

Capítulo 7

Autoavaliação da saúde em pessoas idosas fisicamente ativas e inativas na cidade de Bilbao, País Basco¹

Marcos Gonçalves Maciel
Paulo Roberto Vieira Junior
Maria Jesús Monteagudo

1 Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) pela bolsa de estudos, referente ao Programa de Capacitação de Recursos Humanos (Processo: HPD-00008-18), concedida a um dos pesquisadores para a realização da pesquisa.

Introdução

O Grupo de Estudos de Ócio e Desenvolvimento Humano (GODH), criado em 2015, está vinculado ao Departamento de Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Minas Gerais (DCMH-UEMG/ Unidade Ibirité). O grupo está registrado na área da educação no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, administrado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Adotamos uma abordagem transdisciplinar, buscando um dialogismo com as áreas da ciência da educação, ciências da saúde (educação física, psicologia, saúde coletiva e saúde pública) e ciências sociais e humanas. Epistemologicamente, seguimos a perspectiva fenomenológica para compreender o ser humano de forma holística a partir das experiências decorrentes das vivências do movimento humano nos diferentes contextos sociais. Ademais, realizamos estudos a respeito de programas sociais relacionados ao desenvolvimento do lazer e da atividade física. Nesse sentido, o grupo adota as seguintes linhas de investigações:

1. **Experiências de ócio, espiritualidade e bem-estar:** compreender a apropriação dos sentidos das experiências de ócio, principalmente no contexto cristão evangélico, como contribuição para o desenvolvimento holístico do ser humano em suas diferentes dimensões física, psicológica, social e espiritual, promovendo o bem-estar;

2. **Análise de programas sociais de lazer e atividade física:** avaliar programas sociais de atividade física e/ou lazer, considerando a investigação dos aspectos relacionados aos determinantes da saúde e ao estilo de vida;
3. **Atividade física e subjetividades:** discutir a humanização da atividade física, compreendendo-a como elemento ontológico e subjetivo em diferentes faixas etárias, bem como promotora do bem-estar;
4. **Ócio, desenvolvimento humano e tempos sociais:** investigar como as experiências de ócio nos diferentes tempos sociais (trabalho, família, tempo livre, escola) são percebidas pelas pessoas ao vivenciá-las, e como são possibilidades de desenvolvimento humano.

O GODH, formado por professores e discentes pertencentes ao DCMH, desenvolve investigações e orientações de iniciação científica com financiamento da UEMG, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) e do CNPq. Para tanto, conta com parcerias de investigadores e investigadoras de outras instituições e universidades. No âmbito nacional, destacamos a Universidade de Fortaleza, no Ceará; a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, em Belo Horizonte; e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais, campus Santa Luzia; internacionalmente, mantemos parcerias com a Associação Ibero-Americana de Estudos de Ócio; a Universidade de Deusto (País Basco, Espanha); e a Universidade de Ottawa (Canadá).

Um dos projetos de pesquisa executados pelo grupo em 2018 foi realizado em parceria com o Instituto de Estudios de Ocio da Universidad de Deusto. Esse projeto analisou as possíveis relações existentes entre o itinerário da atividade física em pessoas idosas, o seu estilo de vida – se fisicamente ativo ou inativo – e as autoavaliações de bem-estar e de saúde. No entanto, neste trabalho apenas discutiremos os resultados referentes à autoavaliação da saúde e atividade física.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), embora haja inúmeras evidências científicas comprovando os benefícios advindos

da prática da atividade física, ainda é elevada a prevalência de pessoas fisicamente inativas e/ou sedentárias, inclusive entre a população idosa. Nesse sentido, uma das ações dessa instituição é promover uma conscientização individual e coletiva, isto é, uma educação para a saúde que possa contribuir para reduzir as barreiras para adesão à atividade física.

Ao considerar essa temática, alguns questionamentos podem ser realizados: a prática da atividade física interfere na autoavaliação da saúde em pessoas idosas? Como uma educação para a saúde pode contribuir para promover a prática da atividade física? Assim sendo, o objetivo deste estudo foi analisar a relação da autoavaliação da saúde e o estilo de vida de pessoas idosas na cidade de Bilbao.

Para isso, além desta introdução, dividimos o texto em cinco seções. A primeira aborda a autoavaliação da saúde em pessoas idosas e a prática da atividade física. A segunda contextualiza o local da realização da pesquisa – isto é, o País Basco, sobretudo a cidade de Bilbao – e sua população idosa. A terceira parte descreve os métodos adotados. A quarta apresenta os resultados e discussões. E, por fim, a última seção é destinada às considerações finais.

Autoavaliação de saúde na população idosa

O aumento da expectativa de vida é uma realidade mundial. A OMS (2024) estima que, em 2030, uma a cada seis pessoas no mundo terá 60 anos ou mais, constituindo um grupo populacional de 1,4 bilhão de pessoas. Ainda conforme essa instituição, até o ano de 2050, haverá 2,1 bilhões de pessoas idosas. Juntamente com o envelhecimento, há um processo de perda universal, contínua e irreversível das funções psicofisiológicas que pode afetar o quadro de saúde (Arcosa, 2012; Maciel, 2010).

