

RICARDO RODRIGUES VIEIRA

**EXERCÍCIOS FÍSICOS AERÓBIOS E ANERÓBIOS NA
BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA EM CLUBES E
ACADEMIAS DE CAMPINAS-SP**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

CAMPINAS, 2002

RICARDO RODRIGUES VIEIRA



**EXERCÍCIOS FÍSICOS AERÓBICOS E ANERÓBICOS NA
BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA EM CLUBES E
ACADEMIAS DE CAMPINAS-SP**

Monografia apresentada
com requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel
em Esportes curso de
bacharelado na Faculdade de
Educação Física da UNICAMP
sob a orientação do Prof. Dr.
Miguel de Arruda.

CAMPINAS, 2002

AGRADECIMENTOS

Faço questão de realizar esses agradecimentos porque não poderia estar redigindo este texto se não pudesse ter contado com a colaboração de um universo de pessoas que em todos os momentos que precisei, estavam presentes para estender uma mão amiga e colaborar no que fosse possível e também muito dispostas para comemorarmos juntos as vitórias conquistadas.

Peço desculpas se não me recordar de algum nome neste momento, mas gostaria de dar o meu "MUITO OBRIGADO", começando pelos mais próximos. Primeiro para meus pais que proporcionaram esta minha jornada até aqui com muito esforço, abrindo mão de muitos luxos para dar sempre o melhor possível para mim. Depois para todos os familiares como irmão, tios e tias, minha querida avó.

Gostaria de dar meus sinceros agradecimentos à Profa. Dra. Mariângela Gagliardi Caro Salvi que ministrou com grande dedicação e ao meu orientador, o Prof. Dr. Miguel de Arruda que sempre que precisei estava disponível para solucionar problemas.

Não poderia esquecer minha querida namorada Camila que também colaborou muito na elaboração deste trabalho.

Fico devendo à Ana Paula Vicentin pela grande colaboração na aplicação dos questionários no clube em que foi realizada a pesquisa.

Para finalizar, a turma 98 noturno também merece um agradecimento especial juntamente com um dos mais sinceros dos amigos, Armando Neto.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	02
2. REFERENCIAL TEMÁTICO.....	08
2.1 Identificação de sedentários.....	08
2.2. Atividade física e exercício físico.....	08
2.3. Exercício anaeróbio.....	09
2.4. Exercício aeróbio.....	11
2.5. Aptidão física.....	12
2.6 Doenças.....	12
2.6.1 Doenças não infecciosas (crônico degenerativas).....	14
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo geral.....	15
3.2 Objetivo específico.....	15
4. METODOLOGIA.....	16
4.1 Consentimento informado.....	17
4.2 Qualificação dos entrevistadores.....	17
4.3 Procedimentos de aplicação.....	17
4.4 Divisão dos grupos entrevistados.....	17
5. A ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO WHOQOL – BREF.....	19
6. RESULTADOS.....	21
6.1 Resultado da somatória dos valores de cada questão dos entrevistados em cada domínio.....	25
6.2 Resultado da somatória dos valores de todas questões dos entrevistados em cada domínio.....	29
6.3 Resultado das questões 1 e 2.....	33
6.4 Relação total das questões comparadas entre o grupo 1 e o grupo 2.....	36
7. CONCLUSÃO.....	39
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
9. ANEXOS.....	42
ANEXO 1.....	42
ANEXO 2.....	47
ANEXO 3.....	48

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Obtenção de energia através da quebra do ATP (WEINECK , 2000)...	09
FIGURA 2 – Reabastecimento do ATP através da reserva de fosfato de creatina (WEINECK, 2000).....	10
FIGURA 3 - Participação percentual dos diversos substratos energéticos no fornecimento de energia, adaptado (Keul/Doll/Keppler 1969).....	11
FIGURA 4 – Obtenção aeróbia de energia – processo oxidativo (WEINECK, 2000).....	12
FIGURA 5 – Ordenação crescente dos resultados de toda amostra populacional da pesquisa em relação ao Domínio Físico (Q3+Q4+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18).....	21
FIGURA 6 – Ordenação crescente dos resultados de toda amostra populacional da pesquisa em relação ao Domínio Psicológico (Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+Q26).....	22
FIGURA 7 – Ordenação crescente dos resultados de toda amostra populacional da pesquisa em relação ao Domínio Social (Q20+Q21+Q22).....	23
FIGURA 8 – Ordenação crescente dos resultados de toda amostra populacional da pesquisa em relação ao Domínio Meio Ambiente (Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25).....	24
FIGURA 9 – Relação da somatória das respostas do total de entrevistados de cada grupo das questões pertencentes ao Domínio Físico.....	25
FIGURA 10 – Relação da somatória das respostas do total de entrevistados de cada grupo das questões pertencentes ao Domínio Psicológico.....	26
FIGURA 11– Relação da somatória das respostas do total de entrevistados de cada grupo das questões pertencentes ao Domínio Social.....	27
FIGURA 12– Relação da somatória das respostas do total de entrevistados de cada grupo das questões pertencentes ao Domínio Meio Ambiente.....	28
FIGURA 13 - Relação dos resultados gerais obtidos através da soma das respostas de todas as questões do total de entrevistados em cada grupo em relação ao Domínio Físico (Q3+Q4+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18 de 1 a 30).....	29
FIGURA 14 - Relação dos resultados gerais obtidos através da soma das respostas de todas as questões do total de entrevistados em cada grupo em relação ao Domínio Psicológico (Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+Q26 de 1 a 30).....	30
FIGURA 15 - Relação dos resultados gerais obtidos através da soma das respostas de todas as questões do total de entrevistados em cada grupo em relação ao Domínio Social (Q20+Q21+Q22 de 1 a 30).....	31

FIGURA 16 - Relação dos resultados gerais obtidos através da soma das respostas de todas as questões do total de entrevistados em cada grupo em relação ao Domínio Meio Ambiente (Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25 de 1 a 30).....	32
FIGURA 17 – Ordenação crescente dos resultados de toda amostra da pesquisa em relação as questão 1 e 2 (Q1+ Q2).....	33
FIGURA 18 – Relação da somatória das respostas do total de entrevistados de cada grupo das questões 1 e 2.....	34
FIGURA 19 – Relação dos resultados gerais obtidos através da soma das respostas das questões 1 e 2 do total de entrevistados de cada grupo.....	35
FIGURA 20 – Relação total das questões comparadas entre os dois grupos.....	36
FIGURA 21 – Percentual das questões com resultado predominante.....	37
FIGURA 22 – Porcentagem total da pesquisa obtida através da somatória das respostas de todas as questões utilizando 100% da amostra.....	38
FIGURA 23 – Tabela comparativa dos resultados das porcentagens obtidas na pesquisa.....	40

RESUMO

Neste trabalho tem-se o objetivo de constatar como a prática de atividade física auxilia na busca da qualidade de vida considerando que, para o WHOQOL-GROUP (1994), que é o grupo responsável pelo desenvolvimento do questionário WHOQOL pertencente a Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) é indispensável que o indivíduo trabalhe os domínios físicos e psicológicos, e as relações sociais e com meio ambiente. A pesquisa foi aplicada em pessoas que freqüentam o clube Sociedade Hípica de Campinas (S.H.C.), em dois diferentes ambientes, tanto no espaço físico como no tipo de atividade física realizada. Foram analisados praticantes de exercícios predominantemente aeróbios que se exercitam na pista de atletismo em volta do lago da S.H.C. e também praticantes de exercícios predominantemente anaeróbios que realizam suas sessões de treinamento no setor de musculação e ergometria da S.H.C.. Homens e mulheres entre 18 e 60 anos de idade foram entrevistados por um instrumento para medição da qualidade de vida denominado WHOQOL-BREF (1998), onde WHOQOL significa *The World Health Organization Quality of Life*. É um questionário composto por 26 questões com respostas de múltipla escolha elaborado pela Organização Mundial de Saúde que foi traduzido para o português por Marcelo Pio de Almeida Fleck em 1998. Observando-se as respostas dos questionários, concluiu-se uma superioridade em relação aos padrões de Qualidade de Vida dos indivíduos que realizam regularmente exercícios predominantemente anaeróbios (Grupo 1) alcançando 82,51% do padrão máximo comparando com indivíduos que realizaram exercícios predominantemente aeróbios (Grupo 2) alcançando 80,64%.

1. INTRODUÇÃO

O termo qualidade de vida não tem um único significado podendo ser definido de várias maneiras, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Este termo, de acordo com o WHOQOL-GROUP (1998) é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de **saúde** e às intervenções médicas. Para Lipp e Rocha (1994), entende-se que a **Qualidade de Vida** é boa e compensadora em pelo menos quatro quadrantes: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde.

