



**ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS
DO MUNICÍPIO DE CIANORTE – PR**

Dissertação de Mestrado defendida como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Física, no Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

MEIRE PEREIRA VALENTINI

**ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS
DO MUNICÍPIO DE CIANORTE – PR**

Dissertação de Mestrado defendida como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Física, no Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Reis

MEIRE PEREIRA VALENTINI

**ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS
DO MUNICÍPIO DE CIANORTE – PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Mestrado em Atividade Física e Qualidade de Vida, da Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Reis

Prof^a. Dr^a. Neiva Leite

Prof. Dr. Hércio Rossi Gonçalves

Prof. Dr. Ciro Romélio Rodriguez Añez

DEDICATÓRIA

Dedico e agradeço primeiramente à Deus pela vida, por estar sempre no meu caminho, iluminando e guiando às escolhas certas.

Aos meus pais: Lourdes Pereira Valentini e João Valentini apoiando-me nos momentos difíceis com força, confiança, amor, ensinando-me a persistir nos meus objetivos e ajudando a alcançá-los.

Aos meus irmãos: Maria Aparecida, Marcia, Marcio, Moacir, Marilza e Mônica agradeço pela companhia, apoio, compreensão, carinho e pelos momentos de descontração e por aguentarem meu stress.

Aos meus sobrinhos: Érica, Vinícios, Ana Beatriz, Gustavo, Eduardo, Ana Carolina, Ana Vitória, Kawan, Maria Eduarda, as Gêmeas Lara e Sofia, pela ausência da titia...

Com carinho muito especial: a Flavia Hernandez que me apoiou desde a matrícula no mestrado, nos créditos, na dissertação, muito obrigada!!!!!!!!!!!!

Aos cunhados e cunhadas: Marcelino, Edidi, Luciana, Eliane, Sinézio e Jurandir, vocês ajudam a nossa família ser ainda mais feliz.

Ao meu amigo: Éder que muitas vezes me apoiou, incentivou e me entendeu nas muitas vezes que não pude nem conversar pela correria.

Aos amigos/professores: Paula Rebola, Ricardo Alexandre Carminato e Vitor Hugo Machado pela companhia agradável e incentivadora durante as idas e voltas às aulas do mestrado.

AGRADECIMENTOS

As instituições UFPR e UNIPAR pela oportunidade do MINTER, possibilitando a adesão a novos conhecimentos.

Ao meu orientador Rodrigo Siqueira Reis que me ensinou a ultrapassar barreiras e dificuldades encontradas no caminho.

A todos os professores do MINTER em especial Hécio Rossi Gonçalves, Neiva Leite e André Rodacki, pelo dom de ensinar, pela disponibilidade e apoio em todos os momentos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cianorte – PR por ceder informações internas e disponibilizar os agentes comunitários de saúde.

A coordenadora dos agentes comunitários de saúde Alaíde Bergamasco pela organização dos agentes comunitários, disponibilidade e amor pelo seu trabalho.

As agentes comunitárias de saúde pela disposição e dedicação durante as coletas.

A promotora Dr^a Elaine Cristina Lima que sempre esteve à disposição para o melhor andamento na pesquisa, dando idéias e ajudando a transformar em realidades.

Ao secretário Municipal de Esportes Valter Digiorgio pela ajuda financeira para a confecção das camisetas e xerox para a pesquisa.

As acadêmicas do curso de Educação Física da UNIPAR, pela coleta piloto e tabulação de dados.

A Re Pepper pela companhia agradável e estadia em Curitiba.

A Flavia e Érica pela disponibilidade e dedicação na tabulação de dados.

A Augusta e Benhão que sempre me apoiaram e incentivaram.

A Edcarla Alves Pastor, pela correção ortográfica, valeu...

Aos idosos que não mediram esforços em responder os questionários.

Aos meus alunos da Clínica de Personal Trainer Valentini que entenderam minha ausência nesse período.

A Grazielle que me substituiu nas aulas e está sempre á disposição.

***A todos que de alguma forma somaram para que esse trabalho fosse concluído.
Muito obrigada! Que Deus retribua cada um da melhor maneira possível.***

“A velhice, como todas as situações humanas, têm uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem nunca vive em estado natural: na sua velhice, como em qualquer idade, um estatuto lhe é imposto pela sociedade a qual pertence.”

(Beauvoir)

RESUMO

Introdução: No contexto das sociedades industrializadas e em desenvolvimento, o estilo de vida e, em particular a atividade física, tem sido cada vez mais fator decisivo na qualidade de vida (QV) tanto no geral quanto relacionada à saúde das pessoas em todas as idades e condições. **Objetivo:** Analisar a associação entre o nível de atividade física de lazer e de transporte com a qualidade de vida em idosos do município de Cianorte – PR. **Metodologia:** A amostra foi do tipo probabilística com a técnica de seleção estratificada por sorteio aleatório, totalizando 1303 idosos cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde (n=464 homens e n=839 mulheres). Os dados foram coletados por inquérito domiciliar e o instrumento de medida foi composto pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ-Versão Longa e Semana Típica); Qualidade de Vida (WHOQOL – Bref da OMS); Fatores de Risco (Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Domiciliar - VIGITEL) e Aspectos Sociodemográficos. A atividade física (AF) foi considerada como variável dependente. Para o domínio lazer, as atividades foram classificadas em: caminhada (≥ 150 min/sem), e AF de lazer em geral (≥ 150 min/sem). No domínio transporte foram consideradas a caminhada e o uso de bicicleta (≥ 150 min/sem). Os escores de qualidade de vida (QV) foram computados para cada um dos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e categorizados em tercís. A variável “QV geral” foi considerada com a soma dos escores dos quatro domínios e também categorizada segundo tercís. **Resultados:** Em relação aos aspectos sociodemográficos, os dados demonstraram que 51,6 % da população da pesquisa estão na faixa etária 60-69 anos e 59,5% são casados ou vivem com parceiro. Quanto ao nível socioeconômico, 88,6% apresentam-se na categoria C, sendo que 60,4% são aposentados. Quanto aos aspectos de saúde e estilo de vida, 43,9% dos idosos apresentaram um IMC referente à normalidade e apenas 3,5 % diz ter uma percepção de saúde excelente. A caminhada foi a atividade física de lazer mais realizada pelos idosos. Os homens foram mais ativos do que as mulheres na caminhada no lazer (28,2% *versus* 14,3%), na atividade física de lazer (44% *versus* 23,6%) e no deslocamento ativo (35,8% *versus* 10,5%). As idosas consideradas ativas na caminhada apresentaram uma associação positiva com a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e qualidade de vida geral ($p < 0,001$). Os homens que praticam atividade física de lazer apresentam associação positiva com o domínio meio ambiente e qualidade de vida geral ($p < 0,001$) e as mulheres apresentam associação positiva em todos os domínios ($p < 0,001$), exceto no domínio relações sociais. Na atividade física de deslocamento ambos os sexos não apresentaram associação com a qualidade de vida. **Conclusão:** A associação entre qualidade de vida e atividade física de lazer e de transporte é específica para domínios da QV e distinta entre homens e mulheres.

Palavras-chave: Atividade Física de Lazer. Atividade Física de Transporte. Qualidade de Vida. Idoso.

ABSTRACT

Introduction: In the context of industrialized and developing societies, the lifestyle and, in particular physical activity (PA), has been increasingly decisive factor in the quality of life (QOL) both in general and related to people's health at all ages and conditions. **Objective:** Evaluate the association between the level of leisure time PA and active transportation with QOL in elderly of Cianorte-PR. **Methods:** It was a probabilistic sample gotten through the technique of stratified random selection, totaling 1,303 seniors enrolled in the Municipal Health Department (n=464 men and 839 women). Data were collected through home inquiry and the measuring instrument was composed by the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), QOL (WHOQOL - Bref); Risk Factors (Surveillance of Risk Factors and Protection for Chronic Diseases Household Survey - VIGITEL) and social and demographic aspects. PA was considered the dependent variable. For the domain leisure, activities were classified as walking (≥ 150 min/wk) and leisure in general (≥ 150 min/wk). The ones considered active transportation were walking and bicycle use (≥ 150 min/wk). The scores of QOL were computed for each of the four domains (physical, psychological, social relationships and environment) and categorized into terciles. The variable "QOL" was considered with the sum of the scores of the four areas and also categorized based on three stages. **Results:** Related to socio demographic characteristics, the data showed that 51.6% of the survey populations are aged 60-69 years and 59.5% were married or living with a partner. Regarding socioeconomic level, 88.6% are in the category C, and 60.4% are retired. Concerning the aspects of health and lifestyle, 43.9% of the elderly had a BMI related to normal and only 3.5% said to have an excellent perception of health. Walking was the most practiced leisure activity undertaken by the elderly. Men were more active than women in walking for leisure (28.2% vs 14.3%) in leisure PA (44% vs 23.6%) and active transportation (35.8% vs 10.5%). The elderly women considered active in walking showed a positive association with QOL in the physical, psychological and general quality of life domains ($p < 0.001$). Men who practice leisure activities were positively associated with the domain environment and overall QOL ($p < 0.001$) and women were positively associated in all domains ($p < 0.001$), except for the social relationships domain. Regarding active transportation, both genders showed no association with the QOL. **Conclusion:** The association between QOL and leisure PA and active transportation is specific for QOL domains and distinct between men and women.

Keywords: Leisure Activities. Active Transportation. Quality of Life. Elderly

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade Física
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
ATI	Academia da terceira idade
AVD	Atividades da vida diária
CELAFISCS	Centro de Estudo do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul
CDC	Centro para Controle e Prevenção de Doenças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNT	Doenças Não Transmissíveis
GPAQ-PUCPR	Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida – Pontifícia Universidade Católica
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMMA	Idoso em Movimento Mantendo Autonomia
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
n.	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
QV	Qualidade de Vida
s/d	Sem data
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SPSS	Statistical Package for Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNIPAR	Universidade Paranaense
VIGITEL	Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	11
1.2 PROBLEMA DA PESQUISA	16
1.3 OBJETIVO GERAL	16
1.3.1 Objetivos Específicos	16
1.4 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE TERMOS	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 ENVELHECIMENTO: TEORIAS E CARACTERÍSTICAS	19
2.2 ATIVIDADE FÍSICA E ENVELHECIMENTO	24
2.3 ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS	35
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	42
3.2 POPULAÇÃO	42
3.3 AMOSTRA	43
3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	44
3.5 INSTRUMENTO DE MEDIDA	47
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	49
3.7 ESTUDO PILOTO	50
4 RESULTADOS	51
5 DISCUSSÃO	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	77
ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O Brasil tem experimentado, nas últimas décadas, importantes transformações no seu padrão de mortalidade e morbidade, em função dos processos de transição epidemiológica, nutricional e demográfica. Houve importante redução das doenças infecciosas e aumento das Doenças Não Transmissíveis (DNT), acidentes e violência (SAÚDE BRASIL, 2008).

A transição demográfica decorre da redução da mortalidade precoce, redução das taxas de fecundidade, aumento da expectativa de vida ao nascer e incremento da população idosa. Em função do crescimento da população idosa houve aumento em causas de adoecimento e morte prevalente neste grupo etário (SAÚDE BRASIL, 2008).

Em 2000, a população mundial de indivíduos com idade acima de 65 anos foi de cerca de 420 milhões, aumento de 9,5 milhões de 1999 (Kinsella e Velkoff, 2001 apud CDC, 2003). Durante 2000 - 2030, a população mundial com idade acima de 65 anos deverá aumentar em cerca de 550 à 973 milhões conforme o Censo de Boreau – US (2000 apud CDC, 2003), e projeções mostram aumento de 6,9% para 12,0% em nível mundial, de 15,5% para 24,3% na Europa, de 12,6% para 20,3% na América do Norte e de 5,5% para 11,6% na América Latina e do Caribe (KINSELLA e VELKOFF, 2001 apud CDC, 2003).

Os maiores aumentos no número absoluto de pessoas mais velhas irão ocorrer nos países em desenvolvimento. De acordo com o Censo de Boreau – US (2000 apud CDC, 2003), durante 2000 - 2030, o número de pessoas com mais de 65 anos nos países em desenvolvimento deve triplicar, passando de aproximadamente 249 milhões em 2000 para uma estimativa de 690 milhões em 2030. A parcela de população mundial a mais de 65 anos deverá aumentar de 59% para 71% conforme Kinsella e Velkoff (2001 apud CDC, 2003).

De acordo com o manual Saúde Brasil (2008), o envelhecimento populacional em países emergentes diferencia daquele observado no passado em países

européus pela velocidade na qual vem ocorrendo. O Brasil situa-se entre os países no mundo com ritmo mais acentuado de envelhecimento.

Ainda de acordo com Saúde Brasil (2008), entre os dois últimos censos brasileiros, a população idosa aumentou 2,5 vezes mais (36%) do que a mais jovem (14%), sendo importante salientar que entre os idosos, os aumentos mais expressivos foram os observados nas faixas etárias de 60-69 (28%), 70-79 (42%) e na faixa etária igual ou maior a 80 anos (62%).

No início do século XX, entre as décadas de 30 e 40, o Brasil iniciou o processo de transição demográfica que progressivamente conduziu ao estreitamento da base da pirâmide etária populacional e reflete-se hoje no aumento contínuo da proporção de idosos. Acompanha este processo a transição epidemiológica caracterizada pela mudança do perfil de morbimortalidade (CARVALHO e GARCIA 2003, apud ZAITUNE et. al. 2006).

Para Veras (2009), atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos.

No entanto, para Parahyba, Veras e Melzer (2005) e Veras et. al. (2007) as doenças crônicas bem como suas incapacidades, não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento e a prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida.

De acordo com Alexandre, Cordeiro e Ramos (2009), para atravessar esta transição demográfica, as políticas de promoção da saúde incentivam os idosos a se manterem ativos e independentes para que ocorra efeito positivo na qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), considera o envelhecimento ativo como um processo de vida moldado por vários fatores que, isoladamente ou em conjunto, favorecem a saúde, a participação e a segurança de idosos.

A prática de atividade física regular seja no trabalho, no transporte, lazer, afazeres domésticos e cuidados da família traz benefícios tanto no aspecto de saúde biológica quanto da psicológica e social (ACSM, 1998; USDHHS, 1996; OMS, 2002, apud BENEDETTI, 2004). Desta maneira, as atividades físicas nos idosos podem atuar na adaptação à sociedade e auxiliar na reorganização da sua vida social (CAVALCANTE, 1981; OKUMA, 2002 apud BENEDETTI, 2004).

Neste contexto, observa-se que um dos grandes desafios da sociedade é a promoção do envelhecimento ativo em conjunto com qualidade de vida. De acordo com Mazo (2008), a atividade física regular surge como meio de promoção de saúde e de melhoria da qualidade de vida. Em relação aos programas mundiais de promoção de saúde, os cientistas enfatizam cada vez mais a necessidade da atividade física como parte fundamental, pois neste milênio a inatividade física é considerada um problema de saúde pública.

De acordo com a OMS (2009), a inatividade física tem sido apontada como o fator de risco principalmente para o quadro de mortalidade global (6% das mortes no mundo), a pressão arterial elevada (13%), uso de tabaco (9%) e glicemia elevada (6%). Excesso de peso e obesidade são responsáveis por 5% da mortalidade global.

Os níveis de inatividade física estão aumentando em muitos países com grandes implicações para a saúde geral das pessoas no mundo e para o prevalência de doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer e seus fatores de risco, como pressão arterial elevada, aumento de açúcar no sangue e sobrepeso. A inatividade física é estimada como sendo a principal causa de aproximadamente 21-25% de câncer de mama e de cólon, 27% da diabetes e cerca de 30% da carga de cardiopatia isquêmica. Além disso, as doenças não transmissíveis representam hoje quase a metade das causas de doenças no mundo. Estima-se atualmente que de cada 10 mortes, seis são atribuíveis a doenças não transmissíveis (OMS, 2009).

Ainda para a OMS (2010a), as recomendações mundiais sobre atividade física para a saúde têm como objetivo proporcionar orientação sobre a relação entre atividade física e benefícios de saúde (ou seja, a frequência, duração, intensidade, tipo e quantidade total de atividade física necessária para o aprimoramento da saúde e prevenção de DNTs).

Para a OMS (2010a), o aumento dos níveis de atividade física da população atende às demandas de uma população base, multisetorial, multidisciplinar e cultural. Desta forma, uma abordagem pertinente de políticas e planos nacionais sobre atividade física devem incluir múltiplas estratégias destinadas a apoiar a criação individual e ambientes propícios para a atividade física.

Evidências atuais mostram que as políticas ambientais que têm impacto sobre o modo de transporte das pessoas e o aumento de espaço público para atividades de lazer, têm o potencial de aumentar os níveis de atividade física na população e,

conseqüentemente, proporcionar benefícios significativos para a saúde dos mesmos (OMS, 2010a).

A qualidade de vida na velhice parte de uma avaliação multidimensional em relação aos critérios socionormativos e intrapessoais que buscam referências tanto nas relações atuais quanto nas passadas e também prospectivas na relação entre o idoso ou o adulto maduro e o ambiente que o cerca, descreve Lawton (1991, apud TRENTINI, CHACHAMOVICH e FLECK, 2008). Segundo o autor, a qualidade de vida na velhice também pode ser entendida como processo adaptativo multidimensional a despeito da capacidade do sujeito para lidar com diferentes demandas.

Do ponto de vista ideográfico, os domínios da qualidade de vida devem ser escolhidos pelo próprio indivíduo e então avaliados em relação a seu ambiente, de forma que haja intersecção entre a pessoa e o ambiente (JOYCE 1988, apud PATRICK, 2008).

Para Nahas (2001), diversos fatores contribuem para a quantidade e a qualidade de anos que se vivem inclusive fatores genéticos e comportamentais. Alguns envelhecem com mais qualidade de vida e vivem mais, servindo de modelo para geriatras e gerontólogos que buscam entender as causas e fatores associados a esse processo. Por exemplo, estudos em gerontologia têm demonstrado que atividade física junto com hereditariedade, alimentação adequada e hábitos de vida apropriados podem melhorar em muito a qualidade de vida dos idosos (OKUMA, 1998). Por outro lado, segundo Neri (2000, apud TRENTINI, CHACHAMOVICH e FLECK, 2008), os níveis de renda e de escolaridade, boas condições de vida e saúde, uma satisfatória rede de amigos, a manutenção de relações familiares, o “estar ativo”, dentre outros fatores podem contribuir para a qualidade de vida e para o bem-estar subjetivo, para o sentido de autoeficácia e, conseqüentemente, para o funcionamento global dos idosos.

Estudos realizados no Canadá, sobre qualidade de vida em idosos afirmam que promover a saúde dos idosos já é uma justificativa por si só, mas que além dessa, encontra-se ainda a possibilidade de benefícios através da redução dos gastos com a doença e outros custos sociais. Muitos dos recursos utilizados com tratamentos, medicamento, internações e consultas decorrem da falta de ênfase em prevenção e promoção, especialmente nessa etapa de vida (BRYANT et. al. 2002, apud PASKULIN, 2006).

Apesar do aparente consenso sobre o papel da atividade física para a qualidade de vida na população idosa, alguns aspectos desta relação ainda são motivos de investigação. Por exemplo, para Rabacow et. al. (2006), a relação de atividade física e saúde têm merecido alguns questionamentos especialmente quanto ao tipo e quantidade deste comportamento para diferentes populações e faixa etária. Conforme Coelho e Baruni (2009), existe importante distinção entre atividade física para prevenção de doenças crônicas, para o bom condicionamento físico e para o tratamento de doenças, associada tanto ao tipo quanto à frequência, à intensidade e à duração das atividades realizadas.

Neste contexto, o estímulo às atividades de lazer deve também ser considerado quando se pensa em atividades de promoção à saúde, especialmente no que tange a aumentar as possibilidades de um envelhecimento físico e cognitivo saudável (SANTOS, FORONI e CHAVES, 2009). Por outro lado, o papel de domínios específicos da atividade física sobre a qualidade de vida tem sido pouco investigado. O lazer é o domínio estudado com maior frequência em inquéritos epidemiológicos, tanto em países de renda alta, como naqueles de renda média ou baixa. Porém, outros tipos de atividades físicas (ex: transporte) são importantes, principalmente nos países de renda média ou baixa, devido a características sociais destas comunidades (CRESPO, 2000; KILMER, 2008; MONTEIRO, 2003; HALLAL, 2003 apud FLORINDO et. al. 2009).

A OMS tem enfatizado a necessidade de mudanças estruturais, amenizando riscos de quebra dos sistemas sociais em consequência do envelhecimento populacional. O envelhecimento ativo é uma forma de amenizar esse risco, uma vez que idosos ativos e saudáveis contribuem para a sociedade e consomem menos recursos (SAÚDE BRASIL, 2008).

Sendo assim, o presente estudo se propôs a investigar em que medida as atividades físicas realizadas como forma de lazer e como forma de deslocamento estão relacionadas com aspectos que caracterizam a qualidade de vida dos idosos do município de Cianorte – PR.

1.2 PROBLEMA DA PESQUISA

Qual é a associação entre o nível de atividade física praticada no lazer e no deslocamento e a qualidade de vida de idosos do município de Cianorte – PR?

1.3 OBJETIVO GERAL

- Analisar a associação entre o nível de atividade física de lazer e de deslocamento com a qualidade de vida dos idosos do município de Cianorte – PR.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Caracterizar a prevalência dos níveis de atividade física de lazer e de deslocamento de acordo com as características sociodemográficas em idosos da Cidade de Cianorte – PR.
- Determinar o perfil da qualidade de vida segundo as características sociodemográficas dos idosos da Cidade de Cianorte – PR.
- Verificar a associação entre os níveis de atividade física com a qualidade de vida de idosos da cidade de Cianorte – PR.

1.4 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE TERMOS

Insuficientemente ativo - Idosos que praticam entre 10 a 149 minutos por semana de atividade física (Physical Activity Guidelines Advisory for Americans, 2008).