Uma das formas de identificação indireta da saúde é por meio da autoavaliação da saúde. Segundo Pagotto, Bachion e Silveira (2013), esse método é adotado em inquéritos populacionais devido à sua praticidade,

acessibilidade e ao fato de ser de baixo custo. O método consiste na realização de uma única pergunta: “O(a) sr.(a) classificaria seu estado de saúde como: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?”.

A autoavaliação da saúde é uma avaliação global com base em uma análise dos aspectos objetivos e subjetivos (Bezerra *et al.*, 2011). As subjetivações podem remeter às análises realizadas por Canguilhem (2009), que questionam os elementos normativos e biológicos do discurso hegemônico da saúde. Para esse autor, a normatização é a estipulação de parâmetros clínicos comparativos da saúde, enquanto a normalidade denota uma continuidade dinâmica caracterizada por alternâncias do processo saúde-doença para classificar o que seria considerado como saudável ou patológico.

O principal questionamento de Canguilhem (2009) é desenvolvido, sobretudo, a partir da crítica ao modelo positivista de Auguste Comte e de Claude Bernard: seria o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal de saúde da pessoa? Em outras palavras, Canguilhem (2009) discute se a diferença entre o normal e o patológico restringe-se apenas à diferença quantitativa, às alterações das funções e órgãos isolados do corpo humano. Se assim for, os fenômenos patológicos limitam-se às variações quantitativas parametrizadas pelos déficits ou excessos apresentados pelo organismo, desconsiderando a subjetividade de cada pessoa.

Por sua vez, o estado “real” ou “objetivo” de saúde incorpora as dimensões físicas, cognitivas e emocionais, que podem ser mensuradas objetivamente (Franks; Gold; Fiscella, 2003; Halford *et al.*, 2012). Nesse sentido, a autoavaliação da saúde pode ser influenciada pelas variáveis socioeconômicas, demográficas, condições ambientais e estilo de vida (Peláez; Acosta; Carrizo, 2015).

Um dos elementos que compõe o estilo de vida é a prática da atividade física. Dados recentes demonstram que, em geral, a população tem adotado um estilo de vida fisicamente inativo, abrangendo centenas de milhões de pessoas de diferentes faixas etárias, gêneros e classes sociais.

De acordo com Guthold e demais autores (2018), em pesquisa realizada em 168 países, estimou-se que 27,5% das pessoas eram fisicamente inativas. Conforme a OMS (WHO, 2018), em alguns países, a inatividade física é uma realidade para 70% da população em geral.

Ding (2018) faz um alerta sobre a necessidade de uma vigilância global em relação à inatividade física. Para o autor, é preciso buscar evidências que compreendam esse comportamento, assim como é necessário avançar em ações e estratégias para combater esse fato, tendo em vista reduzir a gravidade das doenças crônicas não transmissíveis associadas à inatividade física.

Essa também é uma realidade espanhola. Frutos (2016) relata que o país possui a quarta maior população fisicamente inativa no cenário europeu. Segundo esse autor, 7% do total de mortes registradas na Espanha se relacionam com esse estilo de vida. Ademais, segundo a pesquisa nacional de saúde, na Espanha, a inatividade física no tempo livre é observada em 36% de toda a população (Ense, 2017). Casado-Pérez e demais autores (2015) apontaram que houve uma redução da prática de atividade física no país entre os anos de 2006 e 2011.

Investigações vêm sendo conduzidas analisando a associação da atividade física e/ou inatividade física com a autoavaliação de saúde. Em estudo longitudinal realizado com pessoas idosas na Alemanha, Beyer e colaboradores (2015) constataram que a relação entre a autopercepção do envelhecimento e a autoavaliação da saúde é mediada pela atividade física em pessoas idosas com múltiplas condições crônicas. A investigação concluiu que as autopercepções mais positivas do envelhecimento estão associadas aos níveis mais altos de atividade física, os quais, por sua vez, preveem uma melhor autoavaliação da saúde ao longo do tempo. Cimarras-Otal e colegas (2014) apontaram uma estreita relação entre a quantidade de atividade física e o nível funcional e de saúde entre a população idosa.