De acordo com o Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (1998) e o Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS, entende-se:

“... qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Dessa forma, diferentemente de outros instrumentos utilizados para avaliação de qualidade de vida, este questionário baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (p.ex.mobilidade) e negativas (p.ex.dor)” (WHOQOL GROUP, 1994)

De acordo com o conceito acima, a **definição de Qualidade de Vida** pode ser difícil de ser conceituado, mas os fatores que levam a essa definição são os mesmos. Portanto existe um consenso da idéia de que a combinação de vários fatores que determinam e moldam a Qualidade de Vida e diferenciam o cotidiano do ser humano tais 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 (NAHAS, 2001).

Desta maneira fica fácil entender o conceito de **Qualidade de Vida**, mas é difícil defini-lo de forma objetiva:

“A condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano” (NAHAS, 2001, p-5).

Tendo este conceito em mãos podemos observar que **Qualidade de Vida** não se resume ao que muitos pensam que é somente ter saúde e possuir muitos bens materiais, mas sim estar feliz com o estilo de vida que possui, se relacionar bem com as pessoas ao redor, ter satisfação no cotidiano, possuir realização pessoal, possuir opções de lazer, e percepção de bem estar geral.

A **inatividade física** representa uma causa importante de debilidade, de reduzida qualidade de vida e morte prematura nas sociedades contemporâneas, particularmente nos países industrializados. O número de mortes associadas à inatividade física pode ser estimado combinando-se o risco relativo deste comportamento com a prevalência (número de casos) numa população. Considerando por exemplo às doenças do coração, o risco de ocorrência de um infarto é duas vezes maior para indivíduos **sedentários** quando comparados com aqueles regularmente ativos. Se combinarmos este indicador (risco relativo) com a estimativa de que em torno de 60% da população adulta não é ativa suficientemente, pode-se concluir que o risco populacional atribuído à inatividade é bastante alto e precisa ser levado a sério pela saúde pública (NAHAS, 2001).

As doenças pertencem a duas categorias: **doenças infecciosas e doenças não-infecciosas** (ALMEIDA FILHO, 1992).

Tendo como objeto de estudo as pessoas que praticam atividade física, não podemos deixar cair no esquecimento os distúrbios gerados pelo sedentarismo tomando destaque que indivíduos que pertencem a este grupo possuem uma maior disposição para o desenvolvimento de **doenças não infecciosas crônicas**, ou seja, as **doenças crônico degenerativas**.

As doenças pertencem a duas categorias: **doenças infecciosas e doenças não-infecciosas** (ALMEIDA FILHO, 1992).

Tendo com objeto de estudo as pessoas que praticam atividade física, não podemos deixar cair no esquecimento os distúrbios gerados pelo sedentarismo tomando destaque que indivíduos que pertencem a este grupo possuem uma maior disposição para o desenvolvimento de **doenças não infecciosas crônicas**, ou seja, as **doenças crônico degenerativas**.

Segundo a Organização Panamericana da Saúde, doença infecciosa é a *“doença dos homens ou dos animais, resultante de uma infecção”* (ALMEIDA FILHO, 1992, p-142). Assim, por exclusão, doenças não infecciosas são todas aquelas que não resultarem de infecção.

Segundo BRASIL apud GONCALVES (1997) existe uma grande importância na busca de saber de que mais morre o brasileiro. Nas últimas décadas, ocorreu uma alteração quanto ao predomínio observado das doenças infecto-parasitárias cedendo lugar para as crônico degenerativas, responsável antes por 15% dos óbitos registrados, e atualmente responsáveis por 40%. Esta inversão está associada em parte às transmissões ocorridas na estrutura sócio econômica do país, como o

aumento da expectativa de vida, processo de industrialização e urbanização acentuada.

Doença não infecciosa é aquela que não se relaciona à invasão do organismo do suscetível por outros seres vivos parasitários e que na sua grande maioria são crônicas. Sob o aspecto de duração, as doenças crônicas são aquelas que se desenvolvem em longo prazo, podem ser doenças do coração, câncer, doenças cérebro vasculares e acidentes. Hoje elas ocupam lugar de destaque na pesquisa e na prática epidemiológica nos países de economia desenvolvida devido ao prejuízo social trazido pela invalidez parcial ou total dos acometidos e pelo número potencial de anos de vida produtiva perdida (ALMEIDA FILHO, 1992).

A Diabetes **Melito** consiste na eliminação aumentada de urina, no caso, em virtude da secreção ou da utilização inadequada de insulina, substância que habitualmente atua sobre o açúcar ingerido. Suas chamadas manifestações crônicas, principalmente as doenças oculares, renais e vasculares, freqüentemente causam invalidez precoce podendo levar a hospitalizações e/ou absenteísmo ao trabalho (GONCALVES, 1997) apud (BRASIL, 1985c).

O **Câncer**, segundo BRASIL apud GONCALVES (1997), foi responsável por 10% dos óbitos registrados no país em 1980, e no final da década de 90 estimou-se o aumento mundial de óbitos decorrente desse grupo de doenças em mais de 50%.

A **Hipertensão Arterial** é a elevação dos níveis de pressão arterial além dos limites admitidos como normais, segundo diferenças de idade, sexo e estilo de vida. É considerado um dos principais problemas de saúde pública e aproximadamente 15% da população adulta é hipertensa, propiciando-os a origem de complicações vasculares, cardíacas, renais e cerebrais, representando as principais causas de

morbilidade e mortalidade humana (GONCALVES, 1997) em pesquisa (BRASIL, 1985c).

Serão levados em consideração os princípios fisiológicos para obtenção de energia nas atividades realizadas, sendo que a **aeróbia** é realizada em intensidades baixas ou moderadas e durante períodos médios ou longos (caminhadas e corridas) sendo capaz a produção de energia para contração muscular, na sua grande maioria, na presença de oxigênio e a **anaeróbia** é realizada em alta intensidade (exercícios com pesos) e durante curtos períodos de tempo impossibilitando a produção de energia para contração muscular somente com a utilização de oxigênio.

Com o interesse de pesquisar mais a fundo esse assunto que está sempre em discussão nos diferentes meios de comunicação, foram feitas pesquisas de campo com aplicação de um questionário denominado WHOQOL-Bref que é composto por 26 questões com respostas de múltipla escolha elaborado pela Organização Mundial de Saúde. Será aplicado em dois setores do Clube Sociedade Hípica de Campinas para coleta de dados. Um setor será a sala de Musculação onde predominam os exercícios de força (**anaeróbios**) e o outro será a pista de atletismo que onde se realizam exercícios como caminhadas e corridas (**aeróbios**). Os resultados da pesquisa foram analisados para a constatação de qual tipo de atividade física dentro de um clube ou academia é mais adequado para se alcançar padrões de qualidade de vida satisfatórios para uma vida saudável, *“seja no domínio físico, domínio psicológico, relações sociais, meio ambiente”* WHOQOL GROUP (1998). Na corrida pela busca da melhoria da qualidade de vida, segundo o WHOQOL GROUP (1998), *“muitas vezes na busca de acrescentar anos à vida era deixado de lado à necessidade de acrescentar vida aos anos”*.

De acordo com a OMS (1994), entende-se o seguinte por Qualidade de Vida:

“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 mantidos através do balanço dos bancos. “Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam as 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 consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito “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”.

Assim, o conceito de Qualidade de Vida pode ser definido da seguinte maneira

de acordo com a O.M.S (1994) apud WHOQOL GROUP (1994):

“O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A atividade física é um tema que tem atraído a atenção de muitos pesquisadores em todo o mundo nas últimas décadas devido aos benefícios que esta tem gerado à **Saúde** e bem estar em relação à **Qualidade de Vida**. Estudos vêm provando que a realização de uma atividade física regular reduz os riscos de doenças causadas pelo **Sedentarismo**. O fato é que este vem aumentando substancialmente devido ao grande desenvolvimento da tecnologia que facilita cada vez mais o cotidiano das pessoas, seja em casa, no trabalho ou na rua onde quase tudo está sendo mecanizado substituindo as atividades humanas.

2. REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 IDENTIFICAÇÃO DE SEDENTÁRIOS

Considera-se sedentário um indivíduo que tenha um estilo de vida com um mínimo de atividade física equivalente a um gasto energético semanal bem reduzido (> 500 kcal). Pesquisas têm mostrado que níveis moderados de atividade física já reduzem significativamente o risco de diversas doenças, principalmente as cardiovasculares (NAHAS, 2001).

Com a revolução do trabalho e a urbanização acelerada, a prevalência do sedentarismo cresceu muito, sendo um marco do comportamento no século XX. Nos países desenvolvidos em torno de 30% da população adulta é sedentária e apenas 10 a 15% realizam atividades físicas vigorosas (exercícios físicos) regularmente. O restante (50-60%) realiza atividades de forma irregular ou insuficiente para promover a saúde (Nahas, 2001).

