

# NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL E AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM IDOSAS NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ - BAHIA

*Habitual physical activity level and self-perception of health status in aged women of Jequié -Bahia*

Artigo original

## RESUMO

Os benefícios da atividade física para o envelhecimento saudável estão bem esclarecidos na literatura científica, porém é necessário que se esclareça a sua relação com outros comportamentos relacionados à saúde, a fim de se obter informações que poderão ser úteis na formulação de programas de atividades físicas. Este estudo teve como propósito verificar a relação entre o nível de atividade física habitual e a auto percepção do estado de saúde de idosas. A amostra abrangeu 266 idosas com média de idade de  $71,5 \pm 7,45$  anos, selecionadas aleatoriamente, participantes de 13 grupos de convivência da Associação de Grupos de Terceira Idade e Universidade Aberta a Terceira Idade no município de Jequié-BA. Os dados foram coletados no período de Junho a Agosto de 2005 por meio de um questionário aplicado em forma de entrevista individual, contendo questões relacionadas à classificação sócio-econômica, nível de atividade física e percepção de saúde. Para análise dos dados utilizou-se procedimentos da estatística descritiva (média, desvio-padrão) e o teste Qui-quadrado. A associação encontrada entre as variáveis nível de atividade física habitual e auto percepção do estado de saúde não foi estatisticamente significativa. De acordo com os dados obtidos neste estudo, as pessoas ativas não possuem uma percepção de saúde melhor do que as não ativas ( $\chi^2=0,697$ ;  $p=0,392$ ). Políticas destinadas a garantir uma melhor condição de renda para idosos são imprescindíveis para a melhoria das condições de saúde das pessoas, já que a percepção negativa do estado de saúde esteve associada a uma pior condição de renda.

**Descritores:** Saúde do idoso; Envelhecimento; Atividade motora; Exercício.

## ABSTRACT

*The benefits of physical activity for a healthy aging are well described in scientific literature; nevertheless it is necessary to reveal its relationship to other behaviors related to health, in order to obtain information that can be useful in the formulation of physical activity programs. This study aimed at verifying the association between habitual physical activity level and self-perception of health status in aged women. The sample consisted of 266 aged women with mean age of  $71.48 \pm 7.45$  years-old, randomly selected and participants of 13 convivial groups of the Third Aged Groups Association and the Open University for the Third Age, in Jequié-BA. Data were collected in the period of June to August, 2005, by means of individual interviews, with questions related to socioeconomic distribution, physical activity level and perception of health. The data were analyzed by descriptive statistics (mean, standard deviation) and Qui-square test. According to the obtained data, the association found between the variables habitual physical activity level and self-perception of health status was not statistically significant. In this study, the active persons did not have a better perception of health than the non-active ones ( $\chi^2=0,697$ ;  $p=0,392$ ). Politics destined to guarantee a better income condition for the aged are essential for the improvement of these people's health status, since the negative perception of health status was associated to a worse income condition.*

**Descriptors:** Health of the elderly; Aging; Motor activity; Exercise.

Saulo Vasconcelos Rocha<sup>(1)</sup>  
Malú Oliveira Freire<sup>(2)</sup>

1) Educador físico, Especialista em Atividade Física e Saúde da População, Docente do curso de Bacharelado em Educação Física da Faculdade de Tecnologia e Ciências/Itabuna-BA, docente do curso de enfermagem - FTC / Itabuna e da Faculdade do Sul-Rede o Delta. Membro do Núcleo de estudos em atividade física e saúde/UESB, e Grupo de estudos em educação física e saúde-GREFS/FTC e núcleo de estudos em Ed. Física (NUCEF-FACSUL).

2) Educadora Física, Especialista em Atividade Física e Saúde da População, Membro do Núcleo de estudos em atividade física e saúde/UESB.