Tendo em vista a relevância da investigação de possíveis associações entre a atividade e inatividade física e a autoavaliação da saúde,

pesquisas com diferentes abordagens metodológicas vêm sendo realizadas na Espanha (León-Prados *et al.*, 2011; Lera-López *et al.*, 2017; Nuviala *et al.*, 2009; Serrano-Huete *et al.*, 2018). Considerando as associações positivas entre essas variáveis, torna-se relevante desenvolver ações de educação em saúde direcionadas à população idosa, de forma a aumentar o número de pessoas fisicamente ativas. Além disso, essa prática pode contribuir para minimizar os efeitos deletérios do processo de envelhecimento e para a promoção da saúde e/ou do tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

Contextualização de Bilbao/País Basco

A Comunidade Autônoma de Euskadi (CAE), também conhecida como País Basco, está localizada na região nordeste da Espanha, sendo formada pelas províncias de Álava, Guipúscoa e Biscaia. Segundo dados do Instituto Vasco de Estadística (Eustat, 2017), em 2017 a CAE era composta por 2.194.158 habitantes, sendo 326.574, 719.282 e 1.148.302 habitantes em cada uma das províncias, respectivamente. Ainda conforme dados governamentais, nesse mesmo ano, os indicadores de envelhecimento apontam que a população acima de 65 anos representava 21,17% dos habitantes na CAE, em Álava, 20,1% dos habitantes, em Guipúscoa, 21,6%, e em Biscaia, 22,12%.

De acordo com o Instituto Vasco de Estadística, dos 251 municípios da CAE, em 91 a quantidade de pessoas com mais de 65 anos supera a média de 20,7% do total de habitantes. Conforme esse mesmo instituto e de acordo com o Índice de Envelhecimento Ativo de Biscaia, a população de pessoas maiores de 65 anos era de 263.028 habitantes, correspondendo a 23,1% do total da população da província. Baseando-se em dados de 2016, quando a população de Biscaia era de 1.138.852 habitantes, a Tabela 1 apresenta a distribuição de pessoas com idade acima de 55 anos, conforme o sexo.

Idade	Total		Homens		Mulheres	
	1.138.852		548.636		590.216	
	N	%	N	%	N	%
≥ 55 anos	406.546	35,7	178.967	32,6	227.579	38,6
≥ 65 anos	249.926	21,9	103.719	18,9	146.207	24,8
≥ 80 anos	84.413	7,4	29.540	5,4	54.873	9,3
Dados aproximados de total da população com 55 anos ou mais	740.885	65	312.226	56,9	428.659	72,7

Tabela 1 – População por idade e sexo em Biscaia (2016)

Fonte: Instituto Vasco de Estadística; Bizkaia foru alundia diputación foral (2017).

Os dados demonstram que há um aumento considerável da expectativa de vida da população, sobretudo entre as mulheres. A relevância dessas informações diz respeito à necessidade da criação de políticas públicas em distintas áreas, por exemplo, previdência social, saúde, educação e transporte público, que atendam às mudanças sociodemográficas em curso.

Conforme os dados do Eustat (2017), os três maiores centros urbanos da CAE concentram 29% da sua população acima de 65 anos. Essa população está distribuída, principalmente, nas seguintes cidades: Bilbao (onde 23,2% da população tem 65 anos ou mais), São Sebastião (onde 22,2% da população tem 65 anos ou mais) e Baracaldo (onde 21,7% da população tem 65 anos ou mais). A primeira cidade citada é a capital da província de Biscaia, a segunda é a capital da província de Guipúscoa e a terceira localiza-se na região metropolitana de Bilbao, também pertencendo à província de Biscaia.

De acordo com o Eustat (2017), em 2017, Bilbao contava com uma população total de 342.397 habitantes. Dessa população, 81.272 (23,7%) eram maiores de 65 anos.

Conforme o relatório apresentado pela prefeitura de Bilbao, em 2015, a média de idade da população era de 46 anos. Em relação à população idosa, existiam 154 mulheres para cada 100 homens com mais de 65 anos e 196 mulheres para cada 100 homens na população acima de 80 anos. Esses dados demonstram um contínuo aumento da longevidade entre os habitantes da cidade, com destaque para a maior expectativa de vida entre as mulheres.

Em síntese, as estatísticas apresentam o constante processo de envelhecimento da população da CAE, sobretudo em Bilbao. Esses dados denotam a relevância do contínuo desenvolvimento de políticas públicas para viabilizar o atendimento a essa população, pois apresenta uma série de características que demandam cuidados específicos em relação às dimensões da saúde (física, social, psicológica, espiritual) e ao bem-estar.

Métodos

Esta investigação é do tipo qualitativa, transversal e descritiva (Strauss; Corbin, 2008). Tanto a escolha das instituições vinculadas à prefeitura de Bilbao quanto das pessoas voluntárias foi realizada de forma intencional. Participaram da pesquisa o Instituto Municipal de Esporte – denominado de Bilbao Kirolak (BK), que administra, por exemplo, as políticas públicas, os espaços e os equipamentos de lazer e de esporte da cidade –, os complexos poliesportivos e a Ação de Assistência Social, que, dentre as ações realizadas, apoia as associações de aposentados distribuídas pela cidade. Essas associações, presentes em diferentes bairros da cidade, funcionam como centros de convivência para as pessoas aposentadas, oferecendo uma série de atividades a essa população.