2.2. ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO

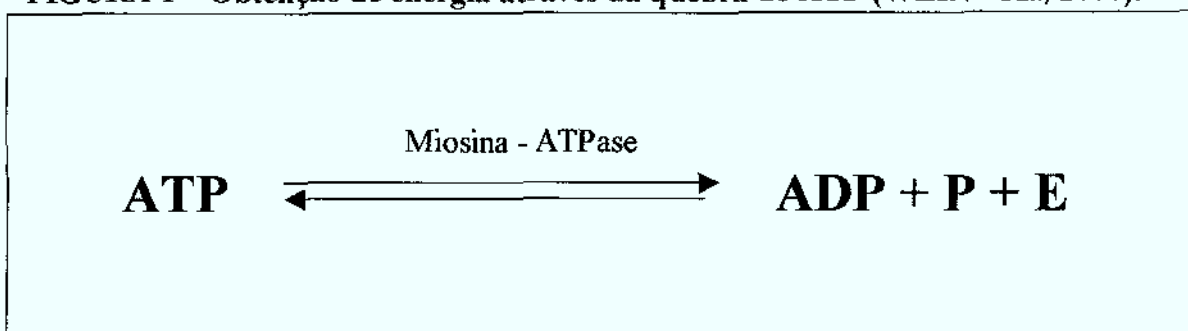
Segundo NAHAS(2001) a **Atividade Física** é qualquer movimento voluntário produzido pela musculatura esquelética que resulte num gasto energético acima dos níveis de repouso. Já o **Exercício Físico** é uma das formas da atividade física planejada, estruturada, repetitiva, que objetiva o desenvolvimento da aptidão física, de habilidades motoras ou a reabilitação orgânico funcional.

2.3. EXERCÍCIO ANAERÓBIO

Exercícios anaeróbios são aqueles realizados em curtos intervalos de tempo com contrações musculares rápidas determinando alta intensidade, em que a maior parte da energia obtida para contração muscular é independente da presença de oxigênio. O organismo trabalha em condições de anaerobiose até que o trabalho seja interrompido ou que a intensidade do mesmo tenha sido reduzida para que seja possível a degradação dos substratos através da oxidação. A possibilidade de “falta” de oxigênio para essa degradação varia muito de acordo com a motivação, idade e estado de treinamento (WEINECK, 1999).

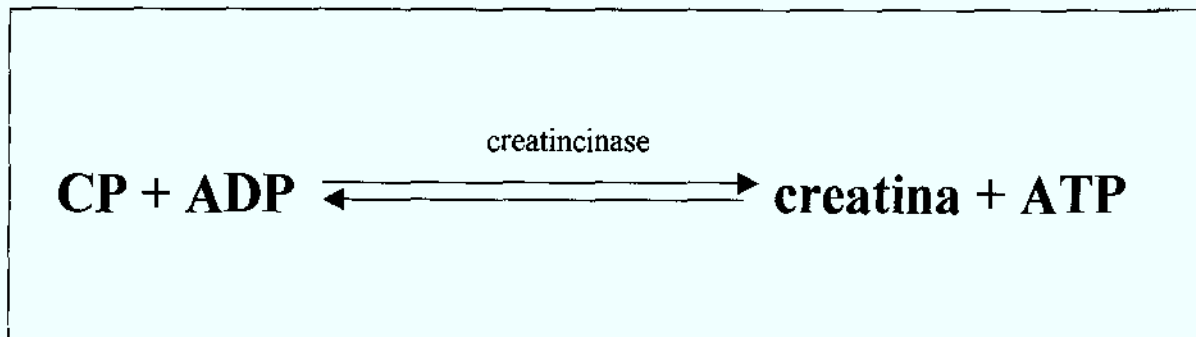
Segundo WEINECK (2000) no início de qualquer exercício de maior intensidade, em que a necessidade energética não pode ser suficientemente satisfeita de forma aeróbia, o músculo é obrigado a obter a energia necessária, em parte, através de processos anaeróbios (fig. 1). A reação mostra a primeira fonte de energia na quebra do ATP (representação simplificada) nos primeiros 7 segundos de exercício intenso:

FIGURA 1 – Obtenção de energia através da quebra do ATP (WEINECK, 2000).



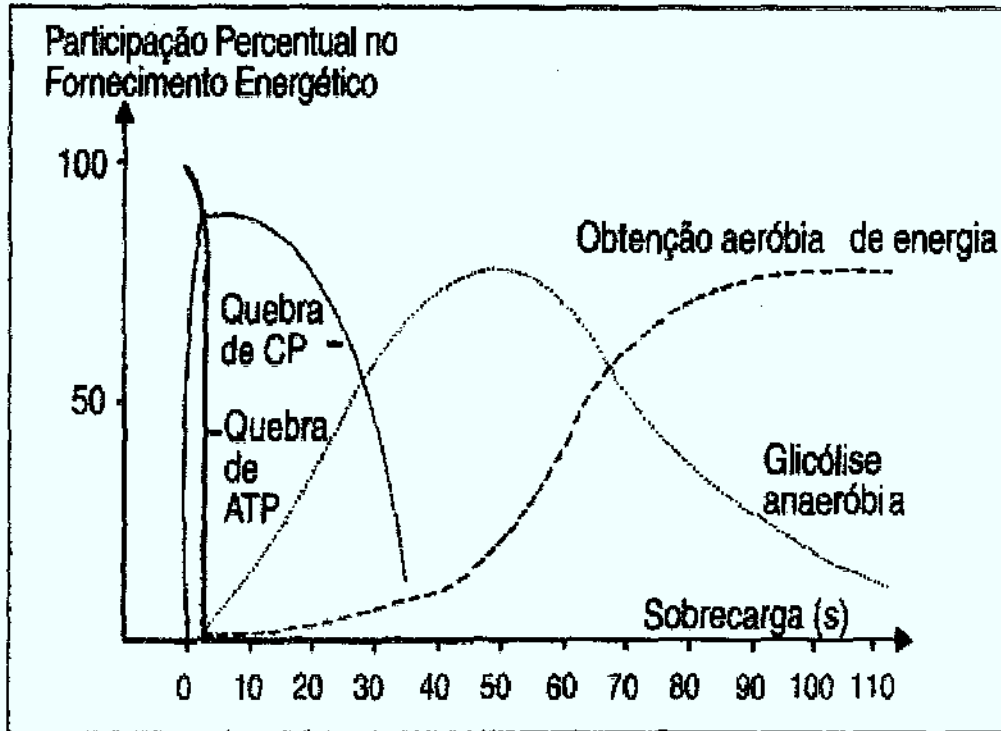
Para que seja possível um novo trabalho muscular o ATP precisa ser novamente reabastecido (fase de recuperação) através de reservas de fosfato de creatina (CP) encontradas nas reservas musculares:

FIGURA 2 – Reabastecimento do ATP através da reserva de fosfato de creatina (WEINECK, 2000).



Até este momento, a obtenção de energia é denominada anaeróbica e alática. Se o exercício tiver continuidade por mais algum tempo em intensidades elevadas a um tanto que o fornecimento de oxigênio continue insuficiente para a produção de energia de forma aeróbia, inicia-se a glicólise anaeróbia láctica, onde somente a glicose e o glicogênio muscular podem participar desse processo, sendo mantido nesses níveis até em torno de 45 segundos de exercício intenso verificado na figura 3 (pág. 11).

FIGURA 3 - Participação percentual dos diversos substratos energéticos no fornecimento de energia, adaptado (Keul/Doll/Keppler 1969)



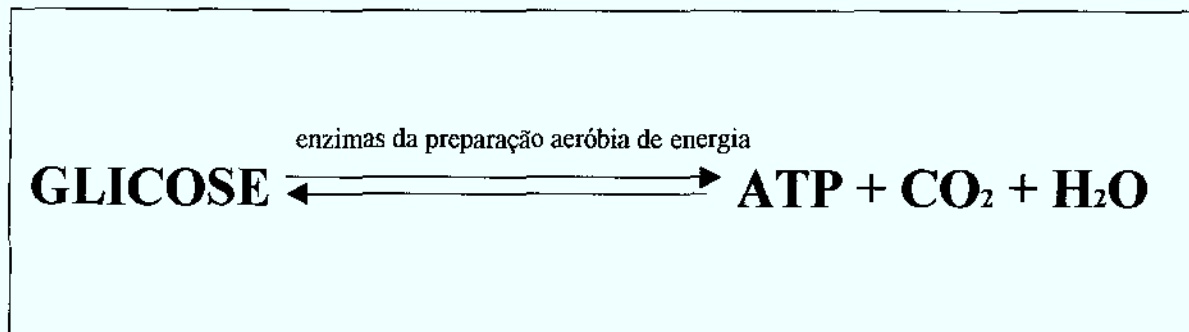
2.4. EXERCÍCIO AERÓBIO

Exercícios aeróbios são aqueles realizados em intervalos médios ou longos de tempo e em baixa intensidade, tendo o oxigênio presente na maior parte da energia obtida para contração muscular.

Quando um exercício dura mais de um minuto, a obtenção aeróbia de energia, que ocorre nas mitocôndrias, assume um progressivo papel dominante (WEINECK, 2000).

Observa-se a reação da figura 3:

FIGURA 4 – Obtenção aeróbia de energia – processo oxidativo (WEINECK, 2000).