Atividade física suficiente - A maioria dos benefícios de saúde ocorrem com pelo menos 150 minutos (2 horas e 30 minutos) por semana de atividade física de intensidade moderada, como caminhada (Physical Activity Guidelines Advisory for Americans, 2008).

Idosos - Nos países em desenvolvimento são considerados idosos os indivíduos com sessenta anos de idade ou mais (OPAS, 2005).

Inativo - Idosos que praticam menos de 10 minutos por semana de atividade física (Physical Activity Guidelines Advisory for Americans, 2008).

Qualidade de vida - A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura, e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações (WHOQOL, 1995 apud FLECK, 2008).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresentará os seguintes tópicos: Envelhecimento: Teorias e Características; Atividade Física e Envelhecimento e por fim, Atividade Física e Qualidade de Vida em Idosos, a fim de promover uma base teórica para melhor compreensão do estudo.

No tópico sobre as teorias e características do envelhecimento são abordadas diversas fundamentações acerca do processo de envelhecimento.

No tópico seguinte sobre atividade física e envelhecimento buscou-se através da literatura descrever os benefícios que a atividade física proporciona para o idoso.

No terceiro tópico foi abordada a temática da relação da atividade física com a qualidade de vida de idosos.

2.1 ENVELHECIMENTO: TEORIAS E CARACTERÍSTICAS

Em quase todos os países, a proporção de pessoas acima de 60 anos está crescendo mais rápido do que qualquer outra faixa etária, como resultado da expectativa de vida mais longa e das taxas de fecundidade em declínio. Esse envelhecimento da população pode ser visto como história de sucesso de políticas de saúde pública e para o desenvolvimento socioeconômico, mas também os desafios da sociedade em se adaptar, a fim da maximização da saúde e da capacidade funcional dos idosos bem como sua participação social e de segurança (OMS, 2010b).

Ainda de acordo com a OMS (2010c), o mundo está envelhecendo rapidamente. Embora este seja um desafio importante para o mundo desenvolvido, 70% das pessoas mais velhas vivem agora em países de baixa ou média renda. O envelhecimento da população também está ocorrendo muito mais rápido nesses países. Isto significa que terá uma oportunidade muito breve para construir a infraestrutura necessária para enfrentar esta tendência demográfica.

Uma visão comum do envelhecimento da população é que vai haver demanda sem precedentes em sistemas sociais e de saúde, que terão de ser pagos por um

número menor de trabalhadores. Isto pode representar uma diminuição no desenvolvimento econômico de todos os países, mas não há nada inevitável sobre esse futuro. Se as pessoas mais velhas podem permanecer saudáveis, e se eles vivem em um "ambiente favorável", não há nenhuma razão para que eles não possam continuar a contribuir de forma positiva até o último ano de vida. Já há evidências de países desenvolvidos que hoje as pessoas mais velhas são mais saudáveis do que as gerações anteriores e que querem permanecer socialmente engajada e produtiva.

Sendo assim, a OMS (2010d), incentiva estratégias que podem tornar isso possível, não apenas para alguns, mas para todos os dois bilhões de pessoas mais velhas que estarão vivos em 2050. Estas incluem: Falta da Prevenção de Doenças Crônicas, uma vez sendo que a maioria da deficiência associada à idade é a consequência da prevenção de doenças crônicas, em vez do próprio envelhecimento, a promoção da saúde através do curso da vida é a chave para o envelhecimento saudável; Acesso aos cuidados de saúde na primeira idade, no qual a detecção precoce e melhor gestão de doenças crônicas também podem minimizar o impacto negativo que tem sobre a capacidade funciona e por fim, a criação de ambientes amigáveis aos idosos com atitudes de superação e políticas, tais como aposentadoria compulsória, a criação de ambientes físicos que permitam às pessoas com deficiência a participar e reforçar as relações entre as pessoas mais velhas e as novas gerações. Estas são apenas algumas das estratégias que podem promover o engajamento social dos idosos.

Para Trentini, Chachamovich e Fleck, (2008), os avanços médicos contribuíram para o aumento do período de vida da população, no entanto a razão principal para essa aplicação está associada à elevação da qualidade de vida. Apesar de ainda longe do ideal, se as condições de vida hoje forem comparadas às de sessenta anos atrás, serão verificadas melhoras nutricionais, nos níveis de higiene pessoal, nas condições sanitárias em geral, nas circunstâncias de trabalho e nas residências; todas muito mais adequadas do que anteriormente.

Ainda para os mesmos autores, no Brasil e nos demais países do continente americano, esse conjunto de fatores se expressa demograficamente pela redução nas taxas de mortalidade, em particular nos primeiros anos de vida.

Segundo Okuma (1998), o envelhecimento resulta da mútua dependência entre os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais que interagem no ser humano.

De acordo com Safons (1999), existe dificuldade em classificar o início da velhice, porque a terceira idade começa em diferentes idades para distintas pessoas. A idade cronológica constitui um indicador não tão satisfatório do envelhecimento, de tal forma que os estudiosos consideram que o envelhecimento é cronológico apenas no sentido legal ou social, que é confirmado por Veras (1994), pois o termo velhice é bastante impreciso, e muito difícil de perceber na realidade e os limites da velhice variam em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social.

O envelhecimento é um processo complexo que envolve muitas variáveis (genética, estilo de vida e doenças crônicas) que interagem, influenciando a maneira pela qual envelhecemos (CORAZZA 2001, apud VALENTINI, 2002).

De acordo com Harman (1998, apud MATSUDO, 2001), os geriatras e gerontólogos, como também profissionais de outras áreas, não têm chegado a um consenso sobre a definição do envelhecimento. Alguns autores postulam suas próprias definições que variam da simplicidade do fato de ser o acúmulo de diversas alterações adversas que aumentam o risco de morte.

O envelhecimento pode ser visto tanto do ponto de vista orgânico em seus aspectos anatômicos, fisiológicos e psíquicos, como do ponto de vista moral, social e cultural. Para Papaléo-Netto e Borgonovi (2002), existem vários conceitos de envelhecimento, porém, a definição mais satisfatória é a que conceitua o envelhecimento como processo dinâmico e progressivo, onde são verificadas modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos que ocasionam a morte.

Okuma (2004) descreve que o envelhecimento é, sem dúvida, um processo biológico cujas alterações determinam mudanças estruturais no corpo e, em decorrência, modificam suas funções. Porém, se envelhecer é inerente a todo ser vivo, no caso do homem, esse processo assume dimensões que ultrapassam o “simples” ciclo biológico, pois pode acarretar também conseqüências sociais e psicológicas.

A taxa de envelhecimento é a mudança na função dos órgãos e sistemas por unidade de tempo, sendo que apresenta um crescimento exponencial após os quarenta anos de idade. Embora o envelhecimento comece geralmente mais cedo, o declínio acelerado na capacidade funcional começa em média na 7ª década de vida (CUNNINGHAM e PATERSON 1990, apud OKUMA, 2001).

Para Werger et. al. (1984), capacidade funcional é a capacidade de realizar atividades da vida diária de forma independente, incluindo atividades de deslocamento, atividades de autonomia e participação em atividades ocupacionais e recreativas.

Já para Hayflick (1997, apud VALENTINI, 2002), o envelhecimento desafia definições fáceis, pelo menos em termos biológicos. O envelhecimento não é uma mera passagem do tempo, é a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período. Segundo o mesmo autor, não existe uma definição perfeita para o envelhecimento, mas os anos são como a beleza; grande parte de nós o reconhece quando o sente ou vê.

Nahas (2001) descreve que para o grego Aristóteles a velhice não deveria ser entendida como doença, pois não é algo contrário a natureza. Modernamente o envelhecimento humano pode ser definido como um processo gradual, universal e invisível que acelera na maturidade e que provoca uma perda funcional progressiva no organismo.

O autor explica que o envelhecimento é gradual porque não se fica velho de uma semana para a outra; é universal porque afeta todos os indivíduos de uma espécie numa forma similar; e invisível, pois pode ser acelerado ou desacelerado por fatores ambientais e comportamentais, mas não pode ser revertido.

De acordo com Chopra (1993); Neri (1993); Ermida (1999) e Rodrigues (2000) citados por Conte (2004), são apresentados quatro formas diferentes de classificar a idade da pessoa que está envelhecendo e, dentre elas estão:

- a) Idade Cronológica: Quantos anos a pessoa tem segundo o calendário, o tempo de vida a partir do nascimento.
- b) Idade Biológica: Qual a idade de seu corpo em termos de sinais críticos de vida e processos celulares, a condição ou o estado que o corpo apresenta.
- c) Idade Psicológica: Idade que a pessoa sente que tem. Somatório de experiências pessoais e relacionamentos.

- d) Idade Social: Que se refere à noção de vida na sociedade, às expectativas de comportamento apropriado para pessoas, categorizando-lhes tarefas a serem desenvolvidas mais ou menos de acordo com a idade cronológica e biológica.

A idade cronológica foi classificada em quatro estágios pela Organização Mundial de Saúde (s/d apud KUNZLER, 2009): Meia-Idade: (45 a 59 anos), Idoso (60 a 74 anos), Ancião (75 a 90 anos) e Velhice extrema (maior ou igual a 90 anos).

Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - 2004), a população idosa brasileira considerada acima de 60 anos é de 8,60%.

De acordo com Cabral (2008), entende-se por envelhecimento as alterações fisiológicas que ocorrem ao longo do tempo em organismos multicelulares. Para detalhar mais um pouco, tais alterações acontecem nas moléculas e nas células que acabam por prejudicar o funcionamento dos órgãos e do organismo em geral. Pode-se dividir as causas de tal período levando em consideração a genética, o estilo de vida e o ambiente em que a pessoa vive.

Embora a trajetória da vida do ser humano seja iniciada intrauterina, esta pode ser diversificada considerando que todos os indivíduos são diferentes e que o processo de envelhecimento varia de pessoa para pessoa de acordo com cada órgão ou sistema do corpo humano (AMÂNCIO e CAVALCANTE 1975, apud VALENTINI, 2002).

Para o autor, estas duas teorias colocam que os genes determinam o envelhecimento, porém, como os indivíduos da mesma espécie possuem duração de vidas variáveis, acredita-se que o meio pode influenciar no envelhecimento.

Já para Cabrera (1997), o envelhecimento se expressa na incapacidade da manutenção somática que sofre alterações a partir das influências de fatores internos (aquecimento corpóreo, radicais livres, glicolização não enzimática, hormônios esteróides e autoimunidade) e de fatores externos (dieta, estilo de vida, inatividade, drogas, exposição ambiental e influências psicossociais).

O envelhecimento é um fenômeno fisiológico, progressivo e inerente a todo ser humano. No entanto, ele não será necessariamente patológico. Patológico pode significar que encontraremos na senilidade uma qualidade de vida precária (VERDERI, 2004). Para a autora, nessa situação, o organismo passará a apresentar algumas limitações, desequilíbrios no sistema motor e/ou cognitivo, comprometendo

assim o dia-a-dia do geronte.

De acordo com Sanchez (2000, apud FIEDLER, 2005), os declínios que ocorrem no envelhecimento não têm idade cronológica para iniciarem. Normalmente ocorrem de forma lenta e quase imperceptível, abrangem incapacidades da função neurológica, dificuldades na fala, perda da linguagem, diminuição da visão, destreza e velocidade nos reflexos.

Verderi (2004) acrescenta que o envelhecimento é acompanhado de mudanças com o grau acentuado de variação entre os indivíduos. Uma coisa é inegável, o envelhecimento é a regressão de funções e a diminuição da vulnerabilidade e não da aproximação da morte.

As principais teorias biológicas do envelhecimento de acordo com Moreira (2001, apud BARBOSA, 2007), são:

- a) Teoria dos Radicais Livres ou Dano Celular: Os radicais livres são uma série de moléculas químicas que tem um ou mais elétrons não pareados. Baseando-se no conceito de dano porque vários componentes celulares são atacados pelos radicais livres que inevitavelmente acumulam-se ao longo do metabolismo celular
- b) Teoria do Relógio do Envelhecimento: A maioria das funções biológicas está sujeitas à evolução rítmica e cita como relógio biológico o núcleo supraquiasmático situado no hipotálamo, estrutura encontrada no Sistema Nervoso Central.
- c) Teoria da Autoimunização: O organismo com a idade perde a autoimunidade protetora de seus tecidos de agressão dos corpos de imunização.
- d) Teoria do Estresse: Relaciona a fase de exaustão com o envelhecimento que é considerado por uma diminuição da resistência.
- e) Teoria da Adaptação-Regulação: Tenta fornecer uma compreensão geral do envelhecimento ligando as alterações programadas com os distúrbios do aparelho genético e com as influências adaptativas através de acontecimentos do meio ambiente.

O envelhecimento é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. Enquanto o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, as condições

crônicas e incapacitantes que freqüentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais (BRASIL, 1996 apud ASSIS, 2009).

De acordo com Verderi (2004), as alterações provenientes do envelhecimento podem ser minimizadas ou maximizadas. Vários fatores intrínsecos e extrínsecos estarão influenciando, exercendo poderosas influências nos aspectos motor, cognitivos e socioafetivo. São milhares de feixes que direcionam nosso corpo para um declínio. Se mais lento ou mais rápido, o histórico de vida de cada é que estará definindo.

2.2 ATIVIDADE FÍSICA E ENVELHECIMENTO

À medida que as condições gerais de vida e o avanço da ciência têm contribuído para controlar e tratar muitas das doenças responsáveis pela mortalidade, a população, tanto dos países desenvolvidos como da maioria dos países em desenvolvimento, tem incrementado a sua expectativa de vida nos últimos anos.

Para Matsudo (2001), cada vez mais se pesquisam formas de deter ou retardar o processo de envelhecimento, ou estratégias que garantam manutenção da capacidade funcional e da autonomia nas últimas décadas da vida.

Caspersen e Powell (1985, apud POWERS e HOWLEY, 2005), compreendem atividade física como qualquer forma de atividade muscular, resultando no gasto de energia proporcional ao trabalho muscular e está relacionado à aptidão física. O exercício representa um subgrupo da atividade física planejada com o objetivo de melhorar ou manter a aptidão física.

Para os autores, essas distinções, apesar de tão sutis, são importantes para compreendermos a discussão sobre o papel da atividade física como parte de um estilo de vida saudável e também se deve enfatizar que a atividade física, incluindo a de baixa intensidade, é benéfica.

Fahey et. al. (1999) definem atividade física como qualquer movimento do corpo realizado pelos músculos que requer energia para acontecer, podendo ser apresentado em um *continuum*, com base na quantidade de energia despendida.

De acordo com Matsudo (2001), não se pode pensar em “prevenir” ou minimizar os efeitos do envelhecimento sem que, além das medidas gerais de saúde, não se inclua também a atividade física. O surgimento de iniciativas internacionais que ousaram criar um foro próprio a esta discussão, desvinculando-a de outros temas, pode ser exemplificado pelas seguintes evidências:

- a) A criação em 1994, de um periódico internacional, o “Jornal of Aging and Physical Activity”, específico para discutir tais aspectos;
- b) A estruturação de um programa de envelhecimento saudável pela Organização Mundial da Saúde;
- c) A elaboração dos guias para a atividade física em pessoas idosas (guias de Heidelberg) pela Organização Mundial da Saúde;
- d) A publicação em 1998, do posicionamento oficial de exercício e atividade física para pessoas idosas pelo colégio Americano de Medicina Esportiva;
- e) A criação em agosto de 1999, da Internacional Society for Aging and Physical Activity (ISAPA) e conseqüentemente a formalização da realização a cada quatro anos do congresso mundial de envelhecimento e atividade física;
- f) A designação de 1999 com o ano internacional do idoso pela Organização Mundial da Saúde.
- g) A publicação pelo governo dos Estados Unidos de um guia de exercícios para pessoas idosas.

Matsudo (2001) também descreve outras iniciativas no Brasil e comenta que nas últimas décadas têm surgidos grupos interessados em estudar a influência da atividade física nos indivíduos adultos da meia idade e idosos, como é o caso do grupo da Faculdade de Educação Física da Faculdade de Medicina da USP, liberado pela professora Dra. Silene Okuma, que vem analisando a influência do programa de autonomia para a atividade física dirigido à manutenção da autonomia em diferentes aspectos biológicos e psicossociais dos indivíduos nessa faixa etária.

Outro grupo importante é o professor Dr. Alberto Faria Junior, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, com o projeto IMMA: “Idoso em movimento mantendo a autonomia”. Existem grupos também liderando a pesquisa nos aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento em São Paulo, como o setor de geriatria e gerontologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP, dirigido pelo professor Dr. Luiz Roberto Ramos.

Outra iniciativa é da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em convênio com o Centro de Estudo do Laboratório de aptidão física de São Caetano do Sul – CELAFISCS, que lançou em 1996 o programa Agita São Paulo, que tem como principal objetivo sensibilizar a população sobre os benefícios da atividade física para a saúde e com isto aumentar o nível de atividade física da população do estado.

Em uma entrevista com o Secretário Municipal de Esportes de Cianorte, o mesmo relatou as atividades voltadas para idosos realizadas no município como o projeto “Desporto Adaptado” iniciado em junho de 2008, atendendo indivíduos maiores que 50 anos com o objetivo de incentivar a prática de atividade física e a socialização. O projeto é realizado em dois setores do município e tem 180 idosos cadastrados, as aulas são realizadas duas vezes semanais. A Secretaria de Saúde e Esporte do município disponibilizam professores para o atendimento nas Academias da Terceira Idade (ATIs), alongamentos e palestras sobre Atividade Física e Qualidade de Vida nos postos de pronto atendimento.

De acordo com o coordenador do curso de Educação Física da Universidade Paranaense (UNIPAR – Campus Cianorte) Ricardo Alexandre Carminato, a iniciativa privada também favorece a prática de atividade física no município de Cianorte – PR. A UNIPAR oferece 100 vagas destinadas à hidroginástica para maiores de 60 anos e com renda financeira baixa, sendo realizada duas vezes por semana.

De acordo com Verderi (2004), essas iniciativas governamentais e não governamentais que incentivam a prática de atividade física são muito importantes, pois, a atividade física, qualquer que seja ela, é recurso bastante importante para minimizar as degenerações provocadas pelo envelhecimento, ou seja, minimizar as perdas do domínio cognitivo e as limitações físicas que podem levar o geronte à dependência em varias funções do aparelho locomotor, impedindo-o de viver satisfatoriamente e limitando sua participação na sociedade.

Para a OMS (2010d), em adultos mais velhos com 65 anos ou mais, a atividade física inclui o tempo de atividade física de lazer (caminhar, dançar, jardinagem, natação), atividade física de transporte (a pé ou de bicicleta), profissional (se o indivíduo ainda está engajado no trabalho), tarefas domésticas, jogos, esportes ou exercícios previstos no cotidiano, no âmbito familiar e nas atividades comunitárias. A atividade física tem como objetivo, melhorar a aptidão cardiorrespiratória, muscular, óssea, saúde funcional, reduzir o risco de doenças não transmissíveis, depressão e declínio cognitivo.

De acordo com o Physical Activity Guidelines Advisory for Americans (2008) os idosos devem fazer pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada durante a semana ou fazer pelo menos 75 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa durante a semana ou uma combinação equivalente de atividade moderada e intensidade vigorosa. A atividade aeróbica deve ser realizada em períodos de pelo menos 10 minutos de duração e preferencialmente distribuídos no decorrer da semana. Para benefícios adicionais de saúde, os idosos devem aumentar sua atividade física aeróbica de intensidade moderada para 300 minutos por semana, ou se envolver em 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa por semana, ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada a vigorosa.

Caso o idoso esteja impossibilitado de realizar a quantidade recomendada de atividade física devido às condições de saúde, devem ser tão fisicamente ativos quanto as suas capacidades e as condições o permitam (OMS, 2010d).

Para a OMS (2010d), estas orientações são relevantes para todos os adultos saudáveis com idades entre 65 anos e acima. Eles também são relevantes para os indivíduos nessa faixa etária, com doenças crônicas, indivíduos com problemas de saúde específicos, como doenças cardiovasculares e diabetes, podem necessitar de tomar precauções extras e consultar um médico antes de se esforçar para alcançar os níveis recomendados de atividade física para idosos.

Existem várias maneiras de adultos mais velhos acumularem o total de 150 minutos por semana. O conceito de acumulação refere-se a cumprir a meta de 150 minutos por semana, pela realização de atividades em vários episódios curtos, de no mínimo 10 minutos cada, distribuídos ao longo da semana, em seguida, somando o tempo gasto em cada uma dessas séries, por exemplo: 30 minutos de atividade de intensidade moderada cinco vezes por semana (OMS, 2010d).

Estas recomendações são aplicáveis para todos os adultos mais velhos, sem distinção de sexo, raça, etnia ou nível de renda, no entanto ajustes para cada indivíduo com base em sua capacidade física e riscos à saúde ou limitações específicas podem ser necessários.

Os idosos que estão inativos ou os que têm algumas limitações terão benefícios adicionais de saúde ao se deslocarem da categoria de "nenhuma atividade" para "alguns níveis" de atividade. Os idosos que não cumprem as recomendações de atividade física recomendadas devem ter como objetivo aumentar a duração, frequência e intensidade das atividades que realizam durante a vida diária (OMS, 2010d).

O Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC, 2010), tem uma proposta semelhante à OMS: a atividade física regular é uma das estratégias mais importantes que os adultos mais velhos podem fazer pela sua saúde. A atividade física pode evitar muito dos problemas de saúde que podem surgir com a idade.

A tendência dominante no campo da educação física estabelece uma relação entre a prática de atividade física e envelhecimento. Sendo assim ocorrem vários estudos que sustentam esta tese.