Recebido em: 26/10/2006

Revisado em: 03/04/2007

Aceito em: 24/05/2007

## INTRODUÇÃO

Os avanços da ciência, o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de natalidade proveniente das mudanças de hábitos de vida da sociedade atual têm ocasionado um aumento significativo do contingente de idosos em todo o mundo. Estima-se que a população idosa aumentará em torno de 100% e a proporção de pessoas com mais de 60 anos passará de 5% em 1960 para 14% em 2025<sup>(1)</sup>.

O envelhecimento é um fenômeno que se manifesta de forma heterogênea nas pessoas e é influenciado por diversos fatores: biológicos, patológicos, causas externas<sup>(2)</sup>. É multidimensional e multidirecional, variando no ritmo e no sentido das mudanças (ganhos e perdas)<sup>(3)</sup>.

Evidências epidemiológicas demonstram o efeito positivo de um estilo de vida ativo e/ou do envolvimento dos indivíduos em programas de atividade física e exercício físico na prevenção e minimização das perdas decorrentes do processo de envelhecimento. Os cientistas enfatizam, cada vez mais, a necessidade de que a atividade física seja parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde<sup>(4)</sup>.

O Colégio Americano de Medicina Desportiva (ACSM)<sup>(5)</sup> atribui alguns benefícios para a inclusão da prática regular de atividade física no cotidiano de pessoas idosas: a) redução e/ou prevenção de alguns dos declínios nos componentes da aptidão física associada com o envelhecimento; b) prevenção de doenças crônico-degenerativas; c) maximização da saúde psicológica; d) manutenção da capacidade funcional; e) auxilia na reabilitação de doenças crônicas e agudas; f) inversão da síndrome do desuso.

Em contrapartida, o estabelecimento da relação da atividade física com outras variáveis relacionadas à saúde ainda não está devidamente descrito, necessitando, assim, de levantamentos que busquem estabelecer tais relações.

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi verificar a relação entre o nível habitual de atividade física e a autopercepção do estado de saúde de indivíduos idosos participantes de grupos de convivência da Associação de Amigos e Grupos de Convivência e Universidade Aberta à Terceira Idade (AAGRUTI), no município de Jequié – Bahia, no intuito de favorecer a formulação de programas de atividade física destinados a esta população.

## MÉTODOS

Estudo de coorte transversal, descritivo e de correlação, realizado no período de junho a agosto de 2005, em 13 grupos de convivência da Associação de Amigos e Grupos de Terceira Idade e Universidade Aberta à Terceira Idade

(AAGRUTI), no município de Jequié-Bahia, e que faz parte do Projeto Influência do Nível de Atividade Física Habitual na Qualidade de Vida de Idosos do Município de Jequié-BA realizado pelo Núcleo de Estudos em Atividade Física e Saúde (NEAFIS/UESB).

Para tanto, foi feito um contato prévio com a coordenadora geral da AAGRUTI onde se agendou as visitas aos grupos que ocorreram nos horários de reunião.

Para a avaliação da autopercepção do estado de saúde, retirou-se uma questão do *WHOQOL Bref* (Como você avalia seu estado de saúde?). O *WHOQOL Bref* é um questionário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliação da qualidade de vida. Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Foi validado no Brasil por Fleck *et al*<sup>(6)</sup>. num levantamento realizado no município de Porto Alegre-RS, apresentando satisfatórios índices psicométricos.

Na avaliação da autopercepção do estado de saúde, considerou-se como percepção negativa do estado de saúde referir sua saúde como regular ou ruim e como positiva referir a saúde como boa ou muito boa.

Na investigação do Nível de Atividade Física habitual, utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAC) adaptado para a população idosa e validado para esta população no Brasil por Benedetti, Mazo e Barros<sup>(7)</sup>. É um questionário aplicado em forma de entrevista face a face, composto de dados referentes a atividades no trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer. Ao responder o IPAC, o entrevistado recorda as atividades físicas realizadas na última semana.

A classificação do Nível de Atividade Física seguiu as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO)<sup>(8)</sup>: Ativos (indivíduos que acumulam mais de 150 minutos de atividades físicas leves, moderadas ou intensas por semana) e Inativos (indivíduos que não acumulam mais de 150 minutos de atividades físicas leves, moderadas ou intensas por semana).