Adotamos dois instrumentos para a coleta dos dados: a entrevista em profundidade e a escala de autoavaliação da saúde (Fleck *et al.*, 2000). Para a realização das entrevistas, foi elaborado um roteiro semiestruturado de perguntas, contemplando dados sociodemográficos e econômicos, assim como questões relacionadas à temática abordada

pela pesquisa. As entrevistas foram gravadas por meio de áudio e posteriormente transcritas para análise das informações.

A definição do número de pessoas – de ambos os sexos – participantes da pesquisa foi estipulada conforme a proposta da técnica de saturação dos dados (Strauss; Corbin, 2008), que designa o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado. Segundo Thiry-Cherques (2009), a saturação geralmente ocorre entre a 6ª e a 12ª entrevista. Considerando a proposta da análise de pessoas fisicamente ativas e inativas, mantivemos a paridade do número de participantes para cada grupo.

A autoavaliação da saúde realizada com a amostra em questão consistiu em uma única pergunta: “Como o(a) sr.(a) classificaria seu estado de saúde?”. As respostas seguiram a escala de cinco itens do tipo *Likert*. As seguintes opções de respostas foram apresentadas aos entrevistados: (1) muito boa; (2) boa; (3) regular; (4) ruim; e (5) muito ruim; devendo ser escolhida apenas uma opção. As opções 1 e 2 foram classificadas como “autoavaliação satisfatória”, enquanto as alternativas de 3 a 5 foram classificadas como “autoavaliação insatisfatória”. Para fins de análise neste estudo, agrupamos as respostas em “satisfatória” e “insatisfatória”.

A coleta de dados das pessoas fisicamente ativas ocorreu no Complexo Poliesportivo de Txurdinga, indicado pela coordenação do BK, pois tinha o maior número de pessoas idosas matriculadas nos diferentes programas oferecidos a essa população. Como critérios de inclusão, foi estabelecido que as pessoas deviam ter acima de 60 anos, além de estarem regularmente matriculadas e frequentes nas aulas há pelo menos três meses. Esse período foi estipulado por ser considerado como tempo mínimo para a formação de hábitos que permitam a manutenção de uma atividade física (Weinberg; Gould, 2001).

Um dos investigadores compareceu às aulas de ginástica destinadas às pessoas idosas, localizadas no referido complexo poliesportivo, em diferentes dias e horários, para explicar a pesquisa e fazer o convite às pessoas interessadas em participar. Em seguida, foram agendados dias e

horários convenientes para a realização das entrevistas, que ocorreram nas dependências do complexo poliesportivo.

Para a seleção das pessoas fisicamente inativas, recorreu-se às associações de aposentados. Novamente, um dos pesquisadores visitou algumas unidades dessas associações para identificar pessoas voluntárias que deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: idade a partir de 60 anos; não realizar atividade física; não ter nenhuma limitação física, clínica e/ou mental permanente que impossibilitasse a prática de atividade física. A amostra final desse perfil foi composta por pessoas associadas nos bairros de Deusto, Peñascal, Errekalde. As entrevistas foram realizadas nas dependências de cada associação.

Importante ressaltar que, antes da coleta dos dados, foi realizado um estudo piloto com o mesmo público para validar os procedimentos estipulados. Essa etapa validou todas as estratégias propostas, possibilitando, assim, a continuidade da pesquisa sem a necessidade de ajustes. Todas as entrevistas foram realizadas no mês de outubro de 2018. As pessoas voluntárias assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para participação da pesquisa. Para preservar o anonimato das pessoas, adotamos um nome fictício, seguido de sua idade, por exemplo, Antônio (73). Para a análise, dos dados foi adotada a estatística descritiva e a análise de conteúdo (Bardin, 1979).

Resultados e discussão

Participaram da pesquisa dezoito pessoas, sendo oito homens e dez mulheres, com média de idade de 70,5 ($\pm 5,1$ anos) e intervalo de idade entre 62 e 81 anos. Em relação à vivência de atividade física, dez pessoas eram fisicamente ativas e oito eram inativas. Alguns dados sociodemográficos estão demonstrados no Quadro 1.

Categorias	Nomes	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão
Fisicamente ativa	Gotzone	69	Primário completo*	Casada	Do lar
	Mari	67	Primário incompleto	Viúva	Do lar
	Emília	74	Primário incompleto	Casada	Do lar
	Mercedes	69	Primário incompleto	Casada	Do lar
	Jose	74	Formação técnica	Casado	Mecânico
	Gabriel	68	Superior incompleto	Viúvo	Téc. construção civil
	Francisco	64	<i>Bachillerato</i> completo**	Casado	Telhadista
	German	70	Formação técnica	Casado	Mecânico
	Natividad	64	Grado superior	Casada	Bibliotecária
	Inocencia	75	Primário completo	Viúva	Do lar
Fisicamente inativa	Antônio	73	Superior completo	Solteiro	Professor
	Flores	74	Primário incompleto	Viúva	Diarista
	Carmem	67	Formação técnica	Viúva	Téc. de análise clínica
	Pilar	71	<i>Bachillerato</i> completo	Divorciada	Consultora fiscal
	Plácido	79	Primário incompleto	Casado	Motorista
	Atilano	68	Primário completo	Casado	Motorista
	Manuel	81	Primário incompleto	Casado	Lavrador
	Mari Carmen	62	<i>Bachillerato</i> completo	Divorciada	Operária

* Correspondente ao ensino fundamental.