Diante disso, Assumpção, Morais e Fontoura (2002), afirmam que os principais benefícios à saúde, advindos da prática de atividade física referem-se aos aspectos antropométricos, neuromusculares, metabólicos e psicológicos. Os efeitos metabólicos apontados pelos autores são: o aumento do volume sistólico; o aumento potência aeróbica; o aumento da ventilação pulmonar; a melhora da sensibilidade à insulina e a diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho submáximo. Com relação aos efeitos antropométricos e neuromusculares ocorre a diminuição da gordura corporal, o incremento da força e da massa muscular da densidade óssea e da flexibilidade.

Na dimensão psicológica, os mesmos autores afirmam que a atividade física atua na melhoria da autoestima, do autoconceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e de socialização, na diminuição estresse e da ansiedade e na diminuição do consumo de medicamento.

Benedetti, Petroski e Gonçalves (2003), afirmam que a atividade física além de prevenir a dependência é um estímulo para o bem-estar de idosos. Conseqüentemente, melhora a autonomia e a independência, o que irá se refletir em melhor autoimagem e autoestima.

Carvalho et. al. (1996); Pate et. al. (1995) e Thompson et. al. (2007, apud FERRAZ e MACHADO, 2008) apresentam as principais condições clínicas combatidas pela prática regular de exercícios físicos, sendo elas: doença aterosclerótica coronariana; hipertensão arterial sistêmica; acidente vascular encefálico; doença vascular periférica; obesidade; diabetes mellitus tipo 2; osteoporose e osteoartrose; câncer de cólon, mama, próstata e pulmão; além de ansiedade e depressão.

Okuma (2004) coloca que a atividade física regular e sistemática aumenta ou mantém a aptidão física da população idosa e tem o potencial de melhorar o bem-estar funcional e, conseqüentemente, diminuir a taxa de morbidade e de mortalidade entre essa população.

A atividade física e aptidão física têm sido associadas ao bem-estar e conforme Nahas (2001), à saúde e a qualidade de vida das pessoas em todas as faixas etárias, principalmente na meia idade e na velhice, quando os riscos potenciais da inatividade se materializam, levando a perda precoce de vidas e de muitos anos de vida útil. O autor ainda coloca que assim como são claras as evidências de associações entre atividade física, aptidão física e saúde, também não há dúvidas de que esta inter-relação é altamente complexa e influenciada por múltiplos fatores.

Como proposta de atividade para os idosos, Verderi (2004) sugere: variações de exercícios com ênfase no movimento criativo, lúdico, na flexibilidade, ritmo, exercícios de resistência muscular e cardiorrespiratória, mobilidade articular e alongamento; intensidade: aumentar gradativamente o esforço dos exercícios em relação à melhora da recuperação cardiovascular no esforço, na melhora da mobilidade articular e na resistência muscular; duração: sempre em relação à capacidade do indivíduo, até 60 minutos por dia, no máximo; frequência: podem ser praticada todos os dias com atividades de níveis mais baixos, como caminhar, dançar, jogos recreativos, gincanas e exercícios localizados de baixo impacto.

Para o CDC (2008) as orientações de atividade física para os idosos americanos são as realizações de dois tipos de atividade física por semana para melhorar a saúde (o exercício aeróbio e o fortalecimento muscular).

Se os adultos mais velhos têm uma doença crônica ou outra condição de saúde que possam limitar a atividade e impedi-los de cumprir as orientações, eles devem falar com seus prestadores de cuidados de saúde sobre definição de metas

de atividade física. Deve-se evitar uma vida inativa, aumentando sua quantidade de atividade física de forma gradual. Os exercícios de equilíbrio também devem fazer parte da vida dos idosos para diminuir o risco de queda.

Segundo a OMS (2004) recomenda-se que os indivíduos se engajem em níveis adequados de atividade física ao longo da vida. Diferentes tipos e quantidades de atividade física são necessários para diferentes resultados de saúde: pelo menos 30 minutos de atividade física de intensidade moderada regularmente, reduz o risco de doenças cardiovasculares e diabetes, câncer de cólon e de mama. A atividade de fortalecimento muscular pode reduzir quedas e melhorar o estado funcional dos idosos. Quanto à manutenção e controle do peso, é necessário mais atividade tanto em relação ao tipo do exercício quanto na frequência do mesmo.

De acordo com Okuma (2002, apud GEREZ et. al. 2007), essas atividades físicas propiciam aos idosos respostas favoráveis que contribuem para um envelhecimento saudável, prevenindo doenças ou reduzindo seus efeitos deletérios, com aumento da aptidão e do vigor físico, uma vez que parte das doenças que acontecem com eles está mais relacionada ao sedentarismo do que com o período da vida em questão.

Ingrans (2000, apud MATSUDO, 2001), descreve que as associações propostas pela epidemiologia da atividade física, têm sugerido pesquisas tentando estabelecer o padrão do nível de atividade física em diferentes populações de indivíduos de maior idade.

Em 1994, Caspersen et. al. compilaram informação de cinco grandes levantamentos realizados na população do sexo masculino maior de 65 anos da Inglaterra, Estados Unidos e Holanda e a pesquisa apontou que a caminhada foi uma das atividades mais realizadas variando de 38% a 72%, seguida pela jardinagem, que foi prevalente entre 37% a 67%, já atividades como correr, trotar, jogar tênis e golfe foram realizadas por pelo menos 1 em cada 10 indivíduos.

A mudança no padrão de atividade física nos Estados Unidos analisada por Caspersen et. al. (2000), evidência que após a estabilização do nível de atividade física atingida entre 30 à 64 anos de idade, existe uma manutenção ou inclusive uma tendência a melhorar os níveis de atividade física, seguidos por uma diminuição no período final da vida. Analisando os dados de acordo com o sexo, os autores sugerem que os níveis de inatividade física foram moderadamente maiores (5,5 pontos percentuais) nas mulheres do que nos homens. De acordo com o tipo de

atividade os autores verificam um declínio com a idade na realização de atividades de alongamento e fortalecimento.

De acordo com Andrade et. al. (2000, apud MATSUDO, 2001), o processo de avaliação diagnóstica do programa Agita São Paulo realizou na região metropolitana e no interior do estado de São Paulo a determinação do nível do conhecimento, barreiras e facilitadores à prática da atividade física em uma amostra de 2000 indivíduos com idade igual ou maior que 50 anos. De acordo com os dados, constatou-se que as barreiras mais freqüentes em ambos os sexos em cidades pequenas do interior do estado foram: falta de equipamento, necessidade de repouso, não ter local adequado para a prática de atividade física, clima inadequado e falta de habilidade. Quando analisando as barreiras na capital e nas cidades foram falta de: equipamentos, tempo, conhecimento, lesão e necessidade de repouso.

Já considerando os agentes facilitadores, no ambiente para o envolvimento regular com a atividade física, os autores revelam que em ordem de propriedade as pessoas maiores que 50 anos de idade realizaram atividade física em função de: orientação médica; amigos; familiares; procura por campanha; colegas de trabalho; programa Agita São Paulo.

Como foi mencionado anteriormente, existe diminuição no nível de atividade física com o avançar da idade, no entanto, no estudo realizado por Matsudo et. al. (2001, apud MATSUDO, 2001), no projeto longitudinal de envelhecimento e aptidão física de São Caetano do Sul, o nível de atividade física no grupo de mulheres de três décadas diferentes (dos 50 aos 70 anos de idade) foi interessantemente similar, não apresentaram qualquer mudança após o período de doze meses. As taxas de aderência ao programa, calculadas pelo índice de presença às aulas nos anos de avaliações, indicaram variação de 52% a 95%, com média de aproximadamente 80% de participação nas aulas oferecidas durante os dois anos de acompanhamento.

Para completar as características do nível de atividade física das senhoras que participaram do estudo, a autora analisou o envolvimento semanal em serviços domésticos, em atividades sentadas, subindo escada, caminhando ou realizando atividade física moderada e vigorosa. O perfil de participação em serviços domésticos foi similar entre os grupos etários com quase 100% de realização de serviços domésticos leves 65% de serviços domésticos pesados, naquelas três décadas da vida. Apesar da pouca informação sobre o comportamento desta

variável tanto em termos nacionais como internacionais, considera-se que a participação neste tipo de atividade foi bastante alta, caracterizando ainda mais o nível de independência funcional do grupo estudado.

A capacidade ou estado funcional foi definida por Wenger et. al. (1984, apud MATSUDO, 2001) como a capacidade de realizar as atividades da vida diária de forma independente, incluindo atividades de deslocamento, de autocuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas.

Cada vez mais ocorre a necessidade de buscar meios que possa desenvolver a capacidade funcional dos idosos, de forma que se possa favorecer a capacidade de realizar as atividades de maneira autônoma na comunidade.

A possibilidade de prevenir ou retardar a incapacidade funcional da população está diretamente associado à melhora da condição neuromotora e musculoesquelética (força, flexibilidade e equilíbrio) e cardiorrespiratória (VO₂max), obtida pelo estilo de vida ativo (COELHO e BURINI, 2009).

Segundo os autores, prática de atividade física também pode prevenir o surgimento precoce, atuar no tratamento de diversas doenças metabólicas e interferir positivamente na capacidade funcional de adultos e idosos (COELHO e BURINI, 2009).

Numerosas pesquisas e instrumentos foram desenvolvidos para examinar os fatores chave da saúde funcional: Atividades da Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) e variáveis psicológicas e sociais que são fundamentais para a qualidade de vida do idoso. Segundo OKUMA (2004), entende-se por AVDs as atividades de cuidados pessoais básicos, como vestir-se, banhar-se, levantar-se da cama e sentar-se numa cadeira, utilizar o banheiro, correr e caminhar uma pequena distância. Já AIVDs as tarefas mais complexas do cotidiano incluem, necessariamente aspectos de uma vida independente, como fazer compras, cozinhar, limpar a casa, lavar a roupa, utilizar meios de transporte e usar o telefone.

Estimativas da prevalência da incapacidade funcional decorrente das limitações físicas apontam para o fato de que uma grande porcentagem de pessoas (mais mulheres do que homens) tem dificuldade ou incapacidade para realizar as atividades cotidianas, como carregar um peso ou caminhar alguns quarteirões, sendo que tal dificuldade aumenta com a idade. Nos EUA, por exemplo, tal quadro torna-se duas a três vezes maiores entre os aposentados. Dados nacionais

americanos mostram que 24% dos idosos têm dificuldade em realizar trabalhos de casa mais pesados (BUSKIRK e SEGAL 1989, apud OKUMA, 2004).

Um estudo realizado na cidade de Belo Vale (MG) com o objetivo de comparar a capacidade funcional de idosas sedentárias (ISS) com idosas fisicamente ativas (IFA) em relação às atividades da vida diária (AVDs) concluíram que idosas, quando fisicamente ativas, tendem a apresentar maior grau de autonomia funcional em relação a idosas sedentárias (CARMO, MENDES e BRITO, 2008).

Pesquisas realizadas por Coelho e Burini (2009), mostram que os mecanismos que ligam a atividade física à prevenção e ao tratamento de doenças e à incapacidade funcional envolvem principalmente a redução da adiposidade corporal, a queda da pressão arterial, a melhora do perfil lipídico e da sensibilidade à insulina, o aumento do gasto energético, da massa e da força muscular, da capacidade cardiorrespiratória, da flexibilidade e do equilíbrio.

Okuma (2004) cita uma investigação realizada por Schroll (1994), na população dinamarquesa idosa onde mostrou que somente 10% dos homens e 18% das mulheres de 75 anos eram dependentes de outros para realizar suas funções de mobilidade, como mover-se ou andar na rua, mas 66% dos homens e 71% das mulheres ficavam cansados ao realizar essas atividades. Mais de 50% das pessoas de 75 anos que perdem sua capacidade em subir um degrau de 40 cm de altura ou andar numa velocidade de 1,4 m/s têm dificuldade para se locomover na rua.

Um estudo realizado por Silva (2003) mostra que a interação entre os efeitos do envelhecimento da atividade física e das condições do ambiente no comportamento locomotor ao descer degraus do ônibus ocorreu em direções opostas, ou seja, idosos ativos conseguem manter comportamentos locomotores semelhantes aos adultos jovens e de meia idade enquanto que idosos sedentários apresentam um comportamento locomotor mais conservador.

Embora ainda existam muitas questões a serem respondidas em relação ao papel da atividade física no processo de envelhecimento, já há muitos dados que configuram seus benefícios incontestáveis para aqueles que a praticam, em relação à saúde física, mental psicológico e social (OKUMA, 2004).

Ainda a OMS (2010d), afirma que homens e mulheres mais velhos ativos, têm menores taxas de mortalidade por doença cardíaca coronária, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes tipo dois, câncer de cólon e de mama, risco de

queda e um maior nível de aptidão cardiorrespiratória e muscular, massa e composição corporal saudável e melhor função cognitiva.

Seguindo esse pressuposto, espera-se que as atividades prescritas por profissionais sejam aperfeiçoadas enfatizando os pontos fracos dos idosos, o que resultará em um aumento no nível de eficiência e segurança de um programa voltado para os mesmos (MAZO et. al. 2010).

2.3 ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Com o passar do tempo às contribuições da prática de atividade física começaram a ser estudadas com o objetivo de entender como e quais as modificações morfológicas acontecem no corpo humano com a prática regular de atividade física. Atualmente a atividade física tem-se destacado na busca da promoção da saúde e qualidade de vida para idosos. Programas como envelhecimento ativo, estratégias global sobre dieta, atividade física e saúde, publicados pela OMS, propiciam um novo olhar sobre a educação física enquanto área de atuação (BENEDETTI, 2004).

Segundo a OMS (1998), a expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas." O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe como uma conseqüência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

De acordo com Bech (1995, apud OMS, 1998) a avaliação da qualidade de vida foi acrescentada nos ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da

segurança (reação adversa a drogas). De acordo com Katscnig (1997, apud OMS, 1998) a oncologia foi a especialidade que por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, uma vez sendo que muitas vezes na busca de acrescentar "anos à vida" era deixado de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos".

Apesar de haver um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, seu conceito ainda é um campo de debate. Alguns autores reconhecem a complexidade e a impossibilidade de conceituar de forma adequada a qualidade de vida, tratando-a como uma variável "emergente", da mesma forma que constructos como "traços de personalidade" ou "emoções" (GLADIS, et. al. 1999, apud FLECK, 2008).

De acordo com Patrick (2008), o estado de saúde, estado funcional, bem-estar, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde são conceitos que costumam ser usados sem muita exatidão e de forma alternada. Não existe um consenso ou uma definição amplamente adotada de qualidade de vida, porque o termo é usado em contextos diferentes por pessoas diferentes. A qualidade de vida é mais abrangente do que o estado de saúde. A saúde é somente um domínio.

Ainda conforme o autor, a qualidade de vida inclui aspectos do ambiente que podem ou não ser afetados pela saúde percebida. A qualidade de vida pode ser usada como um descritor (ou seja, a presença ou a ausência de uma característica de vida), uma asserção avaliadora (ou seja, algum valor é adicionado às características de um indivíduo, população ou um tipo de vida humana) ou uma asserção normativa ou prescrita (ou seja, certas normas indicam quais são as características que devem estar presentes para que se tenha a vida de qualidade).

De acordo com grupo WHOQOL (1995, apud FLEK, 2000), qualidade de vida é um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

A definição do grupo WHOQOL reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. O que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou os familiares avaliam essas dimensões, e sim a percepção do respondente/paciente que está sendo avaliada.

Ainda de acordo com o Grupo WHOQOL (1995 apud FLECK, 2008), qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura, e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Três aspectos fundamentais sobre o constructo qualidade de vida estão implícitos nesse conceito, sendo estes: Subjetividade, no qual a expectativa do indivíduo é o que está em questão. A realidade objetiva só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo; Multidimensionalidade, isto é, a qualidade de vida é composta por várias dimensões. Este aspecto tem uma consequência métrica importante, a de que não é desejável que um instrumento que mesure a qualidade de vida venha a ter um único escore, mas sim que a sua medida seja feita por meio de escores em vários domínios (por exemplo: físico, mental, social, etc); Presença de dimensões positivas e negativas. Assim, para uma “boa” qualidade de vida, é necessário que alguns elementos estejam presentes (por exemplo: mobilidade) e outros ausentes (por exemplo: dor).

Para melhor compreensão da qualidade de vida, será apresentada uma revisão de literatura sobre o assunto de acordo com Pais-Ribeiro, (2004) e Hass, (1999 apud CHATTERJI e BICKENBACH, 2008, p.45):

- a) Qualidade de vida como oposto de quantidade de vida, ou seja, duração da vida ou longevidade. Esse sentido esclarece o ponto crucial segundo o qual a mensuração da longevidade, embora seja um componente da avaliação da condição de saúde de um indivíduo ou de uma população, não engloba todos os aspectos. É necessário que se tenha uma medida da qualidade ou do nível de saúde experimentado durante o tempo de vida, já que é preciso distinguir entre duas populações com mais ou menos a mesma longevidade, mas com estados de saúde profundamente diferentes, medidos em termos de diminuição da capacidade ou em termos de incapacidade.
- b) Qualidade de vida como sinônimo da experiência global, vivida por um indivíduo, medida como a combinação das condições de vida reais (os chamados indicadores objetivos da qualidade de vida, tais como pobreza, segurança, acesso a oportunidades, entre outros) com participação efetiva na vida, execução de ações, tarefas e comportamentos. Esse sentido de

qualidade de vida – que claramente amplia bastante o domínio da saúde – é, em certa medida, a combinação entre oportunidades reais e a participação real nessas oportunidades.

- c) Qualidade de vida como a satisfação de um indivíduo com todos os aspectos da vida, incluindo a saúde. Essa é a noção de avaliação e está intimamente ligada ao conceito de bem-estar mencionado a seguir
- d) Qualidade de vida como importância que o indivíduo dá pra diferentes domínios de sua vida, incluindo a saúde (ou seja, seu estado de saúde).
- e) Qualidade de vida como felicidade ou bem-estar, medida considerando domínios objetivos (saúde, renda, segurança, oportunidades e assim por diante) ou como uma noção subjetiva, tanto por meio de perguntas diretas – “Você (geralmente, regularmente, frequentemente, nunca) esta feliz?” – Quanto por meio de respostas a perguntas sobre os chamados estados de saúde mental positivas – “Você se sente cheio de energia?” ou “Você é animado?” e assim por diante.
- f) Qualidade de vida como uma combinação do que foi descrito.

Para os autores, o que todas essas definições têm em comum é que o domínio da saúde (tanto como um estado de saúde objetivo quanto como a reação subjetiva do respondente àquele estado) é considerado um componente da qualidade de vida, ou, em outras palavras, um domínio do bem-estar humano.

Praticamente ninguém discorda que a saúde, a percepção da saúde ou a satisfação com a mesma seja o fator mais importante para o bem-estar humano. A não ser por isso, essas diversas maneiras em que a expressão “qualidade de vida” é usada, são profundamente diferentes, tanto conceitualmente como em relação ao que pretendem medir e avaliar.

O conceito de qualidade de vida tem que ser compreendido como influenciado por todas as dimensões da vida e assim, inclui, mas não deve estar limitado a existência ou não de morbidades. Contudo, diante do impacto que o conceito saúde pode ter na vida das pessoas, se fazem necessários indicadores que possam nortear operacionalmente essa dimensão da qualidade de vida. Assim, a qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se não só a forma como as pessoas percebem seu estado geral de saúde, mas também o quão física, psicológica e

socialmente estão na realização de suas atividades diárias (MMWR, 1995 apud TOSCANO e OLIVEIRA, 2008).

No entanto, através da literatura, percebe-se que o conceito de qualidade de vida varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

Nahas (2001), também coloca que o conceito de qualidade de vida é diferente de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada um. Existe, porém, consenso em torno da idéia de que são múltiplos os fatores que determinam a qualidade de vida de pessoas ou comunidades.

O termo qualidade de vida tem significados divergentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diversos, gerando deste modo inúmeras conceituações do termo, pois este conceito está submetido a múltiplos pontos de vista variáveis de acordo com a cultura, classe social, temporalidade, estado emocional e características individuais (GUYATT, 1993 apud, POZZA, et. al. 2007).

Ainda de acordo com os autores, a combinação desses fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano, resulta numa rede de fenômenos e situações que, abstratamente, pode ser chamada de qualidade de vida. Em geral, associam-se a essa expressão fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade. Num sentido mais amplo, qualidade de vida pode ser uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais.

Qualidade de vida é um conceito difícil de definir e medir. Uma hipótese é a proposta que sugere que as medidas de qualidade de vida tenham uma diferença, num determinado período de tempo entre as esperanças e expectativas do indivíduo e que ele experimenta hoje. Qualidade de vida só pode ser descrita pelo indivíduo, e deve levar em consideração muitos aspectos da vida (CALMAN, 1984).

De acordo com Fleck (2008), Calman fez contribuições importantes para tornar o conceito de qualidade de vida mais claro. Para Calman (1987, apud FLECK 2008) é considerada uma "boa qualidade de vida" quando as esperanças e as expectativas de um indivíduo são satisfeitas pela experiência. Essas expectativas são modificadas pela idade e pela experiência. Para o mesmo, a definição de qualidade de vida tem algumas implicações:

- a) Só pode ser descrita pelo próprio indivíduo.
- b) Precisa levar em conta vários aspectos da vida.
- c) Está relacionada aos objetivos e às metas de cada indivíduo.
- d) A melhor está relacionada à capacidade de identificar e de atingir esses objetivos.
- e) A doença e seu respectivo tratamento podem modificar esses objetivos.
- f) Os objetivos necessariamente precisam ser realistas, já que o indivíduo precisa manter a esperança de poder atingi-los.
- g) A ação é necessária para diminuir o hiato entre a realização dos objetivos e as expectativas, quer pela realização dos objetivos, quer pela redução das expectativas. Essa ação pode se dar através do crescimento pessoal ou da ajuda dos outros.
- h) O hiato entre as expectativas e a realidade pode ser justamente, a força motora de alguns indivíduos.