Para a avaliação do nível socioeconômico dos entrevistados, optou-se pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEP)<sup>(4)</sup>. Foram coletadas informações referentes à quantidade de alguns objetos na casa (televisão em cores, banheiro, empregada doméstica, máquina de lavar, geladeira, máquina de secar roupa, rádio, automóvel, freezer, aspirador de pó, videocassete, DVD e lavadora de louça) dos entrevistados e o nível de escolaridade.

Da população do estudo foram excluídos os idosos do sexo masculino por representarem uma parcela muito pequena da população da AAGRUTI (<1,0%). A amostra constituiu-se de 266 mulheres acima de 60 anos, participantes de Grupos de Convivência da AAGRUTI, selecionadas de forma aleatória.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: > 60 anos, sexo feminino e ser participante de Grupos de Convivência da AAGRUTI. Todos os indivíduos convidados aceitaram participar do estudo, não havendo nenhuma recusa.

Os dados foram tabulados e analisados através de ferramentas de informática (Programa Epidata versão 3,1 b) na criação do banco de dados, e o pacote estatístico SPSS 11.0 para análise dos dados.

Na análise dos dados, empregaram-se procedimentos da estatística descritiva (média, desvio-padrão) e o teste Qui-quadrado para a análise da associação das variáveis categóricas com  $p < 0,05$ .

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A idade das idosas variou entre 60 e 96 anos (média  $71,48 \pm 7,45$  anos), demais características sociodemográficas estão descritas na Tabela I.

**Tabela I:** Distribuição de pessoas idosas e grupos de convivência, segundo característica sociodemográfica. Jequié –BA, 2006 (n=266)

Características sociodemográficas	n	%
Faixa etária (anos)		
60-69	137	51,5
70-79	91	34,2
80-89	34	12,8
90 ou mais	4	1,5
Estado civil		
Solteiro	30	11,3
Casado/união estável	75	28,2
Viúvo	129	48,5
Divorciado ou separado	32	12
Nível de escolaridade		
Ginasial incompleto	236	88,7
Ginasial completo e colegial incompleto	8	3
Colegial completo e superior incompleto	19	7,1
Superior	3	1,1
Arranjo familiar		
Mora só	36	13,5
Só com o cônjuge	27	10,2
Mais filhos	73	27,4
Mais netos	101	38
Outros	29	10,9
Nível socioeconômico		
A	1	4
B	22	8,3
C	60	22,6
D	148	55,6
E	35	13,2

Dentre as características sócio-demográficas identificadas na Tabela I, as pessoas na faixa etária de 60-69 anos representaram uma porcentagem significativa da amostra correspondendo a 51,5% (n= 137), sendo que 48,5% (n=129) referiram ser viúvas, prevaleceu o baixo nível de escolaridade, aproximadamente 89% (n=236) não haviam concluído o curso ginásial. O arranjo familiar multigeracional foi referido por 38 % (n=101) das entrevistadas e 88,8% (n=183) eram de classe econômica baixa (classe D e E), de

acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEPE)<sup>(4)</sup>.

Na avaliação da autopercepção do estado de saúde constatou-se que 65,4% (n=173) referem sua saúde como negativa (regular ou ruim) e 34,6 % (n=93) idosas percebem sua saúde como positiva (boa ou muito boa), sendo que a percepção de saúde negativa esteve associada com outros comportamentos relacionados à saúde, como descrito na Tabela II.

**Tabela II:** Distribuição de pessoas idosas participantes do grupo de convivência segundo a percepção da saúde, prevalência de doenças crônicas e nível socioeconômico. Jequié-BA, 2006 (n=41)

Variável	n	%	$\chi^2$	P
<b>Percepção de saúde em relação aos seus pares</b>				
Melhor	20	48,8		0,000*
Semelhante	6	14,6	0,000	0,000**
Pior	12	29,3		
<b>Tem diabetes</b>				
Sim	10	24,4		0,04*
Não	31	75,6	0,044	
<b>Tem Hipertensão</b>				
Sim	31	75,6		0,002*
Não	10	24,4	0,009	
<b>Tem artrite/artrose</b>				
Sim	30	73,2		0,000*
Não	11	26,8	0,000	
<b>Nível socioeconômico</b>				
a	1	2,4		0,000**
b	3	7,3	0,002	
c	37	90,2		