Neste tipo de exercício podem ser utilizados como portadores de energia a glicose, as gorduras (na forma de ácidos graxos livres) e, em casos de emergência até as proteínas (na forma de aminoácidos). Devido à baixa velocidade de contração da fibra muscular o exercício pode ser mantido por longos períodos de tempo (WEINECK, 2000).

2.5. APTIDÃO FÍSICA

Segundo NAHAS (2001) **Aptidão Física** pode ser definida como a capacidade de realizar atividades físicas. Relacionada com a atividade física tem sido associada ao bem estar, à saúde e à **Qualidade de Vida** das pessoas em todas as faixas etárias, principalmente na meia idade e na velhice.

2.6. DOENÇAS

Para Jénicek & Cléroux (1982, p-454) citados por Almeida Filho (1992) tem-se definido **doença** como:

“... desajustamento ou falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou uma ausência de reação aos estímulos a cuja ação está

exposto. O processo conduz a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, ou de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais". (ALMEIDA FILHO, 1992, p-142).

As doenças pertencem a duas categorias: **doenças infecciosas e doenças não-infecciosas** (ALMEIDA FILHO, 1992).

Tendo com objeto de estudo as pessoas que praticam atividade física, não podemos deixar cair no esquecimento os distúrbios gerados pelo sedentarismo tomando destaque que indivíduos que pertencem a este grupo possuem uma maior disposição para o desenvolvimento de **doenças não infecciosas crônicas**, ou seja, as **doenças crônico degenerativas**.

Segundo a Organização Panamericana da Saúde, doença infecciosa é a *"doença dos homens ou dos animais, resultante de uma infecção"* (ALMEIDA FILHO, 1992, p-142). Assim, por exclusão, doenças não infecciosas são todas aquelas que não resultarem de infecção.

Segundo BRASIL apud GONCALVES (1997) existe uma grande importância na busca de saber de que mais morre o brasileiro. Nas últimas décadas, ocorreu uma alteração quanto ao predomínio observado das doenças infecto-parasitárias cedendo lugar para as crônico degenerativas, responsável antes por 15% dos óbitos registrados, e atualmente responsáveis por 40%. Esta inversão está associada em parte às transmissões ocorridas na estrutura sócio econômica do país, como o aumento da expectativa de vida, processo de industrialização e urbanização acentuada

2.6.1 DOENÇAS NÃO INFECCIOSAS (CRÔNICO DEGENERATIVAS)

Doença não infecciosa é aquela que não se relaciona à invasão do organismo do suscetível por outros seres vivos parasitários e que na sua grande maioria são crônicas. Sob o aspecto de duração, as doenças crônicas são aquelas que se desenvolvem em longo prazo, podem ser doenças do coração, câncer, doenças cérebro vasculares e acidentes. Hoje elas ocupam lugar de destaque na pesquisa e na prática epidemiológica nos países de economia desenvolvida devido ao prejuízo social trazido pela invalidez parcial ou total dos acometidos e pelo número potencial de anos de vida produtiva perdida (ALMEIDA FILHO, 1992).

A **Diabetes Melito** consiste na eliminação aumentada de urina, no caso, em virtude da secreção ou da utilização inadequada de insulina, substância que habitualmente atua sobre o açúcar ingerido. Suas chamadas manifestações crônicas, principalmente as doenças oculares, renais e vasculares, freqüentemente causam invalidez precoce podendo levar a hospitalizações e/ou absenteísmo ao trabalho (GONCALVES, 1997) apud (BRASIL, 1985c).

O **Câncer**, segundo BRASIL apud GONCALVES (1997), foi responsável por 10% dos óbitos registrados no país em 1980, e no final da década de 90 estimou-se o aumento mundial de óbitos decorrente desse grupo de doenças em mais de 50%.

A **Hipertensão Arterial** é a elevação dos níveis de pressão arterial além dos limites admitidos como normais, segundo diferenças de idade, sexo e estilo de vida. É considerado um dos principais problemas de saúde pública e aproximadamente 15% da população adulta é hipertensa, propiciando-os a origem de complicações vasculares, cardíacas, renais e cerebrais, representando as principais causas de morbidade e mortalidade humana (GONCALVES, 1997) em pesquisa (BRASIL, 1985c).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Este trabalho tem como objetivo geral verificar entre os **exercícios aeróbios e anaeróbios**, qual possui um melhor resultado na promoção de padrões mais elevados de Qualidade de Vida nos domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente, atividades estas realizadas dentro de clubes e academias.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

O objetivo específico é apresentar através de pesquisas de campo qual é a maneira mais indicada de se buscar padrões de qualidade de vida mais elevados através dos exercícios físicos anaeróbios como a musculação e exercícios físicos aeróbios como a caminhada ou corrida. Os resultados têm como finalidade mostrar para os praticantes dos diversos tipos de exercícios físicos qual é o melhor caminho para se alcançar uma qualidade de vida mais elevada através do tipo de exercício físico mais adequado para essa finalidade.

4. METODOLOGIA

Foi feita pesquisa de campo com aplicação de um questionário denominado WHOQOL-Bref que é composto por 26 questões com respostas de múltipla escolha elaborado pela Organização Mundial de Saúde que foi traduzido para o português por Marcelo Pio de Almeida Fleck em 1998. Foi aplicado em dois setores do Clube Sociedade Hípica de Campinas para coleta de dados. Um setor foi a sala de Musculação com realização de exercícios predominantemente de força (**anaeróbios**), que neste estudo será representado pelo **Grupo 1** e o outro setor será a pista de atletismo onde se realizam exercícios como caminhadas e corridas (**aeróbios**) representado pelo **Grupo 2**. Esses dois grupos terão um total de 60 pessoas, sendo que 30 de cada grupo. Os resultados da pesquisa serão analisados para a constatação de qual tipo de atividade física dentro de um clube ou academia é mais adequado para se alcançar padrões de qualidade de vida satisfatórios para uma vida saudável, “*seja no domínio físico, domínio psicológico, relações sociais, meio ambiente*”.

Os questionários WHOQOL-BREF (1998) foram entregues aos entrevistados pelo instrutor das atividades que explicará como e em quanto tempo deve ser respondido o questionário. As pessoas envolvidas no projeto foram conscientizadas da importância e seriedade da pesquisa e assinaram um termo de livre consentimento que possui um resumo de como foi o envolvimento deles em relação ao trabalho, esclarecendo os riscos a metodologia usada, em que os entrevistados levarão os questionários para casa e tiveram no máximo 48h para devolução.

A análise dos dados foi tabulada em gráficos e figuras e apresentada em âmbito acadêmico.

4.1 CONSENTIMENTO INFORMADO

Todos os indivíduos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e confidencialidade dos dados, tendo assinado consentimento de participação avaliado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da FMC - UNICAMP.

4.2 QUALIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADORES

Os dois entrevistadores envolvidos na pesquisa são estudantes da Faculdade de Educação Física da UNICAMP e são responsáveis pelos devidos setores onde foram entrevistadas as pessoas que participarão da pesquisa.

4.3 PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO

O WHOQOL-Bref é um instrumento de auto-avaliação e portanto, ele é auto-explicativo. Quando a pessoa entrevistada não entende o significado de alguma pergunta orienta-se que a mesma seja relida de forma lenta, não sendo utilizados sinônimos ou "comparações em outras palavras" (aplicação assistida).

4.4 DIVISÃO DOS GRUPOS ENTREVISTADOS

Os entrevistados foram divididos em dois grupos, o grupo 1 e o grupo 2. O grupo 1 é composto por 30 pessoas que possuem como hábito a realização de exercícios físicos predominantemente anaeróbios como a musculação. O grupo 2

também é composto por 30 pessoas, mas possuem o hábito da realização de exercícios predominantemente aeróbios como a caminhada e corrida.