Pode-se avaliar a qualidade de vida geral (QVG) utilizando-se medidas genéricas sem especificar patologias, ou medidas específicas, que apontam em geral para situações relacionadas à qualidade de vida dos indivíduos e à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas, referindo-se a doenças crônicas ou a conseqüências crônicas de doenças ou agravos agudos (MINAYO, 2000 apud KLUTHCOVSKY et. al. 2007).

Alguns estudos já buscaram ver a relação entre qualidade de vida e atividade física em idosos, como realizado por Mota et. al. (2006), com 88 sujeitos com idade superior a 65 anos, divididos em dois grupos: experimental (que estava envolvido em um programa de atividade física) e o grupo controle (que não estava envolvido em nenhum programa regular de atividade física). Eles concluíram que os idosos ativos têm uma qualidade de vida mais elevada do que os idosos que não participaram no programa de atividade física. O programa de atividade física foi realizado duas vezes por semana por profissionais de educação física durante 10 meses, as sessões duraram uma hora proporcionando diferentes tipos de atividades como: ritmos, conscientização corporal, caminhada e trabalho de força muscular, resistência, flexibilidade e equilíbrio.

Vários estudos mostram que os programas educacionais oferecidos pelas universidades abertas para terceira idade, formam rede de apoio social com

familiares e amigos; motivam a busca de informações e interação social e facilitam o desenvolvimento intelectual sendo também grande parte dos pré-requisitos para o envelhecimento ativo.

Em um estudo realizado com idosas participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade de Ponta Grossa, Cieslak et. al. (2007), concluíram que dos quatro domínios que o WHOQOL – Bref apresenta apenas o domínio ambiental não apresentou resultados satisfatórios para o grupo que pratica atividade física.

De acordo com Matsudo (2006), como grande parte das evidências epidemiológicas sustenta um efeito positivo de um estilo de vida ativa e/ou do envolvimento dos indivíduos em programas de atividade física e exercícios na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento, os cientistas enfatizam cada vez mais a necessidade de que a atividade física seja parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde.

Através de projeto longitudinal de envelhecimento e aptidão física, Matsudo (2006) enfatiza que as atividades moderadas que podem ser realizadas de forma continua ou intervalada, ou seja, o importante é acumular durante o dia pelo menos 30 minutos de atividade física em três sessões de 10 minutos ou duas sessões de 15 minutos. A atividade física regular contribui na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis especialmente àquela que se constitui na principal causa de mortalidade: as doenças cardiovasculares e o câncer.

Matsudo (2006) completa dizendo que a atividade física esta associada também com uma melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento, que tão importante quanto estimular a pratica regular de atividade física aeróbica ou de fortalecimento muscular, as mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo no dia a dia do indivíduo são parte fundamental de um envelhecer com a saúde e qualidade.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa é caracterizada como inquérito epidemiológico com delineamento transversal.

3.2 POPULAÇÃO

O município de Cianorte – PR, conta com atualmente, sessenta e oito mil, seiscentos e trinta e um mil (68.631) habitantes segundo estimativas do IBGE (2009), tendo também dois distritos: Vidigal e São Lourenço.

De acordo com Cioffi et. al. (1995), Cianorte localiza-se a noroeste do Estado do Paraná, na região sul do Brasil. Clima Subtropical Úmido Mesotérmico, verões quentes com tendência de concentração das chuvas (temp. média superior a 22° C), invernos com geadas pouco freqüentes (temp. média inferior a 18° C), sem estação seca definida. Limita-se ao norte com o município de São Tomé; ao sul com os municípios de Tuneiras do Oeste e Araruna; a leste com os de Jussara e Araruna; a oeste com os municípios de Indianópolis, Tapejara e Tuneiras do Oeste. A distância de Cianorte á capital, Curitiba, é de 510 km. A área urbana de município é de 6.648.925,56 m², e está a 530m acima do nível do mar. A cidade foi fundada a 26 de julho de 1953, pela Companhia Melhoramentos Norte do Paraná, na região designada Norte Novíssimo, no vale do rio Ivaí. A cultura do café ocasionou o aumento das cidades e da população do Norte do Paraná em fases marcantes, e deram origem às designações de Norte Velho, Norte Novo e Norte Novíssimo. Cianorte foi elevado a município em 13 de julho de 1955. Seu nome originou-se da sigla da Companhia Melhoramentos Norte do Paraná para facilitar as comunicações e o endereço telegráfico. No setor econômico é a indústria do vestuário que projeta Cianorte em escala nacional e é responsável pela expansão urbana nos últimos anos. Por isso o município é identificado como Capital do Vestuário.

De acordo com o Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC - 2006) e IBGE (2009) a distribuição dos idosos por faixa etária e sexo no município de Cianorte – PR são apresentados da seguinte maneira:

Quadro 1. Distribuição dos idosos por faixa etária e sexo do município de Cianorte – PR.

Faixa Etária	Masc.	Fem.	TOTAL
60 a 69 anos	2.100	2.346	4.446
70 a 79 anos	1.267	1.368	2.635
80 ≥	531	630	1.161
60 ≥	3.898	4.344	8.242

Fonte: SINASC (2006) e IBGE (2009).

3.3 AMOSTRA

Para composição da amostra foi considerada a população acessível àquela composta por idosos cadastrados nos Postos de Saúde do Município de Cianorte – PR, num total de 3.046 pessoas. A estimativa de sujeitos da amostra foi realizada considerando um intervalo de confiança de 95%, o erro tolerável de amostragem de 3%, o efeito do desenho de 2.0, prevalência de 50% (atividade física insuficiente) e ainda um excedente de 10% para eventuais perdas amostrais.

A amostra final foi composta por 1.303 idosos com idade igual ou maior que sessenta anos, cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde de Cianorte - PR. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, o município é composto por sete Unidades Básicas de Saúde com 3.046 idosos cadastrados distribuídos conforme o Quadro 2.

Quadro 2. Distribuição de idosos cadastrados e idosos entrevistados por setores do município de Cianorte – PR.

Setores	Idosos Cadastrados	Idosos Entrevistados
Cianortinho	574	247
Nis II	606	260
Pedro Moreira	141	60
Seis Conjuntos	436	186
Setor 3	254	109
Setor 4	656	278
Vila 7	379	163
TOTAL	3046	1303

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Cianorte (2010)

A seleção da amostra foi do tipo probabilístico com a técnica de seleção estratificada aleatória por sorteio, pois de acordo com Thomas e Nelson (2002), esse tipo de amostragem pode ser particularmente apropriada para estudos exploratórios ou de entrevistas. Para tanto, foi empregado uma lista com os nomes dos idosos, fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo os idosos alocados em ordem alfabética e tendo um erro designado de forma crescente. Em seguida foi empregada a ferramenta para números aleatórios do software EpiInfo para escolha do sujeito a ser entrevistado. As listas foram organizadas de acordo com o setor sanitário correspondente de maneira que foi possível estabelecer os selecionados para cada setor (estrato) de maneira proporcional ao total de elementos na população.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, foi realizado um inquérito domiciliar, e aplicado um instrumento contendo as 72 questões mencionadas anteriormente. O trabalho de campo ocorreu no período de 08/04/2010 à 16/06/2010.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos (CEPEH – ANEXO A) da Universidade Paranaense (UNIPAR), com o protocolo número 18441 foi realizada uma reunião com os responsáveis pela Secretaria de Saúde e mediante a apresentação do projeto, foi estabelecida uma parceria onde foram disponibilizados 51 (cinquenta e um) Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) para treinamento e aplicação do questionário.

Foi firmada também uma parceria com o Ministério Público do Município de Cianorte – PR, com a Promotoria de Justiça da Criança, Adolescente e do Idoso que através de um Ofício Circular (ANEXO B) às Paróquias, veículos de imprensa (rádio, televisão e jornais) e para o Centro de Convivência do Idoso divulgando a pesquisa e conscientizando a população a receber o ACS que estaria devidamente uniformizado com a camiseta da pesquisa.

Foi realizado um levantamento do número de idosos cadastrados em cada setor/posto de saúde totalizando 3046 idosos, constando nome completo, endereço e data de nascimento. Diante desses dados, cada idoso recebeu um número e em

seguida foi realizado um sorteio pelo site Stat Trec para selecionar a amostra de cada setor, no dia 07/04/2010.

De acordo com o planejamento, ocorreram reuniões com os ACS's nos dias 25/02/2010, 19/03/2010 e 08 e 12/04/2010 para transmitir informações e treinamento necessário para a aplicação do questionário. Os procedimentos para coleta foram baseados no manual de instruções que o Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida da Pontífica Universidade Católica (GPAQ-PUCPR), Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Universidade Federal de Pelotas (UFPeI) utilizam no Projeto Caminho Para o Parque.

O treinamento consistiu de quatro reuniões com os entrevistadores a fim de esclarecer os objetivos a serem alcançados e os procedimentos para a aplicação do questionário. Foi realizada a entrega dos materiais para as entrevistas contendo os Questionários, o Diário de Campo (APÊNDICE B), a Planilha de Nomes dos idosos de cada setor com destaque nos indivíduos sorteados e por fim, uma camiseta para ser utilizada durante todo o período de coleta na qual constava o nome do projeto para melhor identificar os entrevistadores.

Cada ACS ficou responsável pelo seu setor, e a designação deste foi determinado pela Secretaria Municipal de Saúde de Cianorte, realizando assim, todas as entrevistas nos domicílios selecionados. No caso do entrevistador não ser atendido, a orientação era realizar mais duas visitas e se não obtivesse êxito deveria seguir para o idoso mais próximo do suposto local, constado na ficha de cadastrados na qual ainda não havia sido sorteado.

No Diário de Campo, cada ACS foi encarregado de fazer as anotações referentes a seu setor. O entrevistador ao chegar à residência do idoso sorteado, deveria explicar os dados gerais do projeto e convidá-lo a participar da pesquisa, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO C) e somente após o consentimento e assinatura do idoso, iniciar a aplicação do questionário. Caso o idoso fosse analfabeto, um responsável pelo mesmo poderia assinar o TCLE mediante aprovação.

O ACS deveria ler as questões e caso o idoso não entendesse, reler de forma lenta, não sendo utilizados sinônimos ou explicações em outras palavras. A média de duração das entrevistas durante a aplicação do questionário foi de $32 \pm 12,2$ minutos.

Após cada ACS concluir o seu setor, o mesmo deveria entregar os

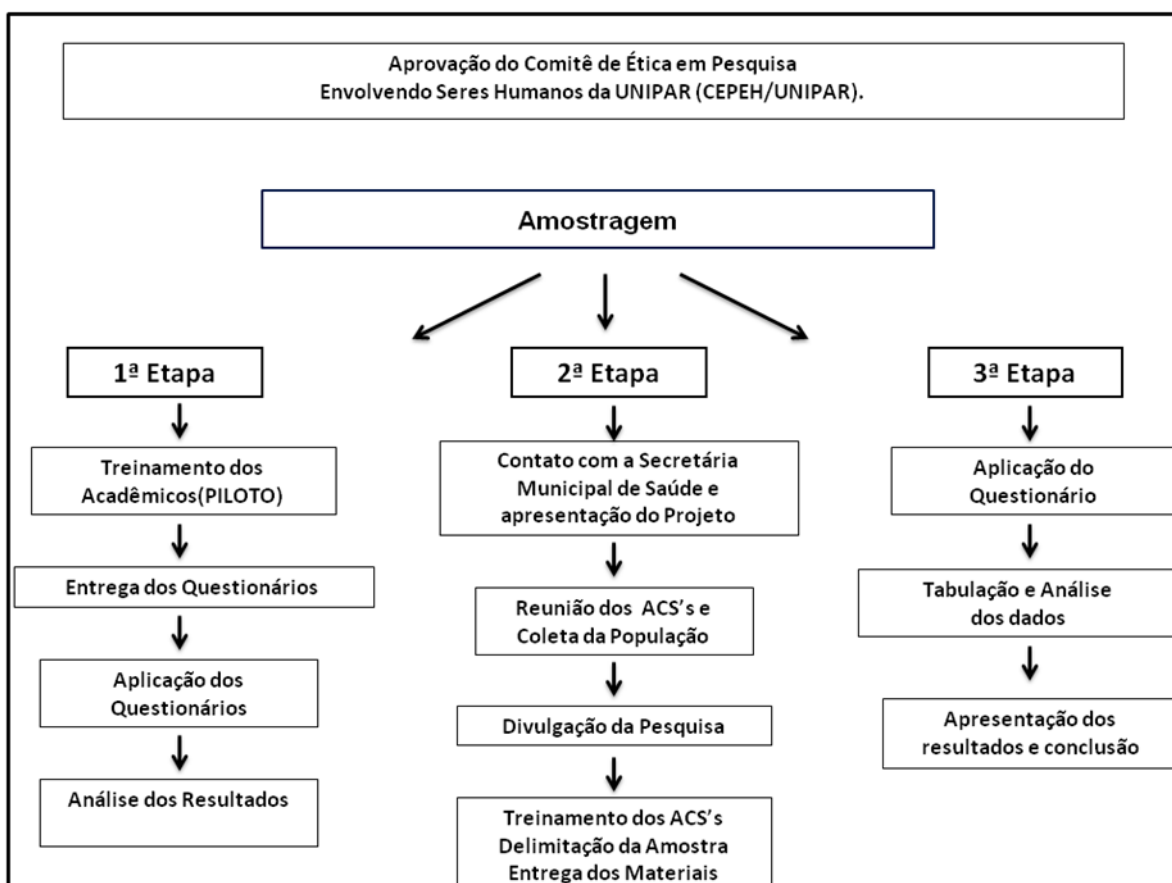
Questionários e o Diário de Campo para a enfermeira responsável por seu setor assinando uma lista confirmando a entrega do material que posteriormente foi repassado para a pesquisadora.

Foram entrevistados 1303 idosos, conforme a estimativa, e para tanto os idosos que não puderam ser localizados por motivos como: não aceitou responder, mudou-se, hospitalizado ou por falecimento foram substituídos por idosos próximo da residência e cadastrados na Secretaria de Saúde. Desta maneira, o número atendeu ao tamanho da amostra calculada inicialmente.

Durante a coleta de dados, somente 3 pessoas se recusaram a responder o questionário (0,23%) enquanto as perdas totalizaram (0,84%), sendo entre estas 7 pessoas mudaram-se, 3 hospitalizados e 1 falecimento, sendo estas consideradas perdas. Houve reposição das perdas/recusas com o sorteio sistemático do idoso posicionado imediatamente o seguinte na lista.

Segue abaixo o quadro das etapas do estudo:

Quadro 3. Etapas desenvolvidas durante a pesquisa.



3.5 INSTRUMENTO DE MEDIDA

Para a coleta dos dados foi aplicado um Questionário (APÊNDICE A) contendo quatro partes: Nível de Atividade Física (IPAQ – Modo de Lazer e Deslocamento – 2 últimas semanas – Q1 à Q24); Qualidade de Vida (WHOQOL – Bref da Organização Mundial da Saúde – Q25 à Q49); Fatores de Risco (Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL – Q50 à Q58) e Aspectos Sociodemográficos (Q59 à Q72).

Diante disso, foi elaborado um questionário composto por 72 questões que reuniu os itens mencionados acima com o objetivo de analisar a associação entre Atividade Física de Lazer e Deslocamento e Qualidade de Vida dos idosos residentes no município de Cianorte.

De acordo com Matsudo et. al. (2001), o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) foi inicialmente proposto por um grupo de trabalho de pesquisadores durante uma reunião científica em Genebra, Suíça, em abril de 1998. Como parte da Organização Mundial da Saúde – Comitê Internacional em Atividade Física e Saúde, o Brasil foi um dos 12 países selecionados para a realização do estudo (Austrália, Canadá, Finlândia, Guatemala, Itália, Japão, Portugal, África do Sul, Suécia, Inglaterra e Estados Unidos).

Segundo Marshall e Bauman (2001, apud BENEDETTI, 2004), o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) é um instrumento específico que visa mensurar as atividades físicas realizadas no trabalho, transporte, atividades domésticas, lazer e também o tempo gasto sentado. Foi desenvolvido a partir das dificuldades encontradas para mensurar o nível de atividade física nas diferentes idades e países com dados que pudessem ser comparados. Em 2001, o comitê executivo responsável pelo IPAQ publicou o relatório parcial do seu desenvolvimento, no qual indicava que o questionário apresentava características psicométricas aceitáveis para o uso em estudos de prevalência da participação em atividade física.

O questionário foi publicado na versão curta e na versão longa. A versão curta do IPAQ é composta por sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de

inatividade física (posição sentada). A versão longa do IPAQ apresenta 27 questões relacionadas com as atividades físicas, realizadas numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com a duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídas em quatro dimensões de atividade física (trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer) e do tempo despendido por semana na posição sentada. Na versão curta, o tempo semanal despendido em atividades físicas moderadas e vigorosas tem se apresentado menor quando comparado à versão longa. Esse fato pode ser devido à diferença no número de domínios em cada versão e o número de questões, uma vez sendo que na longa, cada domínio é mais explorado (BENEDETTI et. al. 2007).

Em relação ao instrumento para avaliar a qualidade de vida, Chachamovich e Fleck (2008), descrevem que o WHOQOL – Bref é uma alternativa de instrumento genérico de aferição de qualidade de vida de curta extensão, aplicável a uma larga variedade de populações. Apresenta boa consistência interna, validade discriminante, validade de conteúdo e confiabilidade testetereste na aplicação do instrumento em uma população de característica heterogêneas. O WHOQOL – Bref é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, distribuído em 26 questões. De acordo com os autores, o tempo médio de aplicação depende de uma série de fatores, tais como a escolaridade e a condição clínica do correspondente, assim como da forma de administração do instrumento.

Segundo Chachamovich e Fleck (2008), o instrumento genérico de aferição de qualidade de vida WHOQOL – Bref é, por suas propriedades psicométricas, uma alternativa válida para as situações em que a versão longa seja de difícil aplicação, tais como em levantamento de base epidemiológicas e estudos que incluam diversas medidas. De acordo com Fleck et. al. (2000), o WHOQOL – Bref é a versão abreviada do WHOQOL – 100, ambos desenvolvidos em estudos multicêntricos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS. No Brasil, a versão em português do WHOQOL – Bref foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, sendo realizada segundo metodologia preconizada para a versão desse documento. A necessidade de instrumentos de rápida aplicação determinou que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde desenvolvesse a versão abreviada do WHOQOL – 100, o WHOQOL – Bref.

As questões de estado civil e cor da pele (Q.63 e Q.72) e as referentes à percepção do nível de saúde atual (Q.50-58) utilizadas no questionário, foram

retiradas do VIGITEL 2008, que tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT – em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade.

Quanto aos aspectos sociodemográficos, foi utilizando também as questões da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP, 2009), para o critério da classificação econômica dos idosos residentes na cidade de Cianorte.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O nível de AF foi considerado no contexto de lazer e deslocamento em diferentes atividades e pontos de corte. Para o lazer, as atividades foram: caminhada (≥ 150 min/sem) e AF de lazer em geral (≥ 150 min/sem). No deslocamento foi considerado o “deslocamento ativo” (caminhada + uso de bicicleta ≥ 150 min/sem).

Os escores de qualidade de vida (QV) foram computados para cada um dos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e categorizados em tercis. A variável “QV geral” foi considerada com a soma dos escores dos quatro domínios e categorizada em tercis.

A idade foi agrupada em três “faixas etárias” com intervalos de 10 anos e as variáveis “escolaridade” (até 3º ano do ensino fundamental/ ≥ 4 º ano ensino fundamental), “estado civil” (casado ou vivendo com parceiro/outros), “índice de massa corporal” (peso normal/excesso de peso) e “percepção de saúde” (excelente ou bom/ruim ou regular) foram classificados em duas categorias e morbidades em (0 morbidade, 1 ou 2 morbidades e 3 ou mais morbidades), classificadas em três categorias.

Os dados foram analisados com a estatística descritiva com distribuição de frequência absoluta e relativa, teste de quiquadrado para heterogeneidade e tendência linear. O nível de significância foi mantido em 5% e as análises realizadas no *software* SPSS 17.0.

3.7 ESTUDO PILOTO

Antes de iniciar a pesquisa, foi realizado um estudo piloto, para avaliar a reprodutibilidade do questionário, em uma amostra composta por 50 idosos, de diferentes pontos da cidade. Para a reprodutibilidade foram realizadas duas aplicações do Questionário Piloto (APÊNDICE C) contendo a princípio 75 questões, com intervalo de 7 dias. Os escores apresentam uma boa reprodutibilidade de forma que a maioria das questões apresentou CCI adequados (APÊNDICE D).

A coleta do piloto test-reteste foi realizada no mês de dezembro de 2009 pelos acadêmicos do curso de Educação Física da UNIPAR no qual tiveram o mesmo treinamento realizado para os agentes.

4 RESULTADOS

As características sociodemográficas apresentadas na tabela 1 demonstram que a amostra é formada, em sua maioria, por mulheres (64,4%). A faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos (51,6%), seguido de 70 a 79 anos (36,5%) e 80 anos e acima (11,8%), sendo maior a proporção de mulheres no estrato de menor idade ($\chi^2=8,7$; $p=0,003$) em relação aos homens. A maior parte é casada ou vive com parceiro (59,5%), sendo maior a proporção de homens nesta condição ($\chi^2=93,2$; $p<0,001$).

Tabela 1: Informações Sociodemográficas dos idosos do Município de Cianorte – PR.