**Correspondente ao ensino médio.

Quadro 1 – Dados sociodemográficos da amostra

Fonte: elaborado pelos autores a partir de dados de pesquisa.

Ao comparar o perfil sociodemográfico dos dois grupos, identificamos uma similaridade entre ambos em relação a: (i) Faixa etária – não houve diferença significativa ($p > 0,5$); (ii) Escolaridade – com predominância de pessoas com até seis anos de escolarização entre as fisicamente ativas ($n = 5$) e inativas ($n = 4$); (iii) Estado civil – proporcionalidade entre as pessoas casadas e/ou viúvas entre os grupos. No entanto, quanto ao campo profissional, o grupo de pessoas fisicamente ativas apresentou maior número de “donas de casa/do lar” ($n = 5$), isto é, não exerciam uma tarefa laboral ao longo da vida; por outro lado, no grupo de pessoas inativas, todos atuavam no mercado de trabalho. Esse fato pode explicar a razão para que as mulheres que são “do lar” tivessem “mais tempo livre” para inserir-se em alguma atividade física, após seus filhos e/ou filhas se tornarem mais independentes e requererem menos atenção delas; isso ocorreu, em geral, quando elas tinham em média 30 anos de idade.

No tocante ao aspecto socioeconômico, a Tabela 2, apresenta o perfil da amostra em relação ao estilo de vida naquele momento.

	≤600 euros	600 a 1000 euros	1001 a 1500 euros	1501 a 2000 euros	≥2000 euros
Fisicamente ativa	0	4	2	2	2
Fisicamente inativa	1	1	4	1	1
Total	1	5	6	3	3

Tabela 2 – Renda mensal da amostra

Fonte: elaborado pelos autores a partir de dados da pesquisa.

Os dados demonstram que as pessoas classificadas como fisicamente ativas têm uma renda mensal maior que as inativas. Esse fato pode contribuir para facilitar a adesão à atividade física, pois há determinadas atividades que são realizadas em estabelecimentos que cobram pelos serviços prestados. No entanto, para além da renda, é importante destacar alguns aspectos que podem minimizar a presença de barreiras à prática da atividade física em Bilbao.

Os complexos poliesportivos, administrados pelo BK, embora públicos, cobram mensalidades com valores menores em relação às academias/estúdios. Isso amplia a acessibilidade às pessoas interessadas nessa prática. Ademais, quando há pessoas que não têm condições financeiras para arcar parcial e/ou integralmente com as mensalidades, o referido órgão concede a isenção desses valores, o que representa uma política social de democratização do acesso a essas atividades.

Além disso, os complexos poliesportivos estão localizados em diferentes regiões da cidade, tendo o seu acesso facilitado por um bom sistema de transporte público, realizado por linhas de ônibus e/ou metrô. Para além dessas instalações, a cidade oferece outros espaços e equipamentos públicos de esporte e de lazer, por exemplo, parques, pistas de caminhada, ciclovias e equipamentos de ginástica em ótimo estado de conservação por todas as regiões da cidade. Enfim, ao considerar esses aspectos, inúmeras barreiras externas ou estruturais que justificariam a inatividade física dessa população são significativamente minimizadas.

A respeito da autoavaliação da saúde, todos estavam satisfeitos com seu atual estado de saúde, mesmo as pessoas que relataram ter enfermidades. Esses dados apresentam peculiaridades em relação a outros estudos realizados na Espanha, tendo em vista a inexistência de diferenças na percepção autorreferenciada da saúde entre as pessoas fisicamente ativas e as inativas.

Jiménez e demais autores (2017) analisaram a situação funcional e a autoavaliação da saúde entre 487 pessoas idosas ($66,6 \pm 11,7$ anos), contemplando pessoas fisicamente ativas e inativas, portadoras de algum tipo de artrose, na cidade de Albacete, na Espanha. O estudo concluiu que a situação funcional e a saúde autorreferenciada eram superiores em pessoas fisicamente ativas em relação às fisicamente inativas, independentemente de suas características sociodemográficas e do número de articulações afetadas.

Jodra, Maté-Muñoz e Domínguez (2019) investigaram 130 pessoas fisicamente ativas e inativas, moradoras da cidade de Madri, com idades entre

63 e 75 anos ($67,3 \pm 3,1$ anos). O objetivo foi analisar a relação existente entre a autoestima e as dimensões de autoconceito físico, autoavaliação da saúde e sua relação com o nível de atividade física. O estudo concluiu que a prática da atividade física contribuía para manter um estado de saúde adequado e uma qualidade de vida positiva. Além disso, as pessoas fisicamente ativas associaram a autoestima como uma vertente mais emocional e psicológica do que física, enquanto as pessoas fisicamente inativas associaram a autoestima mais com as variáveis físicas.