5. A ESTRTURA DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF é um resumo do questionário WHOQOL-100 que é um instrumento para medição de qualidade de vida produzido pela OMS e traduzido para português por Fleck (1998). Por ser mais curto ele demanda pouco tempo para seu preenchimento e reproduz resultados psicométricos satisfatórios. É composto por 26 questões, sendo 2 questões gerais e 24 de diferentes assuntos específicos:

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho
13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual
16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros

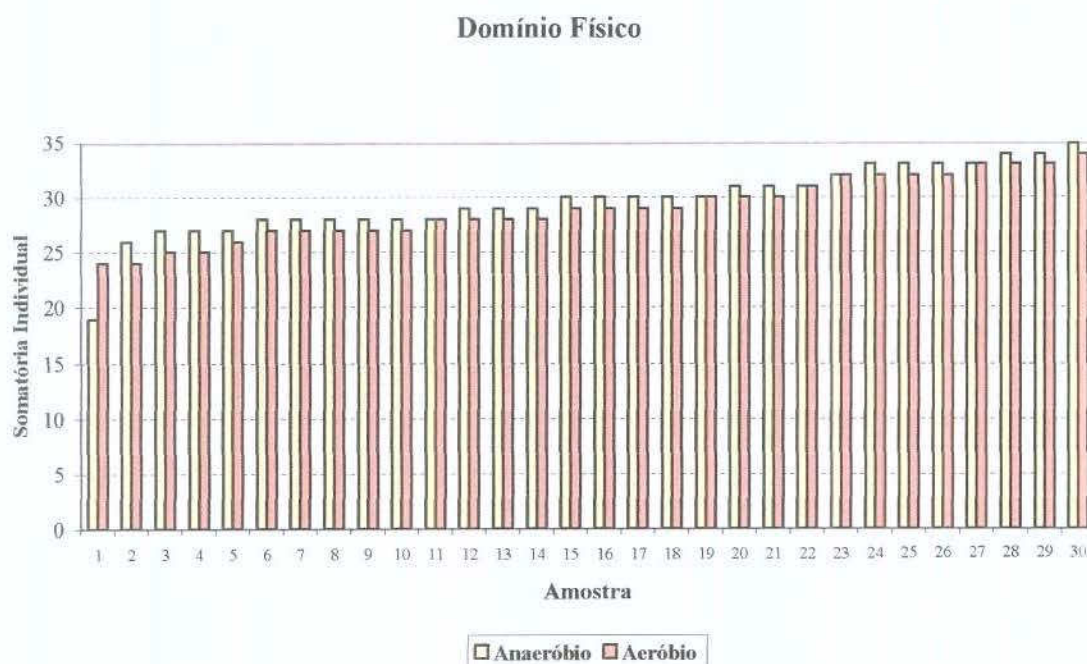
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

6. RESULTADOS

Neste momento serão analisados os resultados obtidos na pesquisa comparando os indivíduos que realizaram exercícios predominantemente anaeróbios (Grupo 1) e os que realizaram exercícios predominantemente aeróbios (Grupo 2).

Inicialmente será discutida uma parte da pesquisa que mede a qualidade de vida das pessoas dentro de domínios pré determinados; logo após será visto o estudo de uma maneira mais generalizada, sem levar em consideração as especificidades da pesquisa e para finalizar ficará disponível o resultado que apontará a conclusão final da pesquisa. As figuras a seguir demonstram a ordenação crescente das respostas dos respectivos domínios pré determinados para medição de qualidade de vida:

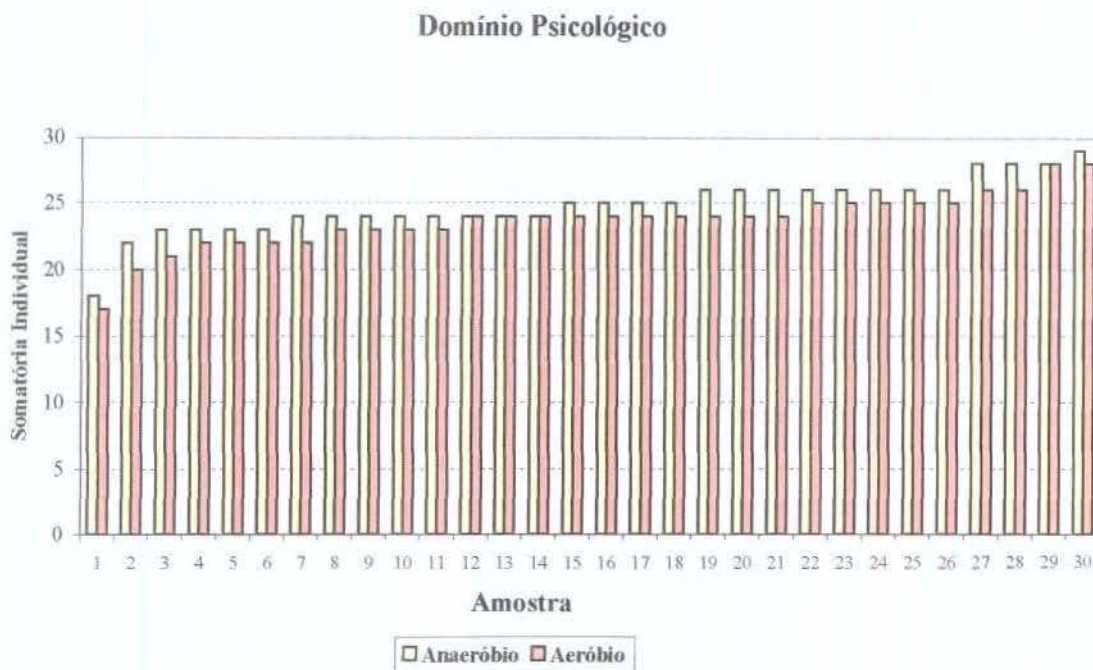
FIGURA 5 – Ordenação crescente dos resultados de toda amostra populacional da pesquisa em relação ao Domínio Físico (Q3+Q4+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18).



A figura 5 apresenta os resultados das respostas do domínio físico em ordem crescente, em que podemos observar um crescimento relativamente igual entre os

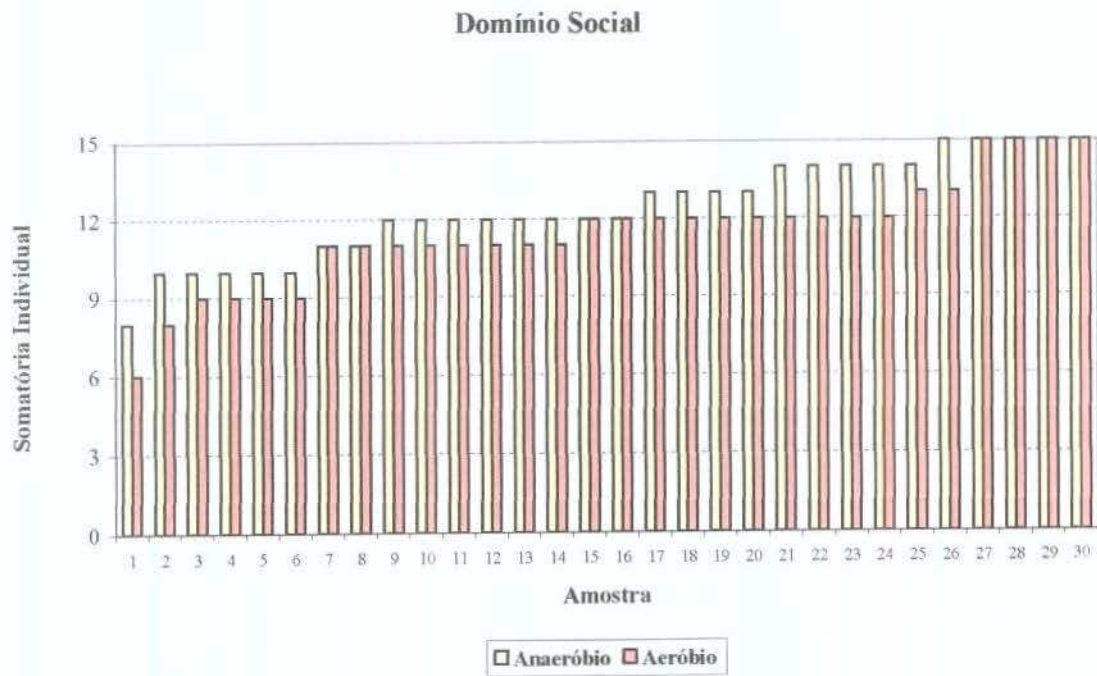
grupos, mas o grupo 1 quase sempre em níveis mais elevados, comparando-se a amostra total.

FIGURA 6 – Ordenação crescente dos resultados de toda amostra populacional da pesquisa em relação ao Domínio Psicológico (Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+Q26).



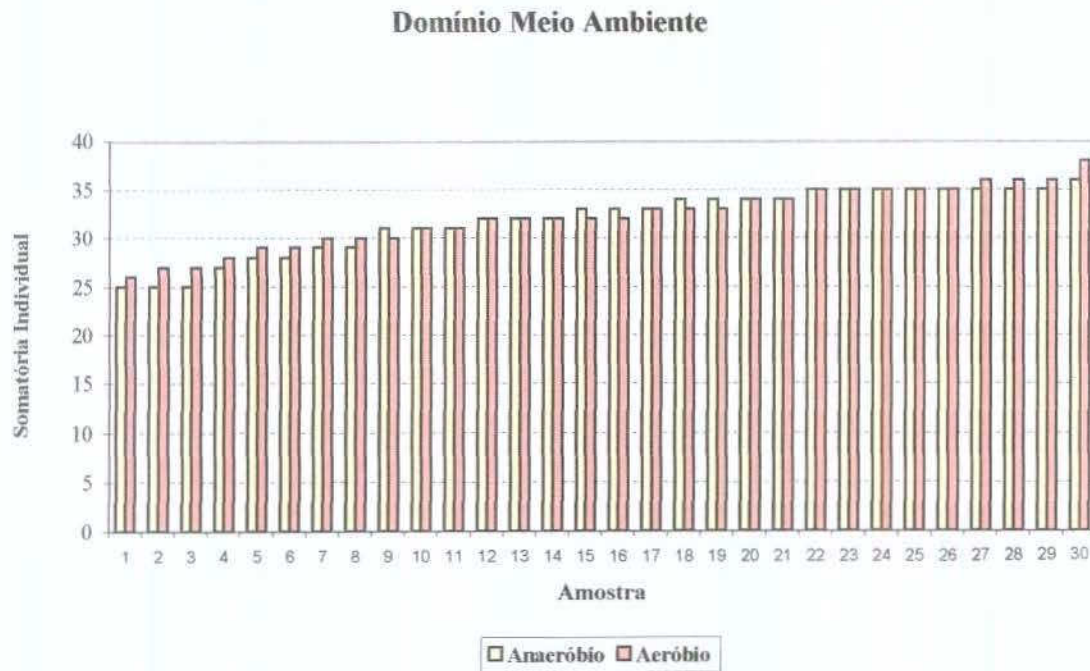
A figura acima apresenta os resultados das respostas do domínio Psicológico em ordem crescente, em que o grupo 1 permanece em níveis mais elevados ou iguais aos do grupo 2, comparando-se a amostra total.