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	Homens		Mulheres		χ^2	ρ	Total	
	n	%	n	%			n	%
Sexo	464	35,6	839	64,4			1303	100,0
Faixa etária								
60 - 69 anos	214	46,2	457	54,6	8,7	0,003	671	51,6
70 - 79 anos	184	39,7	291	34,8			475	36,5
≥ 80 anos	65	14,0	89	10,6			154	11,8
Estado civil								
Solteiro	15	3,2	29	3,5	93,2	<0,001	44	3,4
Casado/vivendo com parceiro	378	81,5	397	47,3			775	59,5
Viúvo	52	11,2	357	42,6			409	31,4
Divorciado	19	4,1	56	6,7			75	5,8
Nível Socioeconômico								
A (A1 + A2)	5	1,1	5	0,6	0,1	0,820	10	0,8
B (B1 + B2)	48	10,3	91	10,8			139	10,7
C (C + D + E)	411	88,6	743	88,6			1154	88,6
Escolaridade								
Analfabeto/Até 3º Ens. fundamental	302	65,1	601	71,6	1,6	0,205	903	69,3
Até 4º Ens. fundamental	118	25,4	161	19,2			279	21,4
Fundamental completo	20	4,3	37	4,4			57	4,4
Médio completo	17	3,7	20	2,4			37	2,8
Superior completo	7	1,5	20	2,4			27	2,1
Ocupação Atual								
Aposentado, mas trabalha	71	16,1	35	4,2	149,7	<0,001	106	8,6
Aposentado	336	76,0	435	52,2			771	60,4
Dona de casa	10	2,3	164	19,7			174	13,6
Pensionista	17	3,8	142	17,0			159	12,5
Quantas pessoas vivem na mesma residência?								
Mora sozinha	124	27,8	269	34,7	4,34	0,037	393	32,2
1 pessoa	148	33,2	240	30,9			388	31,8
2 pessoas	94	21,1	141	18,2			235	19,2
3 pessoas	40	9,0	63	8,1			103	8,4
4 pessoas ou mais	40	9,0	63	8,1			103	8,4
IMC (Índice de Massa Corporal)								
Normal	201	44,3	353	43,6	0,3	0,568	554	43,9
Sobrepeso	181	39,9	313	38,7			494	39,1
Obesidade	72	15,9	143	17,7			215	17,0

Ainda de acordo com a tabela 1, a maioria dos idosos pertence à classe econômica mais baixa (C=88,6%) e têm nível de escolaridade baixo, sendo analfabetos ou com até a 3ª série fundamental completa (69,3%). De um modo geral os idosos são aposentados (60,4%) e mora com outras pessoas em casa (apenas 32,2% moram sozinhos) sendo significativamente maior a proporção de homens nestas condições quando comparados às mulheres ($\chi^2=149,7$; $p<0,001$ e $\chi^2=4,34$; $p=0,037$ respectivamente).

Em relação aos aspectos de saúde e estilo de vida apresentados na tabela 2, o Índice de Massa Corporal (IMC) dos idosos distribui-se da seguinte maneira: 43,9% apresentam um quadro normal, seguido por 39,1% na classificação de sobrepeso e 17,0% na classificação de obesidade, sendo similar a distribuição entre os sexos ($\chi^2 =0,3$; $p=0,568$). Quanto à percepção de saúde, um número significativo de idosos relata ter uma saúde regular (51,8%) e apenas 3,5% diz ter uma “excelente” percepção de saúde ($\chi^2=6,8$; $p=0,009$).

A maioria dos idosos apresentou histórico de hipertensão (70,8%), sendo maior a prevalência entre as mulheres (74,3%), comparadas aos homens (63,3%; $p<0,001$). A prevalência de diabetes foi de 21,1%, sendo similar entre os sexos ($p=0,609$). Aproximadamente um a cada três idosos relata colesterol/triglicerídeos em níveis elevados (28,1%) ou osteoporose (25,6%), sendo maior a prevalência entre as mulheres (32,9% e 35,0%) do que entre os homens (19,4%; $\chi^2=14,1$; $p<0,001$ e 8,06%; $\chi^2=116,0$; $p<0,001$). Comportamento oposto foi observado para o infarto derrame ou AVC em que 11,6% relataram esta morbidade, porém maior prevalência foi observada entre homens 16,4% comparados às mulheres (8,9%; $\chi^2=16,8$; $p<0,001$).

A prevalência de idosos ativos é baixa em todas as categorias de AF analisadas sendo de 30,9% considerando AF de lazer e 19,5% considerando o deslocamento (Tabela 2). Foi observada maior a proporção de homens ativos na caminhada no lazer (28,2%), na atividade física de lazer (14,3%) e na atividade física de deslocamento (35,8%) quando comparado às mulheres ($\chi^2=29,4$; $p<0,001$; $\chi^2=48,6$; $p<0,001$ e $\chi^2=63,4$; $p<0,001$, respectivamente)

Tabela 2: Informações de aspectos de saúde e atividade física de lazer e deslocamento dos idosos do Município de Cianorte – PR.

INFORMAÇÕES DE SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA	Homens		Mulheres		χ^2	ρ	Total	
	n	%	n	%			n	%
Percepção de saúde								
Excelente	18	3,9	28	3,3	6,8	0,009	46	3,5
Boa	200	43,1	286	34,1			486	37,3
Regular	212	45,7	463	55,2			675	51,8
Ruim	33	7,1	60	7,2			93	7,1
Hipertensão	299	64,4	623	74,3	14,1	<0,001	922	70,8
Diabetes	91	19,6	184	21,9	1,0	0,609	275	21,1
Infarto, derrame ou AVC	76	16,4	75	8,9	16,8	<0,001	151	11,6
Colesterol/triglicérides alto	90	19,4	276	32,9	27,1	<0,001	366	28,1
Osteoporose	40	8,6	295	35,0	116,8	<0,001	334	25,6
Caminhada no lazer								
Inativo	250	53,9	544	64,8	29,4	<0,001	794	60,9
Insuficientemente ativo	83	17,9	175	20,9			258	19,8
Ativo	131	28,2	120	14,3			251	19,3
Atividade física de lazer								
Inativo	195	42,0	481	57,4	48,6	<0,001	676	51,9
Insuficientemente ativo	65	14,0	159	19,0			224	17,2
Ativo	240	44,0	198	23,6			402	30,9
Atividade física de deslocamento (caminhada + bicicleta)								
Inativo	107	23,1	243	29,0	63,4	<0,001	350	26,9
Insuficientemente ativo	191	41,2	508	60,5			699	53,6
Ativo	166	35,8	88	10,5			254	19,5

A tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis demográficas e de saúde em relação à caminhada no lazer.

Tabela 3: Prevalência da caminhada no lazer de acordo com as características sociodemográficas dos idosos do Município de Cianorte – PR.

Variável	Categorias	Caminhada no lazer				χ^2	ρ
		Ativo		Inativo			
		n	%	n	%		
Gênero	Masculino	131	28,2	333	71,8	37,3	<0,001
	Feminino	120	14,3	719	85,7		
Idade	60 - 69 anos	121	18,0	550	82,0	0,2	0,624
	70 - 79 anos	104	21,9	371	78,1		
	> = 80 anos	26	16,9	128	83,1		
Escolaridade	Até 3º Ens. Fundamental	155	17,2	748	82,8	8,3	0,004
	>= 4º Ens. Fundamental	96	24,0	304	76,0		
Estado Civil	Casado/vivendo com parceiro	162	20,9	613	79,1	3,3	0,069
	Outros	89	16,9	439	83,1		
IMC	Normal	112	20,2	442	75,0	0,4	0,516
	Excesso de peso	133	18,8	576	84,8		
Percepção de Saúde	Excelente / bom	133	25,0	399	75,0	19,3	<0,001
	Ruim / regular	117	15,2	615	84,8		
Morbidade	0 Morbidade	4	30,8	9	69,2	1,6	0,202
	1 ou 2 Morbidades	45	15,5	246	84,5		
	3 ou + Morbidades	202	20,3	794	79,7		

Ainda conforme a tabela 3, a proporção de idosos ativos foi maior entre aqueles do sexo masculino (28,2% *versus* 14,3% $\chi^2=37,3$; $p<0,001$), nos idosos com maior escolaridade (24% $\chi^2=8,3$; $p=0,004$), casados (20,9%; $\chi^2=3,3$; $p=0,069$) e com a percepção de saúde excelente/bom (25% $\chi^2=19,3$; $p<0,001$).

Em relação à AF de lazer (Tabela 4), é significativamente maior a proporção de idosos ativos entre aqueles do sexo masculino (44%) quando comparado às mulheres (23,6%; $\chi^2=57,9$; $p<0,001$), aqueles com maior escolaridade (41,4%; $\chi^2=29,6$; $p<0,001$), casados (34,1%; $\chi^2=9,1$; $p=0,003$) e entre os idosos que reportaram a percepção de saúde excelente/boa (37,7% $\chi^2=1,9$; $p<0,001$). Não foram observadas diferenças significativas entre os idosos ativos e inativos em relação à morbidades referidas (32,1% $\chi^2=2,5$; $p=0,115$).

Tabela 4: Prevalência da atividade física de lazer de acordo com as características sociodemográficas dos idosos do Município de Cianorte – PR

Variável	Categorias	AF de Lazer				χ^2	ρ
		Ativo		Inativo			
		n	%	n	%		
Gênero	Masculino	204	44,0	260	56,0	57,9	<0,001
	Feminino	198	23,6	640	76,4		
Idade	60 - 69 anos	213	31,7	458	68,3	3,8	0,051
	70 - 79 anos	157	33,1	317	66,9		
	> = 80 anos	31	20,1	123	79,9		
Escolaridade	Até 3º Ens. Fundamental	237	26,2	666	73,8	29,6	<0,001
	>= 4º Ens. Fundamental	165	41,4	234	58,6		
Estado Civil	Casado/vivendo com parceiro	264	34,1	511	65,9	9,1	0,003
	Outros	138	26,2	389	73,8		
IMC	Normal	166	30,0	387	70,0	0,5	0,479
	Excesso de peso	226	31,9	483	68,1		
Percepção de Saúde	Excelente / bom	200	37,7	331	62,3	1,9	<0,001
	Ruim / regular	201	26,2	567	73,8		
Morbidade	0 Morbidade	4	30,8	9	69,2	2,5	0,115
	1 ou 2 Morbidades	78	26,8	213	73,2		
	3 ou + Morbidades	319	32,1	676	67,9		

Na tabela 5, são apresentados os dados sobre a atividade física de deslocamento. Observa-se maior proporção de idosos ativos no sexo masculino (35,8% *versus* 10,5% $\chi^2=12,2$; $p<0,001$), aqueles na faixa etária de 60-69 anos (21,9%; $\chi^2=8,9$; $p<0,003$), com maior escolaridade (23,5%; $\chi^2=5,9$; $p=0,015$), casados (21,4%; $\chi^2=4,5$; $p=0,033$) e com percepção de saúde mais positiva (22,2%;

$\chi^2=4,2$; $p=0,039$). A proporção de idosos ativos não diferiu entre aqueles que referiram mais morbidades ($\chi^2=0,3$; $p=0,567$) ou com IMC elevado ($\chi^2=1,3$; $p=0,249$).

Tabela 5: Prevalência do deslocamento ativo (caminhada + bicicleta) de acordo com as características sociodemográficas dos idosos do Município de Cianorte – PR.

Variável	Categorias	Deslocamento ativo (caminhada + bicicleta)				χ^2	ρ
		Ativo		Inativo			
		n	%	n	%		
Gênero	Masculino	166	35,8	298	64,2	12,2	<0,001
	Feminino	88	10,5	751	89,5		
Idade	60 - 69 anos	147	21,9	524	78,1	8,9	0,003
	70 - 79 anos	89	18,7	386	81,3		
	> = 80 anos	17	11,0	137	89,0		
Escolaridade	Até 3º Ens. Fundamental	160	17,7	743	82,3	5,9	0,015
	>= 4º Ens. Fundamental	94	23,5	306	76,5		
Estado Civil	Casado/vivendo com parceiro	166	21,4	609	78,6	4,5	0,033
	Outros	88	16,7	440	83,3		
IMC	Normal	99	17,9	455	82,1	1,3	0,249
	Excesso de peso	145	20,5	564	79,5		
Percepção de Saúde	Excelente / bom	118	22,2	414	77,8	4,2	0,039
	Ruim / regular	135	17,6	633	82,4		
Morbidade	0 Morbidade	4	30,8	9	69,2	0,3	0,567
	1 ou 2 Morbidades	50	17,2	241	82,8		
	3 ou + Morbidades	199	20,0	797	80,0		

Na Tabela 6 são apresentados os resultados dos tercis de QV e de acordo as características sociodemográficas e de saúde. Observou-se que idosos do sexo masculino apresentam melhores resultados nos quatro domínios da QV quando comparados com o sexo feminino, sendo melhor a percepção de QV nos domínios físico (48,7% *versus* 35,8% $\chi^2=18,1$; $p<0,001$), psicológico (41,2% *versus* 34,7% $\chi^2=9,8$; $p=0,002$), relações sociais (65,3% *versus* 57,2% $\chi^2=4,8$; $p=0,028$), no domínio meio ambiente (38,1% *versus* 31,1% $\chi^2=12,5$; $p<0,001$). Os homens também apresentaram melhores resultados na qualidade de vida geral (45% *versus* 35,2% $\chi^2=16,8$; $p<0,001$), quando comparados às mulheres.

Foi observada associação entre faixa etária e a QV, sendo mais positiva entre os idosos na faixa etária 60-69 anos comparados aos mais velhos nos domínios físico (45,6%; $\chi^2=31,4$; $p<0,001$) e QV geral (41,4%; $\chi^2=9,3$; $p=0,002$).

Foi observado melhores classificações de QV entre idosos com maior nível de instrução nos domínios físicos (51%; $\chi^2=32,2$; $p<0,001$), psicológico (45%; $\chi^2=22,6$; $p<0,001$); relação social (66%; $\chi^2=13,4$; $p<0,001$), meio ambiente (40,3%; $\chi^2=13,3$; $p<0,001$) QV geral (49%; $\chi^2=30,2$; $p<0,001$). Resultado similar foi encontrado no

estado civil, sendo melhor a QV entre os idosos casados comparados a outros estados civis em todos os domínios (42,5%; $\chi^2=5,3$; $p=0,022$; 40,5%; $\chi^2=8,0$; $p=0,005$; 64,8%; $\chi^2=15,4$; $p<0,001$; 35,4%; $\chi^2=6,0$; $p=0,014$; 41,7%; $\chi^2=10,0$; $p=0,002$ respectivamente).

Em relação às condições de saúde a QV foi superior entre os idosos percepção de saúde excelente/bom, nos 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e na QV geral (66,2%; $\chi^2=280,3$; $p<0,001$; 54,9%; $\chi^2=147,8$; $p<0,001$; 69,2%; $\chi^2=32,1$; $p<0,001$; 43,8%; $\chi^2=70,0$; $p<0,001$; 63,2%; $\chi^2=271,3$; $p<0,001$, respectivamente) e entre aqueles com três ou mais morbididades (físico: 46,8%; $\chi^2=82,0$; $p<0,001$; psicológico: 40%; $\chi^2=20,6$; $p<0,001$; meio ambiente: 36,5%; $\chi^2=17,0$; $p<0,001$; QV geral: 43,6%; $\chi^2=53$; $p<0,001$).

Tabela 6: Aspectos dos domínios de qualidade de vida de acordo com as variáveis dos idosos do Município de Cianorte – PR.

Variável	Físico					Psicológico					Relações Sociais					Meio Ambiente					QV Geral				
	1º tercil	2º tercil	3º tercil	χ^2	ρ	1º tercil	2º Tercil	3º tercil	χ^2	ρ	1º tercil	2º tercil	3º tercil	χ^2	ρ	1º tercil	2º tercil	3º tercil	χ^2	ρ	1º tercil	2º tercil	3º tercil	χ^2	ρ
Gênero																									
Masculino	22,0	29,3	48,7	18,1	<0,001	24,8	34,1	41,2	9,8	0,002	19,0	15,7	65,3	4,8	0,028	20,7	41,2	38,1	12,5	<0,001	26,7	28,2	45,0	16,8	<0,001
Feminino	28,8	25,4	35,8			33,1	32,2	34,7			21,1	21,7	57,2			29,4	39,5	31,1			36,9	27,9	35,2		
Idade																									
60 - 69 anos	21,3	33,1	45,6	31,4	<0,001	29,8	32,3	37,9	1,6	0,204	19,8	20,1	60,1	1,4	0,235	27,6	39,8	32,6	0,0	0,968	31,9	26,7	41,4	9,3	0,002
70 - 79 anos	28,2	35,6	36,2			29,1	33,9	37,1			18,9	18,9	62,1			23,6	39,4	37,1			31,6	30,5	37,9		
> = 80 anos	43,5	26,6	29,9			35,7	32,5	31,8			27,3	18,8	53,9			29,9	42,2	27,9			45,5	26,6	27,9		
Escolaridade																									
Até 3º Ens. fundamental	30,1	34,2	35,7	32,2	<0,001	33,8	32,8	33,4	22,6	<0,001	23,1	19,4	57,5	13,4	<0,001	28,6	40,8	30,7	13,3	<0,001	37,3	28,6	34,1	30,2	<0,001
>= 4º Ens. fundamental	18,0	31,0	51,0			22,0	33,0	45,0			14,0	20,0	66,0			21,3	38,5	40,3			24,3	26,8	49,0		
Estado Civil																									
Casado/vivendo parceiro	24,3	33,3	42,5	5,3	0,022	28,4	31,1	40,5	8,0	0,005	17,8	17,4	64,8	15,4	<0,001	23,7	40,9	35,4	6,0	0,014	30,2	28,1	41,7	10,0	0,002
Outros	29,5	33,1	37,3			32,8	35,4	31,8			24,1	22,7	53,2			30,1	38,8	31,1			37,9	27,8	34,3		
IMC																									
Normal	25,5	34,5	40,1	0,1	0,718	30,0	35,0	35,0	0,5	0,480	19,5	21,5	59,0	0,0	0,883	27,4	41,0	31,6	2,5	0,111	33,9	29,2	36,8	0,8	0,370
Excesso de peso	27,1	32,9	40,1			30,2	31,3	38,5			20,6	18,6	60,8			25,2	38,4	36,4			32,9	27,1	40,1		
Percepção de Saúde																									
Excelente / bom	7,3	26,5	66,2	280,3	<0,001	14,8	30,3	54,9	147,8	<0,001	14,1	16,7	69,2	32,1	<0,001	14,8	41,4	43,8	70,0	<0,001	11,3	25,6	63,2	271,3	<0,001
Ruim / regular	39,6	38,0	22,4			40,8	34,5	24,7			24,5	21,6	53,9			34,1	39,2	26,7			48,6	29,7	21,7		
Morbidade																									
0 Morbidade	53,8	30,8	15,4	82,0	<0,001	61,5	23,1	15,4	20,6	<0,001	38,5	23,1	38,5	3,2	0,072	46,2	46,2	7,7	17,0	<0,001	76,9	7,7	15,4	53,0	<0,001
1 ou 2 Morbidades	41,6	39,2	19,2			37,1	35,1	27,8			24,4	16,2	59,5			31,3	44,0	24,7			46,0	31,3	22,7		
3 ou + Morbidades	21,7	31,5	46,8			27,8	32,2	40,0			19,0	20,6	60,4			24,7	38,8	36,5			29,1	27,3	43,6		

A tabela 7 apresenta a análise da associação AF e QV de idosos do Município de Cianorte – PR. Os idosos ativos, considerando a caminhada no lazer, apresentaram melhores classificações de QV geral tanto entre homens ($p=0,003$) quanto entre as mulheres ($p<0,001$). Ao considerar os domínios específicos, os homens ativos apresentaram classificação mais elevada de QV nos domínios físico ($p=0,010$) e psicológico ($p=0,011$), enquanto as mulheres ativas apresentaram associação significativa com os domínios físico, psicológico e qualidade de vida geral (19,3%; $p<0,001$; 20,6%; $p<0,001$; 20%; $p<0,001$ respectivamente).

Em relação à AF de lazer, classificações superiores de QV foram observadas entre idosos ativos na QV geral ($p<0,001$) e nos domínios físico (Masculino $p=0,002$ *versus* Feminino $p<0,001$), psicológico (Masculino $p=0,008$ *versus* Feminino $p<0,001$) e meio ambiente tanto entre os homens quanto entre mulheres foram apresentados valores $p<0,001$. Em relação à AF de deslocamento apenas o domínio físico da QV apresentou associação com maiores níveis de AF tanto entre homens ($p=0,002$) quanto entre mulheres ($p=0,025$).

Tabela 7: Associação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos ativos de Cianorte – PR

Variável	Físico				Psicológico				Relações Sociais				Meio ambiente				QV Geral			
	1º tercil	2º tercil	3º tercil	ρ	1º tercil	2º Tercil	3º tercil	ρ	1º tercil	2º tercil	3º tercil	ρ	1º tercil	2º tercil	3º tercil	ρ	1º tercil	2º tercil	3º tercil	ρ
AF no Tempo de Lazer																				
Caminhada																				
Masculino	17,6	29,4	32,3	0,010	23,5	22,8	35,6	0,011	25,0	30,1	28,7	0,576	25,0	24,1	34,5	0,051	18,5	28,2	34,0	0,003
Feminino	8,3	14,1	19,3	<0,001	10,4	11,5	20,6	<0,001	10,7	12,6	16,3	0,056	10,9	11,8	20,7	0,002	8,7	14,5	20,0	<0,001
AF lazer																				
Masculino	30,4	44,9	49,6	0,002	34,8	43,0	50,3	0,008	38,6	42,5	45,9	0,217	33,3	37,2	57,1	<0,001	28,2	45,0	52,6	<0,001
Feminino	13,6	23,6	31,8	<0,001	16,9	21,1	32,4	<0,001	21,5	21,5	25,2	0,251	16,7	20,8	33,7	<0,001	14,8	24,0	32,5	<0,001
AF de Deslocamento																				
Deslocamento ativo																				
Masculino	24,5	33,8	42,0	0,002	32,2	33,5	39,8	0,151	38,6	38,4	34,3	0,398	36,5	31,9	39,5	0,435	30,6	34,4	39,7	0,088
Feminino	8,3	8,8	14,0	0,025	10,1	10,4	11,0	0,718	9,0	6,6	12,5	0,089	8,9	10,6	11,9	0,276	9,4	7,7	13,9	0,072

5 DISCUSSÃO

Este estudo traz informações sobre a prevalência de atividade física de lazer e de deslocamento, da qualidade de vida, dos fatores socioeconômicos e demográficos de idoso. As características da população idosa do presente estudo apresentam um perfil menos favorecido em relação aos aspectos socioeconômicos. Provavelmente, os resultados reflitam as condições investigadas, particularmente de idosos mais pobres, cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cianorte. Com relação ao nível de instrução, os resultados obtidos mostram uma grande porcentagem de idosos analfabetos ou até a 3ª série fundamental.