Por meio de um inquérito telefônico nacional, Lera-López e colaboradores (2017) investigaram 765 pessoas moradoras da Espanha, com idades entre 50 e 70 anos. O objetivo era analisar os possíveis efeitos da atividade física sobre a autoavaliação da saúde. O estudo concluiu que a prática da atividade física interfere positivamente na autoavaliação da saúde.

Enfim, os resultados encontrados na amostra em Bilbao, entre as pessoas fisicamente ativas, corroboram os estudos citados. No entanto, apontam nuances em relação às pessoas fisicamente inativas, pois apresentam a mesma percepção satisfatória da saúde em relação ao grupo anterior. Esse fato pode estar associado à subjetivação sobre o entendimento da saúde, distinguindo-se da concepção hegemônica biologicista e aproximando-se mais da perspectiva defendida por Canguilhem (2009). Em outras palavras, a saúde não se restringe ao equilíbrio das funções orgânicas, às normatizações.

Para além da autoavaliação, foi perguntado às pessoas o que elas entendiam sobre saúde. A partir dos depoimentos, criamos uma categorização de palavras-chave que expressavam tal entendimento: (i) “ausência de doença e/ou dores” ($n = 13$); (ii) “sentir-se bem (física, espiritualmente)” ($n = 5$); (iii) “fazer o que deseja (manter a funcionalidade)” ($n = 2$); (iv) “é tudo na vida” ($n = 2$); (v) “diversos (ter alegria, boa alimentação, fazer atividade física)” ($n = 3$). Também solicitamos às pessoas que relatassem se tinham alguma enfermidade identificada. Somente oito pessoas disseram não ter nenhuma enfermidade (quatro pessoas de cada grupo), enquanto dez afirmaram ter alguma(s) enfermidade(s) (cinco pessoas de cada grupo): (i) “dores musculoesqueléticas: lombar, joelho, artrose” ($n = 5$);

(ii) “doenças crônicas não transmissíveis: alteração na taxa de colesterol” (n = 2); (iii) “diversas (alteração na próstata, hipertireoidismo, asma, enxaqueca)” (n = 4). Os dados demonstram similaridades no diagnóstico de enfermidades entre os grupos, ou seja, o fato de ser fisicamente ativo ou inativo não está relacionado com o acometimento de enfermidades na amostra estudada, assim como na autoavaliação da saúde.

Embora as respostas mais frequentes corroborem o senso comum do entendimento de saúde como ausência de doença (n = 13), elas também se relacionam com a percepção de uma subjetivação (“sentir-se bem”, “fazer o que deseja”, “é tudo na vida”). Em outras palavras, mesmo que a pessoa apresente uma alteração clínica dos parâmetros de saúde – da “normalidade” –, a subjetivação da saúde prevalece sobre a normatização.

Canguilhem (2009), tendo como referência a perspectiva do conceito normativo, de acordo com a filosofia, questiona a definição da saúde a partir do estado patológico. Esse conceito considera o julgamento de apreciação ou a qualificação conforme uma norma que também estará subordinada a quem a institui, isto é, de forma arbitrária, segundo os parâmetros e perspectivas de quem os determina.

Buscando estabelecer o entendimento de uma possível associação da autoavaliação da saúde com a atividade física, perguntamos às pessoas como elas compreendiam essa questão. Ao todo, dezesseis pessoas percebem que a atividade física pode contribuir para a melhoria da saúde, e duas pessoas, ambas fisicamente inativas, responderam que talvez pudesse contribuir. As respostas-chave foram categorizadas em: (i) “melhorar a saúde física e/ou mental” (n = 9); (ii) “prevenir doenças/dores” (n = 3); (iii) “sentir-se bem” (n = 3); (iv) “não piorar a saúde” (n = 2); (v) “diversas (melhorar a socialização, desenvolvimento pessoal, não soube responder)” (n = 5).

A maioria das pessoas fisicamente inativas (n = 6) tem a consciência de que a atividade física pode contribuir para a melhoria da saúde, no entanto, não a realiza. Esse fato requer a análise de outras variáveis

que interferem nessa tomada de decisão, extrapolando o propósito deste estudo.

Conclusão

O objetivo desta pesquisa foi analisar a relação da autoavaliação da saúde e o estilo de vida de pessoas idosas na cidade de Bilbao. Na amostra investigada, ambos os grupos foram unânimes em avaliar satisfatoriamente o atual estado de saúde, fato relatado entre as pessoas que possuem enfermidades. Essa característica remete à subjetivação do processo saúde-doença, ou seja, o diagnóstico de alguma alteração clínica – um desequilíbrio da normatização que não comprometa a funcionalidade das pessoas – não interferiu negativamente na autoavaliação da saúde.