FIGURA 7 – Ordenação crescente dos resultados de toda amostra populacional da pesquisa em relação ao Domínio Social (Q20+Q21+Q22).



A figura acima apresenta os resultados das respostas do Domínio Social em ordem crescente, ocorrendo um crescimento desordenado entre os grupos, em que o grupo 1 permanece em níveis mais elevados ou iguais aos do grupo 2, comparando-se a amostra total.

FIGURA 8 – Ordenação crescente dos resultados de toda amostra populacional da pesquisa em relação ao Domínio Meio Ambiente (Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25).

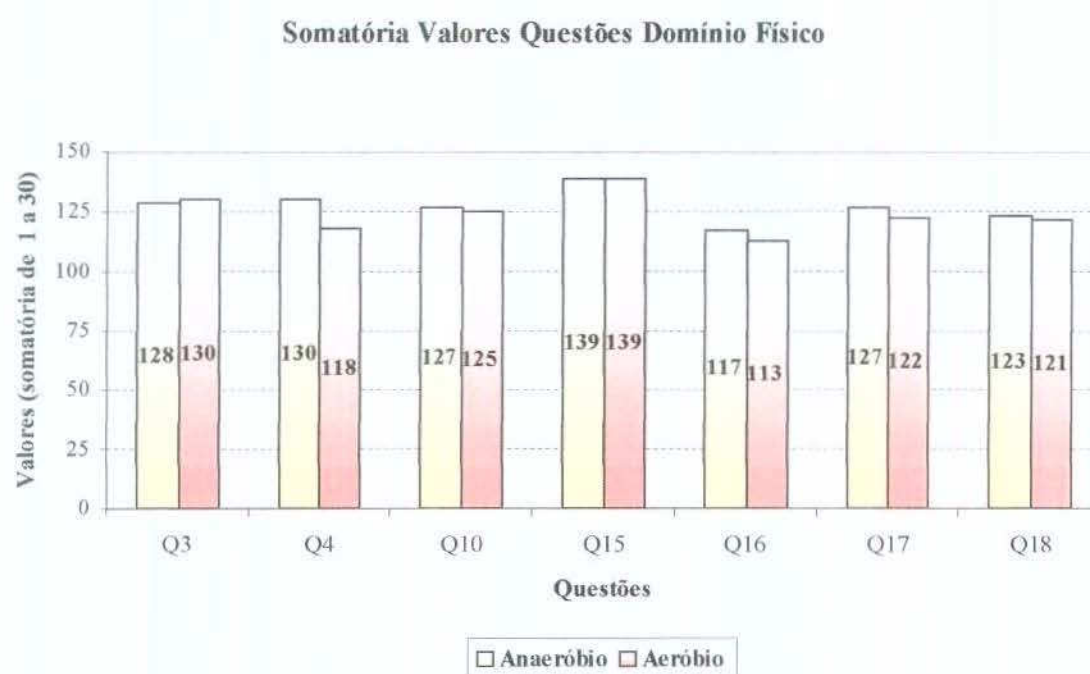


A figura acima apresenta os resultados das respostas do Domínio Meio Ambiente em ordem crescente, com revezamento entre os grupos na obtenção de níveis mais elevados, estes em maior número nos resultados do grupo 2, comparando-se a amostra total.

6.1 RESULTADO DA SOMATÓRIA DOS VALORES DE CADA QUESTÃO DOS ENTREVISTADOS EM CADA DOMÍNIO

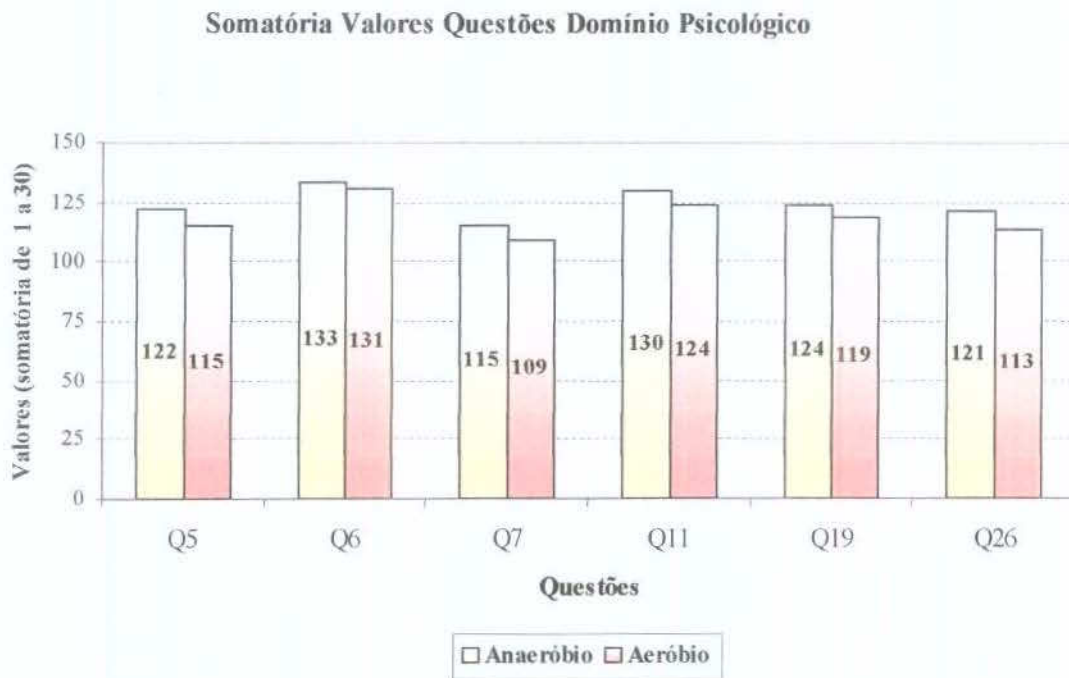
As figuras apresentadas a seguir demonstram a somatória das respostas do total de entrevistados nos conjuntos de questões específicas de cada domínio relacionando a mesma questão dos dois grupos estudados:

FIGURA 9 – Relação da somatória das respostas do total de entrevistados de cada grupo das questões pertencentes ao Domínio Físico.



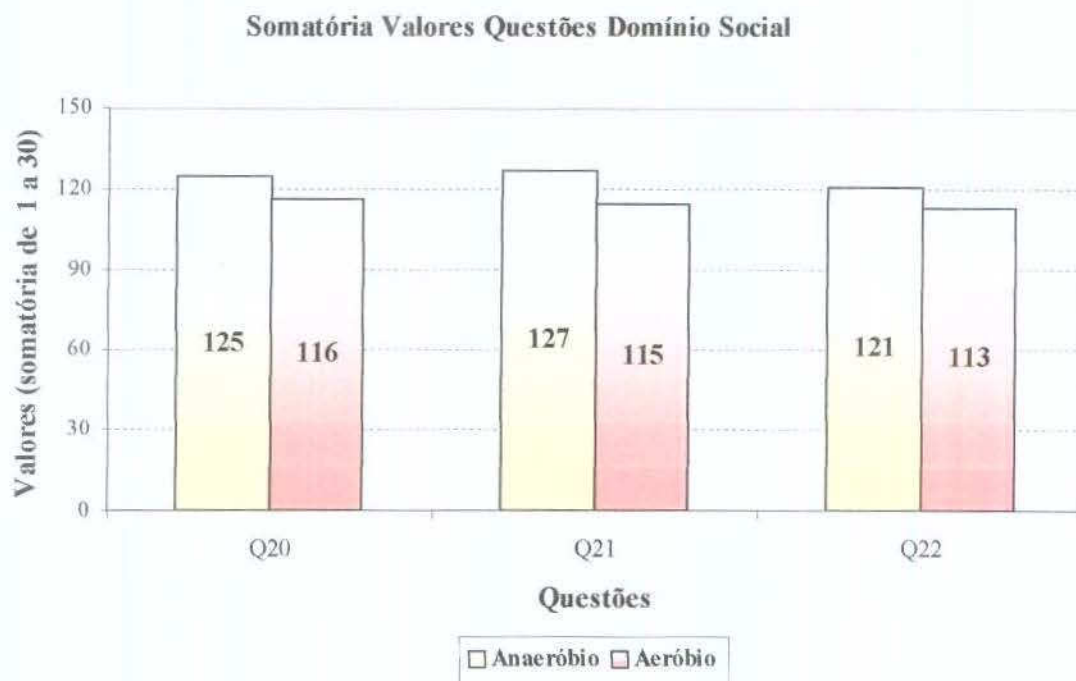
A figura acima apresenta na maioria das questões obtenção de respostas com níveis mais elevados, sendo que somente na questão 15 houve igualdade de resultado no Domínio Físico.