Os principais resultados obtidos foram: maior prevalência de ativos na atividade física de lazer (considerado ativos na AF de lazer em geral ≥ 150 min/sem), sendo que idosos do sexo masculino são mais ativos (44%) que o sexo feminino (23,6% $p < 0,001$), sendo que a proporção de idosos ativos no lazer são superiores no sexo masculino e inferiores no feminino aos estudos de Zaitune et. al. (2010) em um estudo realizado em São Paulo em que os valores para os homens foi de 32,3% e 25,7% para mulheres ativas no lazer. E também superiores em ambos os sexos no estudo de Salvador et. al. (2009), em estudo realizado ($n=385$) em idosos residentes do distrito de Ermelino Matarazzo no município de São Paulo, SP, em 2007, em que ambos os sexos apresentaram proporções inferiores a 20% de ativos no lazer. Em estudo de Florindo et. al. (2009), grande parte da literatura de países de renda alta, como Estados Unidos, Austrália e Inglaterra e de países de renda média e baixa, como o Peru e Países Bálticos, confirmam que os homens são mais ativos no lazer do que as mulheres, também nos países de renda média e baixa 50% dos adultos são insuficientemente ativos no lazer e nos países de renda alta as prevalências variam de 25% a 62%.

De acordo com o VIGITEL (2008), estudo realizado em todas as capitais brasileiras e no distrito federal, a frequência de adultos que praticam atividade física suficiente no lazer foi modesta em todas as cidades estudadas, variando entre 12,1% em São Paulo e 21,5% em Palmas. Em todas as cidades, mais homens do que mulheres praticam atividade física suficiente no lazer, sendo que, considera atividade física suficiente no lazer à prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana

ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana.

Na atividade física de lazer, foi significativo a proporção dos idosos com maior nível de escolaridade e os com percepção de saúde excelente/bom sendo os mais ativos. De acordo com Matsudo (2006), em um estudo longitudinal com idosos, foi evidenciado que sujeitos com maior nível de atividade física têm melhor saúde e habilidade funcional comparados aos sedentários da mesma idade. Conte (2005), em estudo realizado com mulheres com mais de 60 anos, concluiu que a percepção de saúde, foi mais positiva nas mulheres ativas.

O tipo de atividade física mais praticada pelos idosos do presente estudo foi a caminhada (67,6%, considerado ativo ≥ 150 min/sem.), sendo significativa a proporção de homens ativos quando comparado as mulheres (28,2% *versus* 14,3%). Dados inferiores aos estudos de Salvador et. al. (2009), em que 87,7% dos homens e 63% das mulheres praticam a caminhada. A caminhada também foi a atividade mais frequente em idosos de Campinas (São Paulo) em um estudo de Zaitune et. al. (2007), sendo praticada por 23,5% dos idosos. Santos, Foroni e Chaves (2009), em estudo com (n=45) com idosos de ambos os sexos, faixa etária 70-75 anos, cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família (NSF) na cidade de Ribeirão Preto (SP), 52,3% preferem praticar atividade física, principalmente caminhada. Em Porto Alegre, em estudos realizados por Paskulin e Viana (2007), com idosos acima de 60 anos (n=292), metade dos respondentes (51,4%) relatou realizar alguma atividade física regular, a mais freqüente foi à prática de caminhadas.

Achados internacionais de Hughes, MacDowell e Brody (2008), em americanos de 60 anos ou mais de idade também apresentam que a caminhada foi a atividade física de lazer mais frequente. O sexo masculino, idade mais jovem, não-hispânicos raça branca / etnia, nível de educação superior, o estado de maior renda, casados e boa saúde foram associados com maior prática de atividade física de lazer.

Idosos com maior nível de escolaridade foram mais ativos na caminhada no lazer (24%; $\chi^2=8,3$; $p=0,004$), da mesma forma, Zaitune et. al. (2007), verificaram que os idosos de maior escolaridade apresentam maior prevalência da prática de todas as modalidades de exercício comparativamente aos demais. Também no estudo de Zaitune et. al. (2010) foi encontrado maior prevalência de idosos ativos no lazer nas categorias de oito anos ou mais de escolaridade. Ainda de acordo com os

dados do VIGITEL (2008), em ambos os sexos, a frequência do lazer suficientemente ativo aumenta com a escolaridade das pessoas. Os idosos casado/vivendo com parceiros, são mais ativos que os outros idosos na caminhada no lazer (20,9%), similares aos resultados de Mazo, Mota e Gonçalves (2005), em estudo em Florianópolis – SC com 185 mulheres onde a prática de atividade física teve uma associação com mulheres casadas.

Quanto ao deslocamento ativo (caminhada + uso de bicicleta; ≥ 150 min/sem), 35,8% dos homens e 10,5% das mulheres são considerados ativos no estudo ($p < 0,001$), este domínio da atividade física no deslocamento está relacionado com as atividades desenvolvidas na forma de deslocamento de um lugar para outro, caminhando ou de bicicleta, para ir ao trabalho, à igreja, à feira, ao supermercado, a grupos de convivência, à casa de amigos, entre outras atividades. De acordo com VIGITEL (2009), consideram nessa condição os indivíduos que praticam atividade física no tempo livre e também aqueles que se deslocam para o trabalho ou escola de bicicleta ou caminhando e que despendem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta. Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que a atividade física no tempo livre e ou no deslocamento foi maior para o sexo masculino (38,3%) do que para o sexo feminino (26,6%). Entre homens e mulheres, a frequência dessa condição tendeu a diminuir com a idade, o que assemelha com os achados desse estudo, onde os idosos mais novos são os mais ativos nesta categoria. No estudo de Tribess, Júnior e Petroski (2009), ($n=265$ idosas) este domínio foi o que apresentou maior proporção (82,6%) que realizavam, no mínimo, 10 minutos contínuos de atividade física como meio de transporte, e ocorreu exclusivamente pela caminhada. Esses achados podem ser superiores ao estudo, o que pode ser influenciado pelo ponto de corte da atividade e fácil acesso ao transporte público (ônibus) da nossa cidade.

Foi significativamente maior a proporção de idosos do sexo masculino quando comparados ao feminino na atividade física de lazer (44%, *versus* 23,6%; $p < 0,001$) na caminhada de lazer (28,2%, *versus* 14,3%; $p < 0,001$) e no deslocamento ativo (35,8%, *versus* 10,5%; $p < 0,001$). Sendo que estudos de Florindo et. al. (2009), os homens também foram mais ativos do que as mulheres no lazer, no trabalho e no deslocamento.

Quanto aos aspectos do domínio de qualidade de vida do WHOQOL – Bref, os homens em relação às mulheres tiveram associação positiva com os domínios

físico, relações sociais e qualidade de vida geral ($p < 0,001$). O domínio com escores mais altos em ambos os sexos foi o de relações sociais e os mais baixos no domínio meio ambiente, valores este que corroboram com de Paskulin (2006), com 288 idosos de Porto Alegre, aplicando o mesmo instrumento de medida. Já Tavares et. al. (2009) em um estudo com 804 idosos do sexo masculino de Uberaba (MG), os menores valores foram encontrados no domínio físico. Estudos de Silva (2008), com 301 idosos do programa Saúde da Família, em inquérito domiciliar no Rio Grande do Sul, obtiveram o maior escore no domínio psicológico e menor escore no domínio meio ambiente.

No presente estudo, os idosos da faixa etária 60-69 anos apresentaram melhor qualidade de vida nos domínios físico ($p < 0,001$). Em relação ao nível de escolaridade, os idosos com maior nível de instrução tiveram uma melhor associação com a qualidade de vida nos quatros domínios e na qualidade de vida geral, com diferença estatisticamente significativa em todos os domínios ($p < 0,001$). Os idosos que tinham uma percepção de saúde excelente/bom tiveram associação positiva com os quatro domínios e na qualidade de vida geral. Também em estudos de Rejeski e Mihalko (2001), apresentaram evidências indiretas da influência da atividade física sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde, indicando efeitos positivos do exercício sobre sintomas ligados tanto aos domínios da qualidade de vida no âmbito da saúde física, quanto na saúde mental.

Estudos de Mummery, Schofield e Caperchione (2004), com idosos de idade média 65,2 anos, relataram que os idosos considerados ativos apresentaram diferença significativa no estado de saúde mental superiores do que aqueles que foram classificados como inativos. Cassidy et. al. (2004), com 278 idosos com idade média 74,6 anos, relataram que as mulheres fisicamente ativas tem uma associação inversa com a depressão e uma associação positiva com a qualidade de vida.

No atual estudo, na atividade física de lazer, os idosos do sexo masculino apresentaram uma associação com os domínios meio ambiente e qualidade de vida geral, já as idosas apresentaram uma associação com todos os domínios, exceto no domínio relações sociais. Em achados internacionais realizados por Wendel-Vos et. al. (2003), relataram a associação de atividade física de lazer de intensidade moderada e a percepção geral de saúde, vitalidade e nos aspectos físicos; independentes da intensidade da atividade, encontraram associação nos aspectos sociais. Nos estudos de corte transversal, encontraram associação da atividade

física de lazer principalmente nos componentes de qualidade de vida físico e em cortes longitudinais associação com os componentes mentais.

Estudos internacionais e brasileiros corroboram com nossos achados, estudo realizado por Silva, Krung e Giordani (2010), (n=412), com idosos usuários do programa saúde da família ao comparar os resultados entre os usuários ativos e sedentários encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os domínios físico, ambiental e na qualidade de vida geral, sendo estes valores superiores para os usuários ativos em relação aos sedentários. Um estudo similar em Florianópolis – SC (n=198 idosas) participantes de grupo de convivência realizado por Mazo, Mota e Gonçalves (2005), apresentaram que nos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), os dois primeiros tiveram associação positiva com a atividade física, sendo que das relações sociais e do meio ambiente não tiveram relação direta com a atividade física. Acree et. al. (2006), com 112 idosos de ambos os sexos utilizando o questionário Medical Outcomes Survey Short Form-36 (MOS SF-36), relatou que os escores de qualidade de vida foi significativamente maior ($p < 0,05$) no grupo com maior atividade física. Pimenta et. al. (2008) utilizando o MOS SF-36, com 87 aposentados relatou que a prática regular de atividade física apresentou diferença com significância estatística para uma maior pontuação nos domínios “capacidade funcional”, “estado geral de saúde”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e “saúde mental. Toscano e Oliveira (2009), em estudo com 238 idosas de Aracajú – SE , concluíram que a qualidade de vida de idosas que possuem maior nível de atividade física é melhor que as de menor nível de atividade física. Koltyn (2001), em estudos com mulheres acima de 60 anos, revelaram que os níveis de atividade física apresentou uma correlação significativa ($p < 0,05$) com qualidade de vida global e do domínio da saúde física, concluíram que há uma associação entre níveis de atividade física e qualidade de vida em mulheres idosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo o propósito de conhecer o perfil da população de idosos do município de Cianorte – PR, este trabalho mostra o nível de Atividade Física de lazer e deslocamento e sua associação com a qualidade de vida. Os idosos que participaram desta investigação eram na sua maioria do sexo feminino e encontram-se na faixa dos 60-69 anos. Quanto ao nível socioeconômico, a maior concentração foi de idosos na classe C, casado/vivendo com parceiro, analfabeto/ até 3º Ens. Fundamental e aposentado. Em relação ao arranjo domiciliar, a maioria dos idosos relatou morar sozinho ou com mais uma pessoa. Com relação ao estado de saúde, a maioria dos idosos de ambos os sexos têm percepção regular de saúde. Quanto às doenças não transmissíveis, as que mais afetam os idosos são a hipertensão (mais da metade apresenta o quadro) e colesterol (menos da metade apresenta o quadro).

No que se refere à prática de atividade física habitual, menos da metade dos idosos de Cianorte – PR praticam atividade física de lazer em níveis adequados. Foram considerados ativos os idosos que realizaram um total de 150 minutos por semana. A caminhada no lazer foi à atividade mais praticada. Os homens são mais ativos que as mulheres na caminhada no lazer, na atividade física de lazer e na a atividade física de deslocamento. Através da regressão linear, verificou-se que os idosos do sexo masculino percebiam-se de modo estatisticamente significativo com melhor qualidade de vida no domínio físico, meio ambiente e qualidade de vida geral que os idosos do sexo feminino. A percepção de qualidade de vida no domínio físico é maior entre os idosos de 60 a 69 anos. Foi observado melhores classificações de qualidade de vida nos quatro domínios e na qualidade de vida geral entre os idosos com maior nível de instrução, os casados e entre os idosos com percepção de saúde excelente/bom. Aqueles com três ou mais morbidades apresentaram melhores classificações com os domínios físicos, psicológico, meio ambiente e qualidade de vida geral.

Os idosos ativos, considerando a caminhada no lazer, apresentaram melhores classificações de QV geral tanto entre homens, quanto entre as mulheres. Ao considerar os domínios específicos, os homens ativos apresentaram classificação mais elevada de QV nos domínios físico e psicológico, enquanto as mulheres ativas apresentaram associação significativa com os domínios físico, psicológico e qualidade de vida geral. Em relação à AF de lazer, classificações superiores de QV

foram observadas entre idosos ativos em todos na QV geral e nos domínios físico, psicológico e meio ambiente, tanto entre os homens quanto entre mulheres. Em relação à AF de deslocamento apenas o domínio físico da QV apresentou associação com maiores níveis de AF tanto entre homens quanto entre mulheres.

A associação entre qualidade de vida e atividade física de lazer e de deslocamento é específica para os domínios da QV e distinta entre homens e mulheres. Busca-se através desses resultados apoio das políticas públicas, para que sejam criadas estratégias estruturais e informativas, incentivando e facilitando a prática regular de atividade física dos idosos servindo de intervenção para uma melhor qualidade de vida.

Através desta pesquisa, foi possível uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Cianorte – PR, onde teve início o projeto intitulado Cianorte Vida Ativa e Saudável, com o objetivo de orientar e incentivar os idosos do município a prática da atividade física. As atividades são compostas por caminhada, alongamentos, ginásticas, instruções nas ATI's e palestras.

REFERÊNCIAS

ACREE, L. S; LONGFORS, J; FJELDSTAD, A. S; FJELDSTAD, C; SCHANK, B; NICKEL, K. J; MONTGOMERY, P. S. e GARDNER, A. W. Physical activity is related to quality of life in older adults. **Health and Quality of Life Outcomes**. v.4, n.37, p.1-6. 2006.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), 2009. Disponível em: <www.abep.org.br> Acessado em: 11/07/2009.

ALEXANDRE, T. S; CORDEIRO, R. C e RAMOS L. R. Fatores associados à qualidade de vida em idosos ativos. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.4, p. 613-621, Maio. 2009.

ASSIS, M. **Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos**. 2009. Disponível em: <<http://subjetividadedoidoso.blogspot.com>> Acessado em: 17/07/2010.

ASSUMPÇÃO, L. O. T; MORAIS, P. P. e FONTOURA, H. **Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida**. Revista Digital - Buenos Aires, v.8, n.52, Set. 2002. Disponível em: <www.efdeportes.com/efd52/saude2.htm> Acessado em: 11/07/2010.

BARBOSA, A. S. **Os benefícios do treinamento de força muscular para pessoas idosas**. 2007. 90f. Monografia (Especialização em Gerontologia), Gerontologia, Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza. 2007.

BENEDETTI, T. R. B, PETROSKI, E. L. e GONÇALVES L. T. Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados. **Rev. Bras. Cineant. Des. Hum.** v.5, n.2, p.69-74, 2003.

BENEDETTI, T. R. B. **Atividade física: uma perspectiva de promoção da saúde do idoso do Município de Florianópolis**. 2004. 255f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Filosofia, Saúde e Sociedade. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2004.

BENEDETTI, T. R. B; ANTUNES, P. C; RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R; MAZO, G. Z. e PETROSKI, E. L. Reprodutibilidade e validade do questionário internacional de atividade física (IPAQ) em homens idosos. **Rev. Bras. Med. Esporte**. v.13, n.1, p.11-16, Jan/Fev. 2007.

CABRAL, G. **Envelhecimento Ativo** (2008). Disponível em: <http://www.brasilecola.com/saude/envelhecimento.htm> Acesso em: 17/03/2010.

CABRERA, M. O processo do envelhecimento. In: _____. **Cadernos de Saúde – Conhecer a pessoa idosa**. Londrina: UEL, 1997, p. 21-32.

CALMAN, K.C. Quality of life in cancer patients: an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, v.10, n.3, p. 124-177, 1984. Disponível em: <http://jme.bmj.com/content/10/3> Acesso em: 15/09/2010.

CASPERSEN, C. J; KRISKA, A. M e DEARWATER, S. R. Physical activity epidemiology as applied to elderly populations. **Baillière's Clinical Rheumatology**. v.8, n.1, p.7-27, Fev. 1994.

CASPERSEN, C. J. PEREIRA, M. A. e CURRAN, K. M. Changes in physical activity patterns in the united states. By sex and cross-sectional age. **Medicine Science Sports Exercise**, v.32. n.9, p.1601-1609, Set. 2000.

CHACHAMOVICH, E. e FLECK, M. P. Desenvolvimento do WHOQOL - Bref. In: FLECK, M. A. e cols. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.74-82.

CARMO, N. M; MENDES, E. L e BRITO, C. J. Influência da atividade física nas atividades da vida diária de idosos. **Rev. Bras. Ciên. Envelhec. Hum.** v.5, n.2, p.16-23, Jul./Dez. 2008.

CASSIDY, K; KOTYNIA-ENGLISH, R; ACRES, J; FLICKER, L; LAUTENSCHLAGER, N. T. e ALMEIDA, O. P. Association between lifestyle factors and mental health measures among community-dwelling older women. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. v.38, p.940–947, 2004.

Centers For Disease Control and Prevention (CDC). **Public health and aging: Trends in aging - united states and worldwide** (2003). Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5206a2.htm> Acesso em: 16/10/2010.

Centers For Disease Control and Prevention (CDC). **Fact sheet for health professionals on physical activity guidelines for older adults** (2008). Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf> Acesso em: 05/09/2010.

Centers For Disease Control and Prevention (CDC). **Physical activity and health: The benefits physical activity** (2010). Disponível em: <<http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/health/index.html>> Acessado em: 05/09/2010.

CHATTERJI, S. e BICKENBACH, J. Considerações sobre a qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. e cols. **A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.40-47.

CIESLAK, F; ELSANGEDY, H. M; KRINSKI, K; BUZZACHERA, C. F; VITORINO, D. C; VILELA JÚNIOR, G. B e LEITE, N. Estudo da qualidade de vida de mulheres idosas participantes do Programa da Universidade Aberta à Terceira Idade na cidade de Ponta Grossa – PR. **Revista Digital** - Buenos Aires. v.12, n.113, Out. 2007.

CIOFFI, H; PRAXEDES, I; VARELLA, I e MESQUITA, W. **Cianorte: Sua história contada pelos pioneiros**. Maringá: Ideal, p.444, 1995.

COELHO, C. F. e BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutri.** Campinas, v.22, n.6, p.937-946, Nov./Dez. 2009.

CONTE, E. M. T, **Indicadores de qualidade de vida em mulheres idosas**. 2004. 136f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CONTE, E. M. T. Indicadores de qualidade de vida em mulheres idosas. **Rev. Bras. Cineant. Des. Hum.** v.7, n.2, p.118, 2005.

FAHEY T; INSEL, P. M; ROTH, W. T; FIT & WELL. **Core Concepts and Labs in Physical Fitness and Wellness**. Mountain View: Mayfield, ed.3, 1999.

FERRAZ, A. S. M. e MACHADO, A. A. N. Atividade física e doenças crônico-degenerativas. **Diversa**. v.1, n.1, p.25-35, Jan./Jun. 2008.

FIEDLER, M. R. M. **Prevalência de baixa capacidade funcional entre idosos residentes na zona urbana de Joaçaba, Santa Catarina**. 2005. 69f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Ciências Biológicas e Saúde) - Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2005.

FLECK, M. P. A; LOUZADA, S; XAVIER, M; CHACHAMOVICH, E; VIEIRA, G; SANTOS, L. e PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". **Rev. Saúde Pública**. v.34, n.2, p.178-183, Abr. 2000.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In:_____. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.19-28.

FLORINDO, A. A; HALLAL, P. C; MOURA, E. C. e MALTA, D. C. Prática de atividade física e fatores associados em adultos, Brasil 2006. **Rev Saúde Pública** v.43 n.2, p.65-73, 2009.

GEREZ, A. G; MIRANDA, M. L. J; CAMARA, F. M e VELARDI, M. A prática pedagógica e a organização didática dos conteúdos de educação física para idosos no projeto sênior para a vida ativa da USJT: uma experiência rumo à autonomia. **Rev. Bras. Ciên. Esp.** v.28, n.2, p.221-235, Jan. 2007.

HASKELL, W. L; LEE, I; PATE, R. R; POWELL, K. E; BLAIR, S. N; FRANKLIN, B. A; MACERA, C. A; HEATH, G. W; THOMPSON, P. D e BAUMAN. A. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med. Sci. Sports Exerc.** v.39, n.8, p.1423-1434, 2007.