Com referência ao nível de atividade física habitual, 64,3% (n=171) são ativos fisicamente (>150 minutos de atividades físicas por semana) e 35,7 % (n=95) são inativos fisicamente, de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

As pessoas ativas fisicamente (>150 minutos de atividades físicas por semana) tinham como características: faixa etária entre 60 e 69 anos ( $\chi^2=0,004$ ,  $p=0,000$ ), menor nível de escolaridade ( $\chi^2=0,00$ ,  $p=0,000$ ), possuíam um baixo nível socioeconômico ( $\chi^2=1,04$ ,  $p=0,002$ ) e arranjo familiar multigeracional ( $\chi^2=1,95$ ,  $p=0,005$ ).

O Nível de atividade física habitual apresentou relação com as doenças referidas: diabetes ( $\chi^2=0,00$ ,  $p=0,000$ ), hipertensão ( $\chi^2=1,42$ ,  $p=0,04$ ) e artrite/artrose ( $\chi^2=1,41$ ,  $p=0,04$ ), os indivíduos ativos refeririam um número inferior de doenças com relação aos indivíduos inativos fisicamente.

Quando analisada a relação entre o nível de atividade física habitual e a autopercepção de saúde, encontraram-se os seguintes resultados (Tabela III):

**Tabela III:** Distribuição de pesoa idosas de grupo de convivência em relação da percepção do estado de saúde e o nível de atividade física. Jequié-BA, 2006 (n=266)

Percepção de Saúde	Nível de atividade física				Análise estatística
	<150 min/sem		>150 min/sem		
	n	%	n	%	
Excelente	6	46,2	7	53,8	$\chi^2 = 1,43$ p=0,69
Boa	28	35,4	51	64,6	
Regular	49	36,8	84	63,2	
Ruim	12	29,3	29	70,7	
<b>Percepção de saúde em comparação aos pares</b>					
melhor	53	32,1	112	67,9	$\chi^2 = 8,35$ p=0,039
semelhante	35	47,9	38	52,1	
pior	7	29,2	17	70,8	
muito pior	0	0	4	100	

A associação encontrada entre o nível de atividade física habitual e a autopercepção do estado de saúde não foi estatisticamente significativa. Os dados obtidos neste estudo indicam que as pessoas ativas fisicamente não possuem uma percepção de saúde melhor do que as não ativas.

Em contrapartida, quando analisada a relação entre a autopercepção do estado de saúde com relação aos pares, ou seja, a comparação da condição de saúde referida entre os idosos participantes dos grupos de convivência e as pessoas da mesma idade, e o nível de atividade física habitual os resultados indicam que as pessoas mais ativas fisicamente percebem com mais otimismo sua saúde quando se comparam às pessoas da mesma idade (tabela III).

## DISCUSSÃO

O Brasil é um dos países com as maiores taxas de desigualdade do mundo<sup>(19)</sup>, este dado é evidenciado neste estudo. Na população estudada, uma pequena parcela dos investigados são das classes A e B (12,3%) e a maioria das classes C, D e E (91,4%). Essa desigualdade reflete a má distribuição de renda do país, que privilegia uma pequena parcela da população em detrimento da maioria. Lima-Costa, Matos e Camarano<sup>(9)</sup> mostraram que indivíduos no estrato mais baixo de renda apresentavam piores condições de saúde, função física e menor uso de serviços de saúde, tanto na faixa etária de 20 a 64 anos quanto na > 65 anos e a força das associações não modificaram-se entre os anos de 1998 e 2003, portanto não ocorrendo alterações nas desigualdades sociais no país, no período estudado.

