Bairro: Areia Branca
CEP: 59328-530 - Petrolina - PE - Brasil
E-mail: kekathayani@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Damião Ernane de Souza
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi
Rua Trairi, s/n
Bairro: Centro
CEP: 59200-000 - Santa Cruz - RN - Brasil
E-mail: ernanedesouza@yahoo.com.br