Dessa forma, os dados reforçam o questionamento dos aspectos referentes à normatização da saúde – estipulação de parâmetros anátomo-físio-patológicos – e à normalidade – que conota uma continuidade dinâmica da saúde caracterizada por alternâncias no processo saúde-doença – para determinar o que seria saudável e/ou patológico. Em outras palavras, para Canguilhem (2009), ter saúde é a capacidade de poder adoecer e recuperar-se, e não apenas a ausência de doenças – percepção positivista da saúde. Assim, na perspectiva da amostra estudada, ser saudável é manter a funcionalidade.

Outro resultado encontrado diz respeito ao fato de ser fisicamente ativo ou inativo não modificar a percepção de autoavaliação da saúde, isto é, em ambos os grupos essa percepção foi satisfatória. Embora haja um discurso hegemônico da relevância da atividade física como importante fator para a promoção da saúde, segundo a perspectiva biológica e normatizada, ao considerar outros olhares sobre essa relação apresentada, é notória a necessidade de adotar uma visão ampliada a esse respeito. Em outras palavras, desconstruir o discurso da relação imprescindível da atividade física para se ter saúde.

Ao tecer esse comentário não estamos negando os possíveis benefícios advindos dessa prática, tão somente entendemos que não se pode estabelecer uma relação linear e casuística entre atividade física e saúde, ou que a ausência dessa prática seja um fator limitante para ser saudável, pois, na amostra estudada, pessoas com determinadas enfermidades diagnosticadas, que mantinham sua funcionalidade e autonomia mesmo sendo fisicamente inativas, consideraram-se saudáveis e não perceberam esse fator como sendo essencial para as suas vidas.

Diante dos resultados encontrados, mesmo considerando a inexistência de diferenças em relação à autoavaliação da saúde entre os grupos, ressalta-se a importância da realização de intervenções educativas relacionadas à saúde, de forma a incentivar a adoção de hábitos saudáveis e a adesão e/ou manutenção de um estilo de vida fisicamente ativo. Este, associado a outros determinantes da saúde, pode contribuir para manter a funcionalidade e minimizar os efeitos deletérios do processo de envelhecimento que acomete essa população de forma mais acentuada.

A educação para a saúde pode ocorrer por meio de campanhas publicitárias nos diferentes meios de comunicação, nas unidades básicas de saúde – onde essa população deve ser acompanhada – e por meio dos profissionais da saúde que atuam em programas comunitários que desenvolvem atividades físicas.

Por fim, esta investigação permitiu identificar algumas nuances quanto ao objetivo proposto. No entanto, devemos considerar algumas limitações encontradas em seu desenvolvimento: a escolha intencional dos locais e da amostra e o pequeno número de participantes devido ao método de saturação de dados adotado. Dessa forma, para a realização de novas pesquisas com características similares que tenham como objetivo ampliar as análises conduzidas, é pertinente considerar a adoção de procedimentos como a seleção aleatória e uma amostra representativa da população.

Referências

ARCOSA, S. V. C. **Envelhecimento humano**: realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha). Porto Alegre: EdIPUCRS, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BEZERRA, P. C. L.; OPITZ, S. P.; KOIFMAN, R. J.; MUNIZ, P. T. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2441-2451, dez. 2011.

BEYER, A.; WOLFF, J.; WARNER, L.; SCHÜZ, B.; WURM, S. The role of physical activity in the relationship between self-perceptions of ageing and self-rated health in older adults. **Psychology & Health**, v. 30, n. 6, p. 671-685, 2015.

BIZKAIA FORU ALDUNDIA DIPUTACIÓN FORAL. **El índice de envejecimiento activo em Bizkaia**. Cálculo y resultados 2016. [S. l.]: Bizkaia foru aldundia diputación foral, 2017. Disponível em: https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/2017%2007%2011%20AAI%20Bizkaia_informe%20resumido_atualizado2_ca.pdf?hash=a237eb0b6fefe8a732cebf271d739b0a&idioma=CA. Acesso em: 7 ago. 2018.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CASADO-PÉREZ, C.; HERNÁNDEZ-BARRERA, V.; JIMÉNEZ-GARCÍA, R.; FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C.; CARRASCO-GARRIDO, P.; LÓPEZ-DE-ANDRÉS, A.; JIMENEZ-TRUJILLO, M. A.; PALACIOS-CEÑA, D. Time trends in leisure time physical activity and physical fitness in the elderly: five-year follow-up of the Spanish National Health Survey (2006-2011). **Maturitas**, v. 80, n. 4, p. 391-398, 2015.

CIMARRAS-OTAL, C.; CALDERÓN-LARRAÑAGA, A.; POBLADOR-PLOU, B.; GONZÁLEZ-RUBIO, F.; GIMENO-FELIU, L. A.; ARJOL-SERRANO, JL.; PRADOS-TORRES, A. Association between physical activity, multimorbidity, self-rated health and functional limitation in the Spanish population. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, 1170, 2014.