A percepção negativa do estado de saúde esteve associada a pior condição de renda, ao acometimento por hipertensão arterial e artrose corroborando assim os achados de outros estudos<sup>(10,11)</sup>. Lima et al<sup>(10)</sup> em levantamento

realizado na cidade de São Paulo, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD), detectou que os idosos com menor renda familiar, além de referirem uma pior percepção de saúde, tiveram algumas das suas atividades cotidianas comprometidas por problemas de saúde e estiveram acamados em tempos recentes.

A situação socioeconômica desempenha um papel fundamental na determinação das condições de saúde das pessoas<sup>(10)</sup>, estando diretamente relacionada com uma autopercepção de saúde positiva<sup>(12)</sup>. Sendo assim, políticas de atenção à saúde do idoso devem conter ações que visem à melhoria da condição de renda das pessoas.

O fato de ser portador de doenças crônicas esteve diretamente relacionado com a autopercepção do estado de saúde em idosos, no município de São Paulo, onde a presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou um risco de 8,3 vezes maior de referir uma condição de saúde ruim<sup>(12)</sup>.

O número elevado de pessoas ativas fisicamente é um dado relevante, tendo em vista o fato de que as perdas ocasionadas pelo processo do envelhecimento nas variáveis antropométricas, metabólicas e neuromusculares são diminuídas em indivíduos fisicamente ativos<sup>(13)</sup>. A diminuição da aptidão física (músculoesquelética e cardiorrespiratória) aumenta a fragilidade dos idosos, podendo torná-los vulneráveis a desenvolver, em longo prazo, mais incapacidades quando confrontados com episódios crônicos e agudos<sup>(14)</sup>. Levantamento realizado no município de São Leopoldo-RS<sup>(15)</sup> demonstrou que 37,6% (n=70) das mulheres, na faixa etária de 50 a 60 anos, são sedentárias nos momentos de lazer, não se beneficiando da proteção oferecida pela prática de atividades físicas.

Os benefícios oriundos do aumento do nível de atividade física habitual se estendem desde a melhora da capacidade funcional, regulação da pressão arterial, redução do risco

de doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes e certos tipos de câncer<sup>(3)</sup>. Neste levantamento, os indivíduos ativos fisicamente refeririam uma menor quantidade de patologias (diabetes, hipertensão, artrite/artrose) do que as pessoas inativas. A atividade física habitual parece exercer um efeito protetor contra algumas patologias. Desta forma, a prática de atividade física regular é uma terapia imprescindível nos programas de atenção à saúde.

A atividade física mostrou-se um hábito mais freqüente em idosas mais jovens (60-69 anos), um nível de renda e de escolaridade mais baixos, arranjo familiar multigeracional. Corroborando o presente estudo, Mazo *et al.*<sup>(16)</sup> realizaram um levantamento com idosas participantes de grupos de convivência da cidade de Florianópolis-SC e observaram que 66% das idosas eram ativas fisicamente e que as idosas mais ativas são mais jovens, viúvas, possuem um menor nível de escolaridade, em contrapartida, não houve relação entre atividade física habitual e o nível de renda.

Os dados evidenciam que as idosas participantes de grupos de convivência são mais ativas nas suas atividades diárias. Nos grupos de convivências, são realizadas atividades (lazer, culturais, físicas, manuais, artísticas) que favorecem as idosas a aderirem a um estilo de vida ativo.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o nível de atividade física habitual e a autopercepção do estado de saúde. Esses achados se assemelham com outro levantamento<sup>(17)</sup> que constatou uma associação entre a maioria dos componentes da aptidão física relacionada à saúde e a autopercepção de saúde positiva, mas isso só entre os homens; em mulheres não foi observada tal associação.

As mulheres parecem ter a sua saúde influenciada mais por outros fatores, como doenças preexistentes, nível de renda, nível de escolaridade do que propriamente pela diminuição do nível de atividade física.

Em contrapartida, as mulheres ativas fisicamente percebem sua saúde de forma mais otimista do que os seus pares, o que pode ser um indício de que a atividade física influencia de forma positiva a saúde das mulheres idosas.