FIGURA 10 – Relação da somatória das respostas do total de entrevistados de cada grupo das questões pertencentes ao Domínio Psicológico.



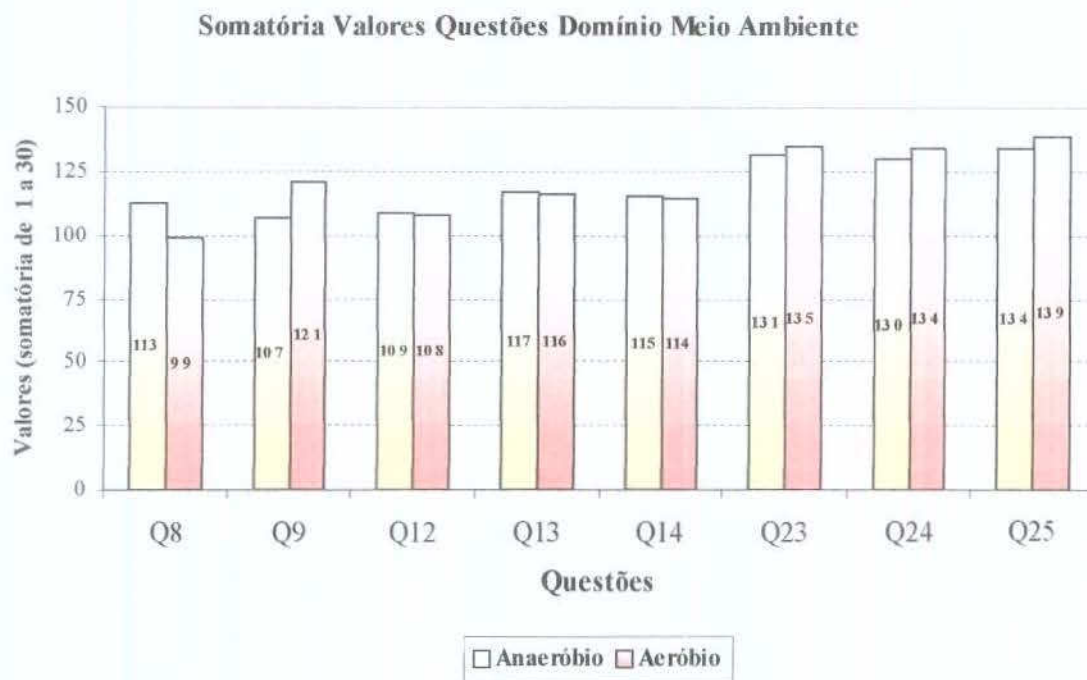
A figura acima apresenta em sua totalidade resultados superiores do grupo 1 em relação ao grupo 2, verificado no Domínio Psicológico.

FIGURA 11– Relação da somatória das respostas do total de entrevistados de cada grupo das questões pertencentes ao Domínio Social.



A figura acima apresenta em sua totalidade resultados superiores do grupo 1 em relação ao grupo 2, verificado no Domínio Social.

FIGURA 12– Relação da somatória das respostas do total de entrevistados de cada grupo das questões pertencentes ao Domínio Meio Ambiente.

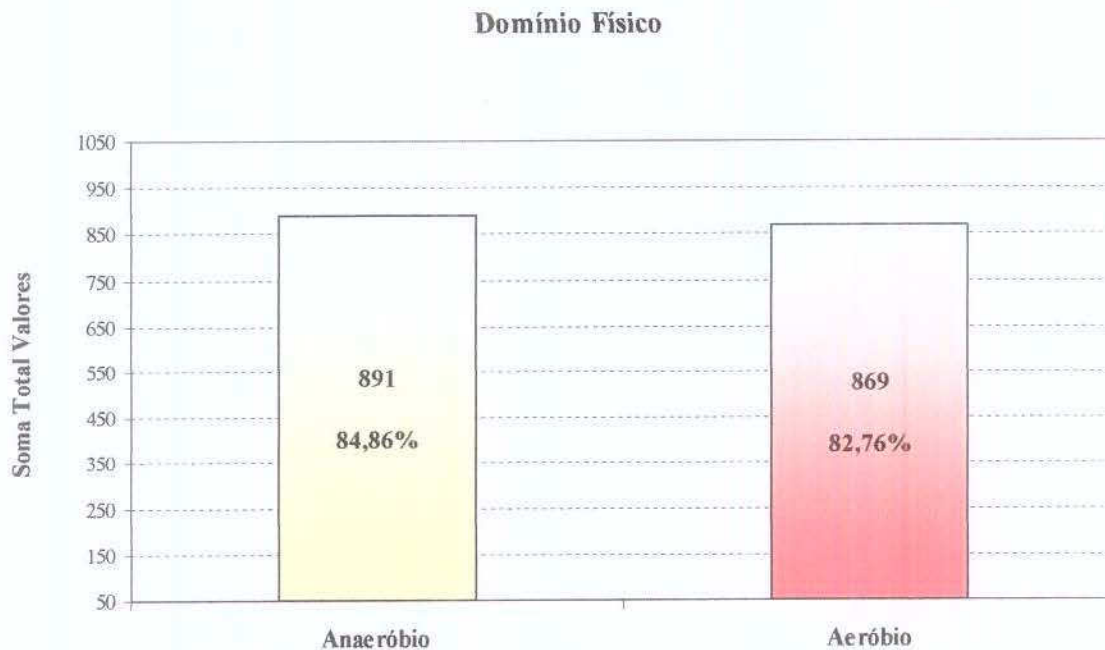


A figura acima apresenta uma igualdade entre os dois grupos no número de questões que possuem superioridade no nível da resposta. Contudo, o grupo 2 superou o grupo 1 na qualidade das respostas, pois quando perdeu, perdeu de pouco, mas quando ganhou, ganhou de bastante.

6.2 RESULTADO DA SOMATÓRIA DOS VALORES DE TODAS QUESTÕES DOS ENTREVISTADOS EM CADA DOMÍNIO

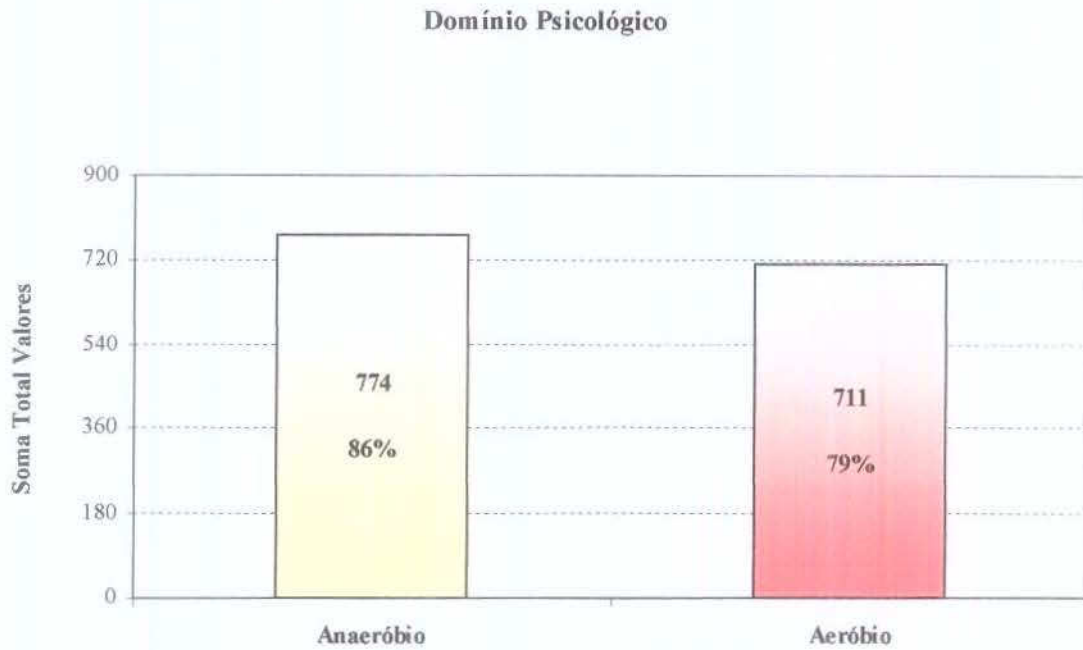
As figuras apresentadas a seguir, ainda em relação aos Domínios específicos na comparação dos dois grupos demonstram os resultados dentro de cada domínio estudado, ou seja, a relação dos resultados gerais obtidos através da soma das respostas de todas as questões do total de entrevistados em cada grupo em relação ao Domínio Físico.