DING, D. Surveillance of global physical activity: progress, evidence, and future directions. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 10, p. 1046-1047, 2018.

FLECK, M. P. A.; 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”. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FRANKS, P.; GOLD, M. R.; FISCELLA, K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the U.S. **Social Science & Medicine**, v. 56, p. 2505-2514, 2003.

FRUTOS, G. A. Impacto del sedentarismo sobre la práctica de actividad física y la salud: análisis de la situación en España. **Revista Española de Educación Física Y Deportes**, Madrid, n. 412, p. 33-44, 2016.

GUTHOLD, R.; STEVENS, G. A.; RILEY, L. M.; BULL, F. C. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1,9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, p. 1077-1086, 2018.

HALFORD, C.; WALLMAN, T.; WELIN, L.; ROSENGREN, A.; BARDEL, A.; JOHANSSON, S.; ERIKSSON, H.; PALMER, E.; WILHELMSEN, L.; SVÄRDSUDD, K. Effects of self-rated health on sick leave, disability pension, hospital admissions and mortality: a population-based longitudinal study of nearly 15.000 observations among Swedish women and men. **BMC Public Health**, v. 12, p. 1103, 2012.

INSTITUTO VASCO DE ESTADÍSTICA (Eustat). La población de la C.A. de Euskadi gana casi 4.000 personas em 2017. **Euskal Estatistika Erakundea**, San Sebastián, 8 nov. 2017. Disponível em: https://www.eustat.eus/elementos/ele0014400/la-poblacion-de-la-ca-de-euskadi-gana-casi-4/not0014445_c.html. Acesso em: 7 ago. 2018.

JIMÉNEZ, C. L. V.; HIDALGO, J. L. T.; ATIENZA, E. M. G.; RUIZ, M. S. N.; CERÓN, I. H.; LA ROSA, L. M. Situación funcional, autopercepción de salud y nivel de actividad física en pacientes con artrosis. **Aten. Primaria**, v. 49, n. 4, p. 224-232, 2017.

JODRA, P.; MATÉ-MUÑOZ, J. L.; DOMÍNGUEZ, R. Percepción de salud, autoestima y autoconcepto físico en personas mayores en función de su actividad física. **Revista de Psicología del Deporte**, v. 28, n. 2, p. 127-134, 2019.

LERA-LÓPEZ, F.; GARRUES IRISARRI, M. A.; OLLO-LÓPEZ, A.; SÁNCHEZ IRISO, E.; CABASÉS HITA, J. M. Y.; SÁNCHEZ SANTOS, J. M. Actividad física y salud autopercebida en personas mayores de 50 años. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte**, Madrid, v. 17, n. 67, p. 559-571, 2017.

LEÓN-PRADOS, J. A.; FUENTES, I.; GONZÁLEZ-JURADO, J. A.; FERNÁNDEZ, A.; COSTA, E.; RAMOS, A. M. Actividad física y salud percibida en un sector de la población sevillana; estudio piloto. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte**, Madrid, v. 10, n. 41, p. 164-180, 2011.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, Rio Claro, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n4/a23v16n4>. Acesso em: 4 dez. 2016.

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (Ense). **Encuesta Nacional de Salud, España 2017**. Actividad Física, Descanso Y Ocio. Madrid: Ense, 2017.

NUVIALA, A.; GRAO CRUCES, A.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A.; ALDA SCHÖNEMANN, O.; BURGÉS ABAD, J. A.; JAUME PONS, A. Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte**, Madrid, v. 9, n. 36, p. 414-430, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud**. [S. l.]: OMS, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1. Acesso em: 14 maio 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Envejecimiento y salud. **Organización Mundial de la Salud**, [s. l.], 1 oct. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 14 maio 2025.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 33, n. 4, p. 302-310, 2013.

PELÁEZ, E.; ACOSTA, L. D.; CARRIZO, E. D. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 41, n. 4, p. 638-348, 2015.

SERRANO-HUETE, V.; LAZARO-AGUILERA, E.; TERÁN-TORRES, M. C.; LAREDO-AGUILERA, J. A.; PARRÁZO-MONTILLA, J. A. Efectos sobre la autopercepción en personas mayores de 60 años de un programa de actividad física en el agua. **Revista Iberoamericana de Actividad Física y el Deporte**, Málaga, v. 7, n. 2, p. 128-136, 2018.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 20-27, 10 set. 2009. Disponível em: https://revistapmkt.com.br/wp-content/uploads/2009/03/SATURACAO_EM_PESQUISA_QUALITATIVA_ESTIMATIVA_EMPIRICA_DE_DIMENSIONAMENTO.pdf. Acesso em: 25 jan. 2016.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício físico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action plan on physical activity 2018-2030**. More active people for a healthier world. [S. l.]: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/33339c9c-3a9f-46d4-9f12-ae9ff0dfdc6a/content>. Acesso em: 6 fev. 2020.