HUGHES, J. P; MCDOWELL, M. A e BRODY, D. J. Leisure-time physical activity among US adults 6 or more years of age: Results from NHANESS 1999-2004. **J. Phys Act Health.** v.5, n.3, p.347-358. 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050**: 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acessado em: 18/02/2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Informações estatísticas**. (2009). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acessado em: 30/04/2010.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; TAKAYANAGUI, A. M. M; SANTOS, C. B e KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios de qualidade de vida. **Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul.** v.29, n.2, p.176-183, Mai./Ago. 2007.

KOLTYN, K. F. The Association Between Physical Activity and Quality of Life in Older Women. **Women's health issues** v.11, n.6 november/december 2001

KUNZLER, M. B. **A ressignificação da vida cotidiana a partir da aposentadoria e do envelhecimento**. 2009, 166f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Porto Alegre, 2009.

MATSUDO, S. M. M; ARAÚJO, T; MATSUDO, V; ANDRADE, D; ANDRADE, E; OLIVEIRA, L. C e BRAGGION, G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev. Bras. de Ativ. Física e Saúde**. v.6, n.2, p.05-18, 2001.

MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento e Atividade Física**. 1. ed. Londrina, PR: Midiograf, 2001.

MATSUDO, S. M. M. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.** v.20, n.5, p.135-137, Set. 2006.

MAZO, G. Z. **Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento**. 1.ed, Porto Alegre: Sulina, 2008.

MAZO, G. Z; MOTA, J. A. P. S e GONÇALVEZ, L. H. T. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. **Rev. Bras. Ciên. Envelhec. Hum.** v.2, n.1, p.115-118, Jan./Jun. 2005.

MAZO, G. Z; BENEDETTI, T. R. B; GOBBI, S; FERREIRA, L. e LOPES, M. A. Valores normativos e aptidão funcional em homens de 60 a 69 anos de idade. **Rev. Bras. Cineant. Des. Hum.** v. 12, n.5 p.316-323, 2010.

MOTA, J; RIBEIRO, J. L; CARVALHO, J e MATOS, M. G. Atividade física e qualidade de vida associada a saúde em idosos participantes e não participantes em programas reguladores de atividade física. **Rev. Bras Educ. Fís. Esp.** v.20, n.3, p.219-225, Jul/Set. 2006.

MUMMERY, K; SCHOFIELD, G. e CAPERCHIONE, C. The effects of physical activity dose-response mental health in older adults. **Aust N Z J Public Health**. v.28, p-188-192, 2004.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. 2. ed. Londrina, PR: Midiograf, 2001.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. Campinas: Papirus, 1998.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa**. 3. ed. Campinas: Papirus, 2004.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)** 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>> Acessado em: 13/09/2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Global strategy on diet, physical activity and health**. 2004. Disponível em: <www.who.int/gb/ebwha/pdf_files> Acessado em: 08/09/2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Guia Global: Cidade amiga do idoso**. 2008. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/guia_cidade_amiga_do_idoso.pdf> Acessado em: 17/08/2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks (2009)**. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf> Acessado em: 13/09/2010

Organização Mundial da Saúde (OMS) **Global recommendations on physical activity for health**, 2010a. Disponível em: <www.who.int> Acessado em: 16/10/2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Ageing**. Publicado em 2010b. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/ageing/en/>> Acessado em: 11/09/2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Our Ageing World**. 2010c. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/en/index.html>> Acessado em: 11/09/2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Physical activity and older adults: Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above**. 2010d. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/index.html> Acessado em: 11/09/2010.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Combate às doenças não transmissíveis**. 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=278>> Acessado em: 14/10/2010.

PAPALÉO-NETO, M e BORGONNOVI, N. Biologia e Teorias do Envelhecimento. In: PAPALÉO-NETO, M. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.284-296.

PARAHYBA, M. I; VERAS, R. P e MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.39, n.3, p.383-391, Jun. 2005.

PASKULIN, L. M. G. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre – RS**. 2006, 190f. Tese (Doutorado em Ciências) Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2006.

PASKULIN, L. M. G. e VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Ver. Saúde Pública**. v.41, n.5, p.756-768, 2007.

PATRICK, D. L. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: FLECK, M. P. A. e cols. **A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.29-39.

Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, 2008. To the Secretary of Health and Human Services. Part A: executive summary. **Nutrition reviews** 67, 114-120.

PIMENTA, F. A. P; SIMIL, F. F; TÔRRES, H. O. G; AMARAL, C. F. S; REZENDE, C. F; COELHO, T. O e REZENDE, N. A. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v.54, n.1, p.55-60, 2008

POWERS, S. K. e HOWLEY, E. T. **Fisiologia do Exercício: Teoria e aplicação de treinamento e performance**. 5.ed, Barueri: Manole, 2005.

POZZA, M. S; FERRARI, M. B; FERRARI, M. B; JIMENEZ, R. N e CARVALHO, R. A. Qualidade de Vida em Idosos Avaliados Através do Instrumento Genérico SF-36. **XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação** – Universidade do Vale do Paraíba. 2007. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/inic/INICG00947_01C> Acessado em: 23/08/2010.

RABACOW, F, M; GOMES, M. A; MARQUES, P e BENEDETTI, T. R. B. Questionários de medidas de atividade física em idosos. **Rev. Bras. Cineant. Des. Hum.** v.8, n.4, p. 99-106, 2006.

REJESKI, W, J. e MIHALKO, S. L. Activity and quality of life in older adults. **Gerontol A. Biol Science Med Science.** v.56, p.23-35. 2001.

SAFONS, M. P. Algumas considerações sobre envelhecimento e atividade física. **Humanidades.** v.1, n.46, p.25-33, Out. 1999.

SALVADOR, E. P. et. al. Percepção do ambiente e prática de atividade física de lazer entre idosos. **Rev. Saúde Pública.** v.43, n.6, p.972-980. Dez. 2009

SANTOS, P. L; FORONI, P. M. e CHAVES, M.C. Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento. **Medicina.** v.42, n.1 p.54-60, 2009.

Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>> Acessado em: 13/10/2010.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2006. Disponível em: <portal.saude.gov.br> Acessado em: 21/07/2009.

SILVA, C. B. D. C. A. **Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de Saúde da Família em Rio Grande/RS.** 2008. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

SILVA, V. M. **Efeitos do envelhecimento e da atividade física no comportamento locomotor:** A tarefa de descer degraus de ônibus. 2003. 114f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Motricidade) – Instituto de Biociências. São Paulo, 2003.

SILVA, E. B; KRUG, M. R e GIORDANI, M. C. Nível de atividade física e qualidade de vida dos usuários assistidos pela estratégia de Saúde da Família do Município Cruz Alta/RS. **Rev. Digital** – Buenos Aires. Año 14, n.141, Feb. 2010. Disponível em: www.efdeports.com> Acessado em: 18/10/2010.

Stat Trec. Teach yourself statistics. Disponível em: <http://stattrek.com/tables/random>> Acessado em: 07/04/2010.

TAVARES, D. M. S; DIAS, F. A; SANTOS, N. M. F; MIRANZI, S. C. S; IWAMOTO, H. H e MIRANZI, M. A. S. **61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Fatores associados com a Qualidade de Vida de homens idosos – pg.4428-4431. Dez. 2009

THOMAS, J. R e NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TOSCANO, J. J. O e OLIVEIRA, A. C. C. Atividade física, qualidade de vida e índice de massa corporal entre idosos que frequentam grupos de convivência. In: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre - RS. **Rev. Bras. Epidem.** São Paulo - SP: Abrasco, 2008.

TOSCANO, J. J. O. e OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Rev. Bras. Med. Esporte**. v.15, n.3, Mai/Jun, 2009.

TRENTINI, M. C; CHACHAMOVICH, E. e FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em idosos.. In: FLECK, M. A. e cols. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, p.218- 228. 2008

TRIBESS, S; JUNIOR, J. S. V e PETROSKI, E. L. Atividade física e aspectos sociodemográficos de mulheres idosas. **Rev. Baiana**. v.33, n.3, p.336-348, Jul/Set. 2009.

VALENTINI. M. P. **Avaliação da evolução das capacidades físicas, força e flexibilidade de idosos na cidade de Jussara – PR**. 2002. 41f. Monografia (Especialização em Treinamento Desportivo) - Educação Física, Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá, 2002.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Pelume Dumare, 1994.

VERAS, R. P; CALDAS, C. P; DANTAS, S. B; SANCHO, L. G; SICSÚ, B; MOTTA, L. B e CARDINALE, C. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev. Psiq. Clín.** v.34, n.1, p.5-12, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública.** v.43, n.3, p.548-554, Mai./Jun. 2009.

VERDERI, E. B. L. P. **O Corpo não tem Idade.** 1. ed. Jundiaí: Fontoura, 2004.

Vigitel Brasil 2008: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2009. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: Brasília. p. 114.

Vigitel Brasil 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: Brasília. p. 152.

WENDEL-VOS G. C. W; SCHUIT, A. J; TIJHUIS, M. A. e KROMHOUT, D. Leisure time physical activity and health-related quality of life: Cross-sectional and longitudinal association. 2003. Disponível em: <www.springerlink.com/content/n1r7845j42638850/> Acessado em: 22/10/2010.

WENGER, N. K; MATTSON, M. E; FURBERG, C. D. e ELINSON, J. Assesment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. **The American journal of cardiology.** v.54, n.7, p.908-913, 1984.

ZAITUNE, M. P. A; BARROS, M. B. A; CÉSAR; C. L. G; CARANDINA, L. e GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v.22, n.2, p.285-294, Fev. 2006.

ZAITUNE, M. P. A; BARROS, M. B. A; CÉSAR; C. L. G; CARANDINA, L. e GOLDBAUM, M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v.23, n.6, p.1329-1338, Jun. 2007.

ZAITUNE, M. P. A; BARROS, M. B. A; CÉSAR, C. L. G; CARANDINA, L e GOLDBAUM, M; ALVES, M. C. G. P. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v.26, n.8, p.1606-1618, Ago. 2010.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Questionário do Inquérito Domiciliar – Atividade Física e Qualidade de Vida em Idosos do Município de Cianorte



- PR



Entrevistador: _____ Data ___/___/___ Horário de Início: ___h ___min

Avaliado: _____ Setor/Posto: _____

BLOCO 1: ATIVIDADE FÍSICA

Vamos conversar sobre que tipo de **ATIVIDADE FÍSICA DE LAZER** você realiza no seu dia a dia.

Seção 1. Atividade Física no tempo livre

Vamos conversar sobre a atividade física que você realizou **a duas semanas atrás** somente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Pense somente nas atividades físicas que fez **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

Q1. Quantos **dias** por semana você faz **caminhadas** no seu **TEMPO LIVRE**?

⁰ Nenhum dia (*Pule para questão 3*)

¹ [] 1 ² [] 2 ³ [] 3 ⁴ [] 4 ⁵ [] 5 ⁶ [] 6 ⁷ [] 7

Q1. ____

Q2. Quanto tempo elas duram **POR DIA**?

_____ Minutos

Q2. ____

Q3. **Sem contar a caminhada**, quantos **dias por semana** você faz atividades físicas **MÉDIAS, no tempo livre**, que te fazem suar um pouco, ou que aceleram um pouco o seu coração? (Exemplo: nadar, pedalar em ritmo moderado, praticar esportes e etc).

⁰ Nenhum dia (*Pule para questão 5*)

¹ [] 1 ² [] 2 ³ [] 3 ⁴ [] 4 ⁵ [] 5 ⁶ [] 6 ⁷ [] 7

Q3. ____

Q4. Quanto tempo elas duram **POR DIA**?

_____ Minutos

Q4. ____

Q5. Quantos dias por semana você faz atividades físicas **FORTES, no tempo livre**, que te fazem suar bastante, ou que aceleram muito o seu coração? (Exemplo: correr, ginástica de academia, pedalar rápido)

⁰ [] 0 (*pule para a questão 7*)

¹ [] 1 ² [] 2 ³ [] 3 ⁴ [] 4 ⁵ [] 5 ⁶ [] 6 ⁷ [] 7

Q5. ____

Q6. Quanto tempo elas duram **POR DIA**?

_____ Minutos

Q6. ____

Seção 2. Atividade Física como meio de transporte

Agora vamos falar sobre como você faz para **ir e vir** de um lugar para outro (ir ou voltar do trabalho, padaria, mercado, etc.). Considere somente as atividades físicas que duram pelo menos **10 MINUTOS SEGUIDOS**.

Q7. Quantos **dias por semana** você usa a **bicicleta** para **ir OU voltar** do trabalho, escola, mercado, etc.?

⁰ [] 0 (*pule para a questão 9*)

¹ [] 1 ² [] 2 ³ [] 3 ⁴ [] 4 ⁵ [] 5 ⁶ [] 6 ⁷ [] 7

Q7. ____

Q8. Quanto tempo você **pedala POR DIA**?

_____ Minutos

Q8. ____

Q9. Quantos **dias por semana** você **vai OU volta** caminhando por pelo menos **10 minutos**, do trabalho, escola, mercado ou outro lugar?

⁰ [] 0 (*pule para a questão 11*)

¹ [] 1 ² [] 2 ³ [] 3 ⁴ [] 4 ⁵ [] 5 ⁶ [] 6 ⁷ [] 7

Q9. ____

Q10. Quanto tempo você **caminha POR DIA**?

_____ Minutos

Q10. ____

Seção 3. Tempo Sedentário

Agora vamos falar sobre o tempo que você passa sentado.

Q11. **De segunda a sexta - feira**, quanto tempo **POR DIA** você passa **sentado**, sem contar o tempo no carro ou ônibus?

_____ Minutos

Q11. ____

Q12. **No sábado e no domingo**, quanto tempo **POR DIA** você passa **sentado**, sem contar o tempo no carro ou ônibus?

_____ Minutos

Q12. ____

Seção 4. Suporte Social para Caminhada no Tempo LivreAgora vamos conversar sobre quem fez ou incentivou você a fazer **CAMINHADA** no seu tempo livre.Nos últimos **3 MESES**, com que frequência alguém **da sua FAMÍLIA**...Q13. **Fez** Caminhada com você

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q13. ____

Q14. Te **convidou** para caminhar

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q14. ____

Q15. Te **incentivou** a caminhar

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q15. ____

Nos últimos **3 MESES**, com que frequência algum **AMIGO**...Q16. **Fez** Caminhada com você

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q16. ____

Q17. Te **convidou** para caminhar

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q17. ____

Q18. Te **incentivou** a caminhar

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q18. ____

Seção 5. Suporte Social para Atividade Física no Tempo LivreAgora vamos conversar sobre quem fez ou incentivou você a fazer **ATIVIDADE FÍSICA** no seu tempo livre.Nos últimos **3 MESES**, com que frequência alguém **da sua FAMÍLIA**...Q19. **Fez** exercícios **médios** ou **fortes** com você.

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q19. ____

Q20. **Convidou** você para fazer exercícios **médios** ou **fortes**

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q20. ____

Q21. **Incentivou** você para fazer exercícios **médios** ou **fortes**

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q21. ____

Nos últimos **3 MESES**, com que frequência algum **AMIGO**Q22. **Fez** exercícios **médios** ou **fortes** com você

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q22. ____

Q23. **Convidou** você para fazer exercícios **médios** ou **fortes**

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q23. ____

Q24. **Incentivou** você para fazer exercícios **médios** ou **fortes**

°[] Nunca 1[] As Vezes 2[] Sempre

Q24. ____

BLOCO 2: AUTO AVALIAÇÃO A RESPEITO DA QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E OUTRAS ÁREAS DE SUA VIDA

Leia com atenção e responda indicando qual das afirmações mais combina com de sua qualidade de vida em relação às **duas últimas semanas**.

Q25. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

°[] Muito Ruim 1[] Ruim 2[] Nem Ruim nem Boa 3[] Boa 4[] Muito Boa.

Q25. ____

Q26. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

°[] Nada 1[] Muito Pouca 2[] Mais ou Menos 3[] Bastante 4[] Extremamente

Q26. ____

Q27. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

°[] Nada 1[] Muito Pouca 2[] Mais ou Menos 3[] Bastante 4[] Extremamente

Q27. ____

Q28. O quanto você aproveita a vida?

°[] Nada 1[] Muito Pouca 2[] Mais ou Menos 3[] Bastante 4[] Extremamente

Q28. ____

Q29. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

°[] Nada 1[] Muito Pouca 2[] Mais ou Menos 3[] Bastante 4[] Extremamente

Q29. ____

Q30. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? 0[] Nada 1[] Muito Pouca 2[] Mais ou Menos 3[] Bastante 4[] Extremamente	Q30. __
Q31. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativo)? 0[] Nada 1[] Muito Pouca 2[] Mais ou Menos 3[] Bastante 4[] Extremamente	Q31. __
Q32. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? 0[] Nada 1[] Muito Pouca 2[] Médio 3[] Muito 4[] Completamente	Q32. __
Q33. Você é capaz de aceitar sua aparência física? 0[] Nada 1[] Muito Pouca 2[] Médio 3[] Muito 4[] Completamente	Q33. __
Q34. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? 0[] Nada 1[] Muito Pouca 2[] Médio 3[] Muito 4[] Completamente	Q34. __
Q35. Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? 0[] Nada 1[] Muito Pouca 2[] Médio 3[] Muito 4[] Completamente	Q35. __
Q36. Em que medida você tem oportunidades de atividade no seu tempo livre? 0[] Nada 1[] Muito Pouca 2[] Médio 3[] Muito 4[] Completamente	Q36. __
Q37. Quão bem você é capaz de se locomover? 0[] Muito Ruim 1[] Ruim 2[] Nem Ruim nem Bem 3[] Bem 4[] Muito Bem.	Q37. __
Q38. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? 0[] Muito Insatisfeita 1[] Insatisfeita 2[] Nem Satisfeita nem Insatisfeita 3[] Satisfeita 4[] Muito Satisfeita	Q38. __
Q39. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? 0[] Muito Insatisfeita 1[] Insatisfeita 2[] Nem Satisfeita nem Insatisfeita 3[] Satisfeita 4[] Muito Satisfeita	Q39. __
Q40. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho? 0[] Muito Insatisfeita 1[] Insatisfeita 2[] Nem Satisfeita nem Insatisfeita 3[] Satisfeita 4[] Muito Satisfeita	Q40. __
Q41. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? 0[] Muito Insatisfeita 1[] Insatisfeita 2[] Nem Satisfeita nem Insatisfeita 3[] Satisfeita 4[] Muito Satisfeita	Q41. __
Q42. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? 0[] Muito Insatisfeita 1[] Insatisfeita 2[] Nem Satisfeita nem Insatisfeita 3[] Satisfeita 4[] Muito Satisfeita	Q42. __
Q43. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? 0[] Muito Insatisfeita 1[] Insatisfeita 2[] Nem Satisfeita nem Insatisfeita 3[] Satisfeita 4[] Muito Satisfeita	Q43. __
Q44. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? 0[] Muito Insatisfeita 1[] Insatisfeita 2[] Nem Satisfeita nem Insatisfeita 3[] Satisfeita 4[] Muito Satisfeita	Q44. __
Q45. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? 0[] Muito Insatisfeita 1[] Insatisfeita 2[] Nem Satisfeita nem Insatisfeita 3[] Satisfeita 4[] Muito Satisfeita	Q45. __
Q46. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? 0[] Muito Insatisfeita 1[] Insatisfeita 2[] Nem Satisfeita nem Insatisfeita 3[] Satisfeita 4[] Muito Satisfeita	Q46. __
Q47. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? 0[] Muito Insatisfeita 1[] Insatisfeita 2[] Nem Satisfeita nem Insatisfeita 3[] Satisfeita 4[] Muito Satisfeita	Q47. __
Q48. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? 0[] Nunca 1[] Algumas Vezes 2[] Frequentemente 3[] Muito Frequentemente 4[] Sempre	Q48. __
Q49. O quanto você consegue se concentrar? 0[] Nada 1[] Muito Pouco 2[] Mais ou Menos 3[] Bastante 4[] Extremamente	Q49. __

APÊNDICE B – DIÁRIO DE CAMPO

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PILOTO

Questionário do Inquérito Domiciliar – Atividade Física e Qualidade de Vida em Idosos do Município de Cianorte –

PR



Entrevistador: _____ Data ____/____/____ Horário: ____ h ____ min

I – Fatores relacionados à Saúde

As questões de 01 a 09 referem-se à percepção do seu nível de saúde atual.

1. O(a) Sr (a) classificaria seu estado de saúde como:

- Excelente Bom Regular
 Ruim Não sabe Não quis informar

2. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr (a) tem pressão alta?

- Sim Não Não lembra

3. E diabetes?

- Sim Não Não lembra

4. E infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC) ?

- Sim Não Não lembra

5. E colesterol ou triglicérides elevado?

- Sim Não Não lembra

6. E osteoporose (doença – fraqueza dos ossos) ?

- Sim Não Não lembra

7. Existe perto de sua casa algum lugar para fazer caminhada, realizar exercícios ou praticar esportes?

- Sim Não (pule para questão 10)

8. Este lugar é: (anotar o mais acessível)

- Um clube Academia da Terceira Idade – ATI
 Uma praça ou uma rua ou um parque
 Ginásio de esportes Uma academia
 Centro de convivência da Terceira Idade.

9. Este lugar é:

- Público Tem que pagar

II – Atividade Física

Atividade Física no Tempo Livre

10. Quantos dias por semana você faz **caminhadas** no seu **TEMPO LIVRE**?

0 Nenhum dia (Pule para questão 12)

- 1 2 3 4 5 6 7

11. Quanto tempo elas duram **POR DIA**?

minutos 99 não informou ou não sabe

12. **Sem contar a caminhada**, quantos dias por semana você faz atividades físicas **MÉDIAS, no tempo livre**, que te fazem suar um pouco, ou que aceleram um pouco o seu coração ?

Exemplo: nadar, pedalar em ritmo moderado, praticar esportes e etc.