## CONCLUSÃO

A população de idosas participantes de grupos de convivência possui um nível de atividade física considerada recomendável, de acordo com os critérios da OMS. O fato de participarem de grupos de convivência favorece a adoção de um estilo de vida mais saudável.

A formulação de programas de intervenção voltados para a mudança de comportamento e o incentivo à adoção de estilo de vida ativo poderão contribuir ainda mais para a melhoria da capacidade funcional destas pessoas.

As idosas participantes de grupos de convivência, em

sua maioria, percebem sua saúde como negativa (regular ou ruim), o baixo nível de renda e a escolaridade são condições que influenciam diretamente na percepção negativa do estado de saúde das entrevistadas. Políticas destinadas a garantir uma melhor condição de renda para idosos são imprescindíveis para a melhoria das condições de saúde das pessoas.

A autopercepção negativa do estado de saúde teve uma associação com o acometimento por doenças (hipertensão, artrite/artrose), indicando que tal forma de avaliar o estado de saúde é uma maneira bastante eficaz na mensuração da saúde de pessoas idosas.

Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre o nível de atividade física habitual e autopercepção do estado de saúde em pessoas idosas, em contrapartida as pessoas ativas fisicamente percebem sua saúde de modo mais otimista com relação aos seus pares (pessoas da mesma idade).

Estudos transversais produzem dados momentâneos da situação de saúde, não avaliando adequadamente a causa dos eventos ocorridos. Outro aspecto é que apenas idosas participantes de grupos de convivência participaram do estudo, esses limites, portanto, não permitem generalizar os resultados encontrados.

Recomenda-se a realização de estudos longitudinais, incluindo os idosos do sexo masculino e os não participantes de grupos de convivência, no intuito de estabelecer melhor estas relações.

## AGRADECIMENTOS

Aos colegas do NEAFIS, às idosas participantes dos grupos de convivência da AAGRUTI, pela colaboração. À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e à Fundação de amparo à pesquisa do estado da Bahia que financiaram este projeto.

## REFERÊNCIAS

1. Ramos LR, Coelho Filho JM. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999;33 (5): 445-53.
2. Fabrício SCC, Rodrigues RA, Costa Júnior L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1):93-9.
3. Heikkinen RL. O papel da atividade física no envelhecimento saudável. Organização Mundial da Saúde; 1998.
4. ANEP. Critérios de Classificação Econômica Brasil. [acesso em 2003 Fev]. Disponível em: <http://www.anep.org.br>.

5. American College Of Sports Medicine. Exercise and physical activity for older adults. *Med Scien Sports & Exercise*, 1998;30:992-1008
6. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V.. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.
7. Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev Bras Ciência Movimento* 2004;12(1):25-34.
8. The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Sociology Science Medicine* 1995;23:24-56.
9. Costa MFL, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciênc Saúde Coletiv*, 2006;11(4):941-50.
10. Costa MFL, Barreto SM, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):745-57
11. Dachs NW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: Análise dos dados do PNAD/1998. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7(4):641-57.
12. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde em idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev. Panam Salud Publica* 2005; 17(5/6):333-41
13. Matsudo SMM, Matsudo VKR, Barros Neto, Turíbio L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev Bras Ciência Movimento* 2000;8(4):21-32.
14. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Marruci MFN. Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2007;53(1):75-9.
15. Masson CR. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo. Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(6):1685-94.
16. Mazo GZ, Mota J, Gonçalves LHT, Matos MG. Nível de atividade física, condições de saúde e características sociodemográficas de mulheres idosas brasileiras. *Rev Port Cien Desp* 2005;5(2):202-12.
17. Loch MR, Konrad LM, Santos PD, Nahas MV. Percepção de saúde e associação com a aptidão física relacionada à saúde em universitários na UFSC. *Rev. Bras. de Ciência e Movimento* 2005;13(4 Suppl).

**Endereço para correspondência:**

Saulo Vasconcelos Rocha  
Praça Salomão Dantas, 52, Alto Marom  
CEP: 45603-355 - Itabuna-BA  
E-mail: sauloedfisica@yahoo.com.br