0 Nenhum dia (Pule para questão 14)

- 1 2 3 4 5 6 7

13. Quanto tempo elas duram **POR DIA**?

minutos 99 não informou ou não sabe

14. Quantos dias por semana você faz atividades físicas **FORTES, no tempo livre**, que te fazem suar bastante, ou que aceleram muito o seu coração?

Exemplo: correr, ginástica de academia, pedalar rápido...

0 Nenhum dia (Pule para questão 16)

- 1 2 3 4 5 6 7

15. Quanto tempo elas duram **POR DIA**?

minutos 99 não informou ou não sabe

Atividade Física de Transporte

Agora vamos falar sobre como você faz para **ir e vir** de um lugar para outro (ir ou voltar do trabalho, escola, mercado, etc.). Considere somente as atividades físicas que duram pelo menos **10 MINUTOS SEGUIDOS**.

16. Quantos dias por semana você usa a **bicicleta** para **ir OU voltar** do trabalho, escola, mercado, etc.?

0 Nenhum dia (Pule para questão 18)

- 1 2 3 4 5 6 7

17. Quanto tempo você **pedala POR DIA**?

minutos 99 não informou ou não sabe

18. Quantos dias por semana você **vai OU volta** caminhando por pelo menos **10 minutos**, do trabalho, escola, mercado ou outro lugar?

0 Nenhum dia (Pule para questão 20)

- 1 2 3 4 5 6 7

19. Quanto tempo você caminha **POR DIA**?

minutos 99 não informou ou não sabe

Tempo Sedentário

Agora vamos falar sobre o tempo que você passa sentado

20. **De segunda a sexta - feira**, quanto tempo **POR DIA** você passa **sentado**, sem contar o tempo no carro ou ônibus?

minutos 99 não informou ou não sabe

21. **No sábado e no domingo**, quanto tempo **POR DIA** você passa **sentado**, sem contar o tempo no carro ou ônibus?

minutos 99 não informou ou não sabe

Suporte Social para Caminhada no Tempo Livre

Nos últimos 3 MESES, com que frequência alguém da sua FAMÍLIA...

	nunca	às vezes	Sempre
22. Fez Caminhada com você	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
23. Te convidou para caminhar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
24. Te incentivou a caminhar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Nos últimos 3 MESES, com que frequência algum AMIGO...

	nunca	às vezes	Sempre
25. Fez Caminhada com você	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
26. Te convidou para caminhar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
27. Te incentivou a caminhar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Suporte Social para Atividades Físicas no Tempo Livre

Nos últimos 3 MESES, com que frequência alguém da sua FAMÍLIA...

	nunca	às vezes	Sempre
28. Fez exercícios médios ou fortes com você	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
38. Convidou você para fazer exercícios médios ou fortes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
29. Incentivou você para fazer exercícios médios ou fortes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Nos últimos 3 MESES, com que frequência algum AMIGO...

	nunca	às vezes	Sempre
30. Fez exercícios médios ou fortes com você	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
31. Convidou você para fazer exercícios médios ou fortes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
32. Incentivou você para fazer exercícios médios ou fortes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

III - Auto Avaliação a Respeito da Qualidade de Vida, Saúde e outras Áreas de sua Vida

Ouçã com atenção e responda indicando qual das afirmações mais combina com respeito de sua qualidade de vida.

33. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- Muito Ruim Ruim
 Nem Ruim nem Boa Boa
 Muito Boa.

34. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

- Nada Muito Pouca
 Mais ou Menos Bastante
 Extremamente.

35. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

- Nada Muito Pouca
 Mais ou Menos Bastante
 Extremamente.

36. O quanto você aproveita a vida?

- Nada Muito Pouca
 Mais ou Menos Bastante
 Extremamente.

37. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

- Nada Muito Pouca
 Mais ou Menos Bastante

Extremamente.

38. O quanto você consegue se concentrar?

- Nada Muito Pouca
 Mais ou Menos Bastante
 Extremamente.

39. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

- Nada Muito Pouca
 Mais ou Menos Bastante
 Extremamente.

40. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativo)?

- Nada Muito Pouca
 Mais ou Menos Bastante
 Extremamente.

41. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

- Nada Muito Pouca
 Médio Muito
 Completamente.

42. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

- Nada Muito Pouca
 Médio Muito
 Completamente.

43. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

- Nada Muito Pouca
 Médio Muito
 Completamente.

44. Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

- Nada Muito Pouca
 Médio Muito
 Completamente.

45. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

- Nada Muito Pouca
 Médio Muito
 Completamente.

46. Quão bem você é capaz de se locomover?

- Muito Ruim Ruim
 Nem Ruim nem Bem Bem
 Muito Bem.

47. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

- Muito Insatisfeita Insatisfeita
 Nem Satisfeita nem Insatisfeita
 Satisfeita Muito Satisfeita.

48. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

- Muito Insatisfeita Insatisfeita
 Nem Satisfeita nem Insatisfeita
 Satisfeita Muito Satisfeita.

49. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?

- Muito Insatisfeita Insatisfeita
 Nem Satisfeita nem Insatisfeita
 Satisfeita Muito Satisfeita.

50. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

- Muito Insatisfeita Insatisfeita
 Nem Satisfeita nem Insatisfeita
 Satisfeita Muito Satisfeita.

51. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

- Muito Insatisfeita Insatisfeita
 Nem Satisfeita nem Insatisfeita
 Satisfeita Muito Satisfeita.

52. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

- Muito Insatisfeita Insatisfeita
- Nem Satisfeita nem Insatisfeita
- Satisfeita Muito Satisfeita.

53. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

- Muito Insatisfeita Insatisfeita
- Nem Satisfeita nem Insatisfeita
- Satisfeita Muito Satisfeita.

54. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

- Muito Insatisfeita Insatisfeita
- Nem Satisfeita nem Insatisfeita
- Satisfeita Muito Satisfeita.

55. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

- Muito Insatisfeita Insatisfeita
- Nem Satisfeita nem Insatisfeita
- Satisfeita Muito Satisfeita.

56. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

- Muito Insatisfeita Insatisfeita
- Nem Satisfeita nem Insatisfeita
- Satisfeita Muito Satisfeita.

57. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

- Nunca Algumas Vezes
- Frequentemente Muito Frequentemente
- Sempre.

IV - Informações Sócio-demográficas

58. Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ____
Sexo: Feminino Masculino

59. Peso: _____ Kg
Estatura: _____

60. Estado Civil:
 Solteiro Casado/vivendo com parceiro
 Viúvo Divorciado/separado

61. Você tem filhos?
 Sim Não (*Pule para a questão 63*)

62. Quantos?
 1 2 3 4 5 6 ≥ 7

63. Quantas pessoas vivem com o (a) Sr (a) na mesma residência?
 Mora só Só o cônjuge + filhos
 + netos outros _____

QUANTOS destes itens que você possui em casa?
(indique também se possui empregada):

64. TV em cores

65. Banheiro

66. Automóvel

67. Vídeo cassete/DVD

68. Máquina de lavar roupa

69. Rádio ou rádio relógio

70. Geladeira

71. Freezer ou Geladeira Duplex

72. Empregada mensalista

73. Qual é o seu nível de escolaridade?

- Fundamental **IN**completo Fundamental completo
- Ensino médio **IN**completo Ensino médio completo
- Superior **IN**completo Superior completo

74. Qual é a sua ocupação atual?

- Aposentado, mas trabalha Só aposentado
- Só dona de casa Pensionista

Apenas Observar e Anotar

75. Qual a cor da pele do avaliado?

- Branca Preta Parda Amarela Indígena

Muito obrigado em participar em nossa pesquisa.
Bom dia / Boa tarde.

Horário Final: _____ h _____ min

ENDEREÇO COMPLETO

(VER O NOME DA RUA E CEP NA PLACA DO POSTE)

Favor preencher cada quadrado com apenas uma letra de forma **grande e legível**:

Rua:

Número:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bairro:

Observações gerais:

APÊNDICE D – ANÁLISE DO PILOTO

INTRODUÇÃO

Em 2000, a população mundial de indivíduos com idade acima de 65 anos foi de cerca de 420 milhões, aumento de 9,5 milhões de 1999 (Kinsella e Velkoff, 2001 apud CDC, 2003). Durante 2000 - 2030, a população mundial com idade acima de 65 anos deverá aumentar em cerca de 550 à 973 milhões conforme o Censo de Boreau – US (2000 apud CDC, 2003), e projeções mostram aumento de 6,9% para 12,0% em nível mundial, de 15,5% para 24,3% na Europa, de 12,6% para 20,3% na América do Norte e de 5,5% para 11,6% na América Latina e do Caribe (KINSELLA e VELKOFF, 2001 apud CDC, 2003).

Os maiores aumentos no número absoluto de pessoas mais velhas irão ocorrer nos países em desenvolvimento. De acordo com o Censo de Boreau – US (2000 apud CDC, 2003), durante 2000 - 2030, o número de pessoas com mais de 65 anos nos países em desenvolvimento deve triplicar, passando de aproximadamente 249 milhões em 2000 para uma estimativa de 690 milhões em 2030. A parcela de população mundial a mais de 65 anos deverá aumentar de 59% para 71% conforme Kinsella e Velkoff (2001 apud CDC, 2003).

De acordo com Alexandre, Cordeiro e Ramos (2009), para atravessar esta transição demográfica, as políticas de promoção da saúde incentivam os idosos a se manterem ativos e independentes para que ocorra efeito positivo na qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), considera o envelhecimento ativo como um processo de vida moldado por vários fatores que, isoladamente ou em conjunto, favorecem a saúde, a participação e a segurança de idosos.

Para Benedetti et. al. (2007), observa-se a necessidade de serem elaboradas estratégias e ações em prol da promoção de saúde coletiva que incluam atividade física e formas de quantificá-la. A atividade física é importante componente de estilo de vida saudável, principalmente pela evidência de diversos benefícios à saúde. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e o Instituto Karolinska, na Suécia, reuniram pesquisadores com a finalidade de desenvolver e testar um instrumento que permitisse obter medidas de atividades físicas que fossem internacionalmente comparáveis. Com tal objetivo, foi proposto o Questionário

Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*), validado em 12 países e 14 centros de pesquisa.

Em relação ao instrumento para avaliar a qualidade de vida, Chachamovich e Fleck (2008), descrevem que o WHOQOL – Bref é uma alternativa de instrumento genérico de aferição de qualidade de vida de curta extensão, aplicável a uma larga variedade de populações.

Entretanto, pouco se conhece sobre a reprodutibilidade de utilização desses instrumentos juntos.

MÉTODOS

Este estudo faz parte do projeto “Atividade Física e Qualidade de Vida em Idosos do Município de Cianorte” e foi aprovado pelo Comitê de Ética para Seres Humanos da UNIPAR, (protocolo: 18441); todos os idosos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi constituída por 50 idosos, de diversos bairros da cidade.

Para a coleta dos dados foi aplicado um Questionário, contendo quatro partes: Nível de Atividade Física (IPAQ – Modo de Lazer e Deslocamento – 2 últimas semanas); Qualidade de Vida (WHOQOL – Bref da Organização Mundial da Saúde); Fatores de Risco (Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL) e Aspectos Sociodemográficos.

Diante disso, foi elaborado um questionário composto por 75 questões que reuniu os itens mencionados acima com o objetivo de analisar a associação entre Atividade Física de Lazer e Deslocamento e Qualidade de Vida dos idosos residentes no município de Cianorte.

O questionário foi aplicado duas vezes (testetereste), com intervalo de 7 dias, na forma de entrevista individual, para obter informações quanto à estabilidade de suas medidas. Para a análise da reprodutibilidade testetereste do IPAQ, foi efetuada a Correlação Intraclasse (R), Intervalo de Confiança (IC) e Índice Kappa. Os escores de qualidade de vida (QV) foram computados para cada um dos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Os escores de qualidade de vida (QV) foram computados para cada um dos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), e como análise estatística a Correlação Intraclasse (R) e Intervalo de Confiança(IC).

A análise dos dados foi realizada através do pacote estatístico *SPSS*, versão 17.0, sendo considerado o nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentados os resultados de concordância e índices Kappa da reprodutibilidade do instrumento.

Tabela 1: Valores de correlação intraclassa, intervalo de confiança, índice Kappa e nível de significância para o teste de reprodutibilidade do questionário IPAQ

Atividade Física de Lazer	R	IC	P
Quantos dias por semana você faz caminhadas no seu TEMPO LIVRE?	0,92	0,86	0,95 <0,001
Quanto tempo elas duram por dia?	0,60	-0,09	0,86 0,04
Sem contar a caminhada, quantos dias por semana você faz atividades físicas médias, no tempo livre, que te fazem suar um pouco, ou que aceleram um pouco o seu coração ?	0,51	0,14	0,72 <0,001
Quanto tempo elas duram por dia?	0,71	-0,46	0,94 0,06
Quantos dias por semana você faz atividades físicas FORTES, no tempo livre, que te fazem suar bastante, ou que aceleram muito o seu coração?	0,83	0,70	0,90 <0,001
Quanto tempo elas duram por dia?	0,82	-5,95	1,00 0,15
AF lazer (3 categorias)			Kappa = 0,57 (p<0,001)
AF lazer (2 categorias)			Kappa = 0,68 (p<0,001)
Caminhada no Lazer			
Quantos dias por semana você faz caminhadas no seu TEMPO LIVRE?	0,92	0,86	0,95 <0,001
Quanto tempo elas duram por dia?	0,60	-0,09	0,86 0,04
Caminhada no Lazer (3 categorias)			Kappa = 0,66 (p<0,001)
Caminhada no Lazer (2 categorias)			Kappa = 0,62 (p<0,001)
Atividade Física de transporte			
Quantos dias por semana você usa a bicicleta para ir ou voltar do trabalho, escola, mercado, etc.?	0,83	0,70	0,91 <0,001
Quanto tempo você pedala por dia?	0,83	0,71	0,91 <0,001
Quantos dias por semana você vai ou volta caminhando por pelo menos 10 minutos, do trabalho, escola, mercado ou outro lugar?	0,79	0,63	0,88 <0,001
Quanto tempo você caminha por dia?	0,42	-0,16	0,71 0,06
AF transporte (3 categorias)			Kappa = 0,57 (p<0,001)
AF transporte (2 categorias)			Kappa = 0,40 (p<0,001)

Ainda de acordo com a Tabela 1, em relação a atividade física de lazer (3 categorias), os resultados Kappa=0,57 (p<0,001), para atividade física de lazer (2 categorias) Kappa=0,68 (p<0,001). Quanto a atividade física de caminhada no lazer (3 categorias), os escores apresentaram Kappa=0,66 (p<0,001), e para a caminhada no lazer (2 categorias) Kappa=0,62 (p<0,001). Nas questões referentes à atividade física de transporte (3 categorias) os resultados encontrados foram de K=0,57 (p<0,001) e para atividade física de transporte (2 categorias) K=0,40 (p<0,001).

Os escores de qualidade de vida (QV) foram computados para cada um dos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Segue abaixo a Tabela com os respectivos dados:

Tabela 2: Valores de correlação intraclasse, intervalo de confiança, e nível de significância para o teste de reprodutibilidade do questionário WHOQOL Bref.

Domínio Físico	R	IC		P
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	0,78	0,62	0,88	<0,001
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	0,72	0,71	0,91	<0,001
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	0,51	0,14	0,72	0,007
Quão bem você é capaz de se locomover?	0,88	0,79	0,93	<0,001
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	0,62	0,32	0,78	<0,001
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	0,77	0,60	0,87	<0,001
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	0,34	-0,17	0,62	0,078
Total do domínio	0,78	(IC95%: 0,61 - 0,88),		p<0,001
Domínio Psicológico				
O quanto você aproveita a vida?	0,76	0,58	0,86	<0,001
O quanto você consegue se concentrar?	0,63	0,35	0,79	<0,001
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	0,49	0,09	0,71	0,011
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	0,63	0,36	0,79	<0,001
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	0,83	0,71	0,91	<0,001
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	0,77	0,60	0,87	<0,001
Total do domínio	0,83	(IC95%:0,70 - 0,90),		p<0,001
Domínio Relações Sociais				
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	0,59	0,27	0,77	<0,001
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	0,54	0,19	0,74	0,004
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	0,88	0,79	0,93	<0,001
Total do domínio	0,68	(IC95%:0,44 - 0,82),		p<0,001
Domínio Meio Ambiente				
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	0,21	-0,39	0,55	0,203
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	0,66	0,40	0,81	<0,001
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	0,91	0,84	0,95	<0,001
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	0,70	0,47	0,83	<0,001
Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	0,52	0,15	0,73	0,006
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	0,83	0,69	0,90	<0,001
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativo)?	0,37	-0,10	0,65	0,052
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	0,64	0,37	0,80	<0,001
Total do domínio	0,80	(IC95%: 0,64 - 0,89),		p<0,001

No Domínio Físico, os resultados de correlação (R) apresentaram 0,78 (excelente concordância) e um intervalo de confiança (IC) de 95% (0,61 – 0,88) apresentando uma diferença estatisticamente significativa de p<0,001. Sendo a questão que apresentou um menor valor foi a questão "Quão satisfeito você está com sua capacidade de trabalho?" R=0,34. No Domínio Psicológico, os escores apresentaram R=0,83, (IC 95% 0,70–0,90), p<0,001 sendo o domínio que

apresentou maior correlação e a questão que apresentou uma menor correlação foi a questão "Quão satisfeito você está consigo mesmo?" $R=0,49$. O Domínio Relações Sociais foi o que apresentou menor correlação $R=0,68$ (IC 95% 0,44 – 0,82), $p<0,001$, sendo que a questão que apresentou menor concordância ($R=59$) foi a questão "Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais? (amigos, parentes, conhecidos)". No Domínio Meio Ambiente os resultados encontrados foram de $R=0,80$ (IC 95% 0,64 – 0,89), $p<0,001$, sendo considerado um excelente resultado, no entanto a questão "Quão seguro você se sente em sua vida? " apresentou uma correlação não muito favorável ($R=0,21$).

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo indicam que o Questionário formulado com as questões do questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), WHOQOL Bref, VIGITEL e questões de Aspectos Sociodemográficos apresentam uma boa reprodutibilidade de forma que a maioria das questões apresentou correlação adequada.

ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR

Reconhecida pela Portaria - MEC Nº 1580, DE 09/11/93 - D.O.U. 10/11/93

Mantenedora: Associação Paranaense de Ensino e Cultura - APEC

**DIRETORIA EXECUTIVA DE GESTÃO DA PESQUISA E DA PÓS GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE PESQUISA E INICIAÇÃO CIÊNCIA - COPIC**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPEH)



CERTIFICADO

Certificamos que o projeto "ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CIANORTE – PR", protocolo 18441/2009, sob a responsabilidade de MEIRE PEREIRA VALENTINI, está de acordo com os Princípios éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UNIPAR (CEPEH/UNIPAR) em reunião realizada em 30/11/2009. Este certificado expira em 30/11/2010.

We certify that the project "ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CIANORTE – PR", protocol 18441/2009, in the responsibility of MEIRE PEREIRA VALENTINI, is in agreement with the Ethical Principles in Human adopted by the National Council of Research Ethics (CONEP), and resolution 196/96 of the Ministry of Health, and was approved by the ETHICAL COMMITTEE FOR HUMAN RESEARCH OF UNIPAR (CEPEH/UNIPAR) in 11/30/2009. Expiration date: 11/30/2010.

UMUARAMA - PR, 04/09/2010.

Prof. Msc. Nelton Anderson Bespalez Corrêa
Presidente CEPEH/UNIPAR

Dayane Aparecida Fagiolo
Secretária CEPEH/UNIPAR

ANEXO B – OFÍCIO CIRCULAR



MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

Ofício nº 35/2010.

Cianorte, 15 de março de 2010.

Senhor Reverendo.

Solicito a gentileza de V.Rev. em divulgar nesta r. paróquia, bem como nas demais paróquias desta Cidade, que, na 2ª quinzena do mês de março do corrente ano, as agentes municipais de saúde do município de Cianorte, estarão realizando pesquisa com pessoas acima de 60 anos de idade, visando avaliar a qualidade de vida na terceira idade. Tais agentes estarão uniformizadas e com crachá de identificação, tendo como coordenadora a Mestre e Professora em Educação Física, Srta Meire Valentini, tendo o apoio do Ministério Público da Vara do Idoso.

Desde já agradeço sua colaboração.

Elaine Cristina de Lima
Promotora de Justiça

ILUSTRÍSSIMO SENHOR
CARLOS ALBERTO FIGUEREDO
MD PADRE DA PARÓQUIA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO



UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR

Reconhecida pela Portaria - MEC Nº 1580, DE 09/11/93 - D.O.U. 10/11/93

Mantenedora: Associação Paranaense de Ensino e Cultura - APEC

DIRETORIA EXECUTIVA DE GESTÃO DA PESQUISA E DA PÓS GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE PESQUISA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA - COPIC



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPEH)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Nome da Pesquisa...:

ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE
CIANORTE – PR

Pesquisador(es)...:

Meire Pereira Valentini, Rodrigo Siqueira Reis

Orientador.....:

Para a realização desta pesquisa, eu (participante da pesquisa e/ou responsável por um participante) serei submetido a realização dos seguintes procedimentos:

responderei um questionário aplicado por um avaliador sobre qualidade de vida e atividade física, totalizando 75 questões que abrangem conteúdos de lazer, atividade física, transporte e saúde.

Riscos.....: Não haverá risco.

Após ler e receber as explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

- 1 - Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- 2 - Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de permitir minha participação ou de qualquer indivíduo sob minha responsabilidade de estudo;
- 3 - Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

Declaro por meio deste, estar ciente do exposto e concordar com minha participação na pesquisa, assim como qualquer indivíduo sob minha responsabilidade.

Nome do voluntário/Responsável: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura: _____, ____/____/____

Eu MEIRE PEREIRA VALENTINI, declaro por meio deste que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante e/ou responsável.

RG: 51197992

CPF: 029.920.809-50

Assinatura do pesquisador: _____, ____/____/____