FIGURA 13 - Relação dos resultados gerais obtidos através da soma das respostas de todas as questões do total de entrevistados em cada grupo em relação ao Domínio Físico (Q3+Q4+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18 de 1 a 30).



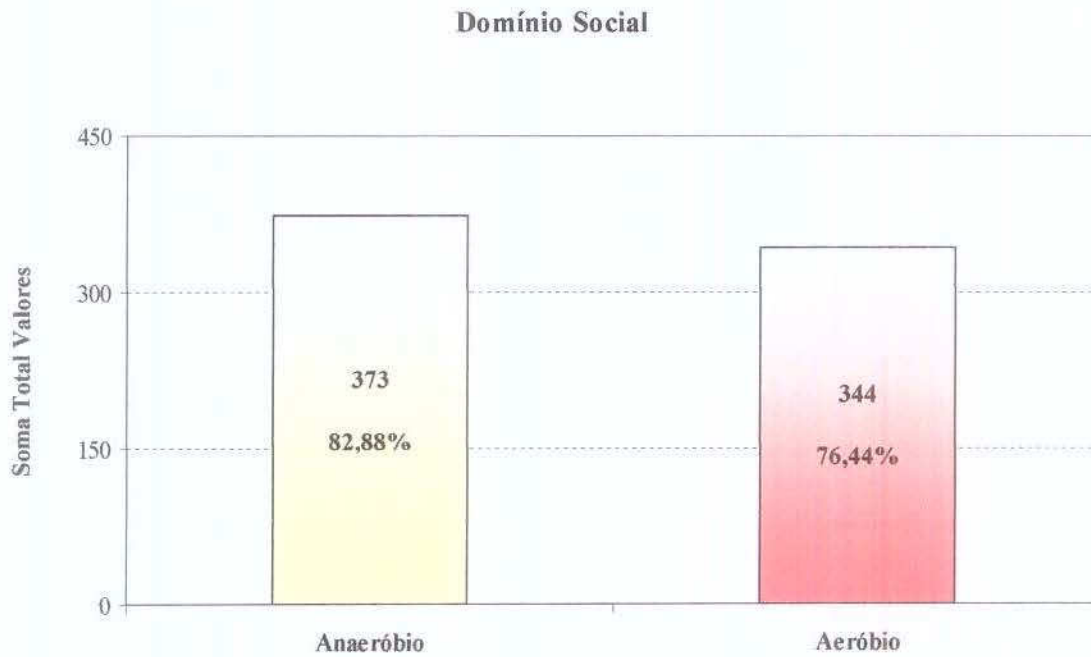
Na figura acima o grupo 1 apresenta uma superioridade de 2,1% em relação ao grupo 2 verificado no Domínio Físico.

FIGURA 14 - Relação dos resultados gerais obtidos através da soma das respostas de todas as questões do total de entrevistados em cada grupo em relação ao Domínio Psicológico (Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+Q26 de 1 a 30).



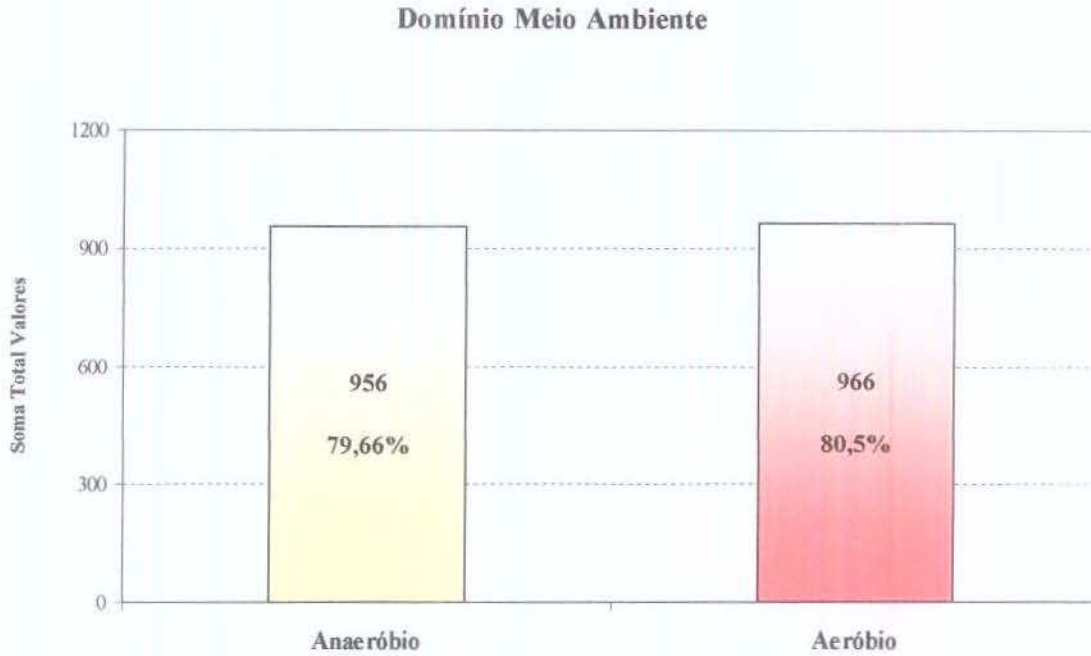
Na figura acima o grupo 1 apresenta uma superioridade de 7% em relação ao grupo 2 verificado no Domínio Psicológico.

FIGURA 15 - Relação dos resultados gerais obtidos através da soma das respostas de todas as questões do total de entrevistados em cada grupo em relação ao Domínio Social (Q20+Q21+Q22 de 1 a 30).



Na figura acima o grupo 1 apresenta uma superioridade de 6,44% em relação ao grupo 2 verificado no Domínio Social.

FIGURA 16 - Relação dos resultados gerais obtidos através da soma das respostas de todas as questões do total de entrevistados em cada grupo em relação ao Domínio Meio Ambiente (Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25 de 1 a 30).

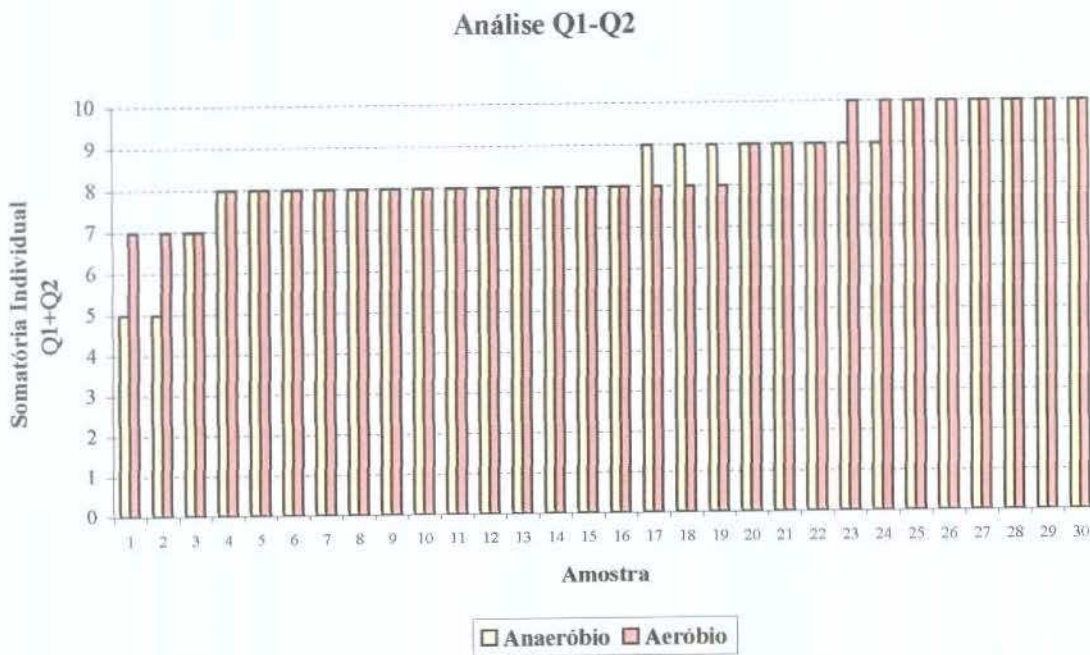


Na figura acima o grupo 2 apresenta uma superioridade de 0,84% em relação ao grupo 1 verificado no Domínio Meio Ambiente, sendo o único Domínio que o grupo 2 sobressaiu ao grupo 1 .

6.3 RESULTADO DAS QUESTÕES 1 E 2

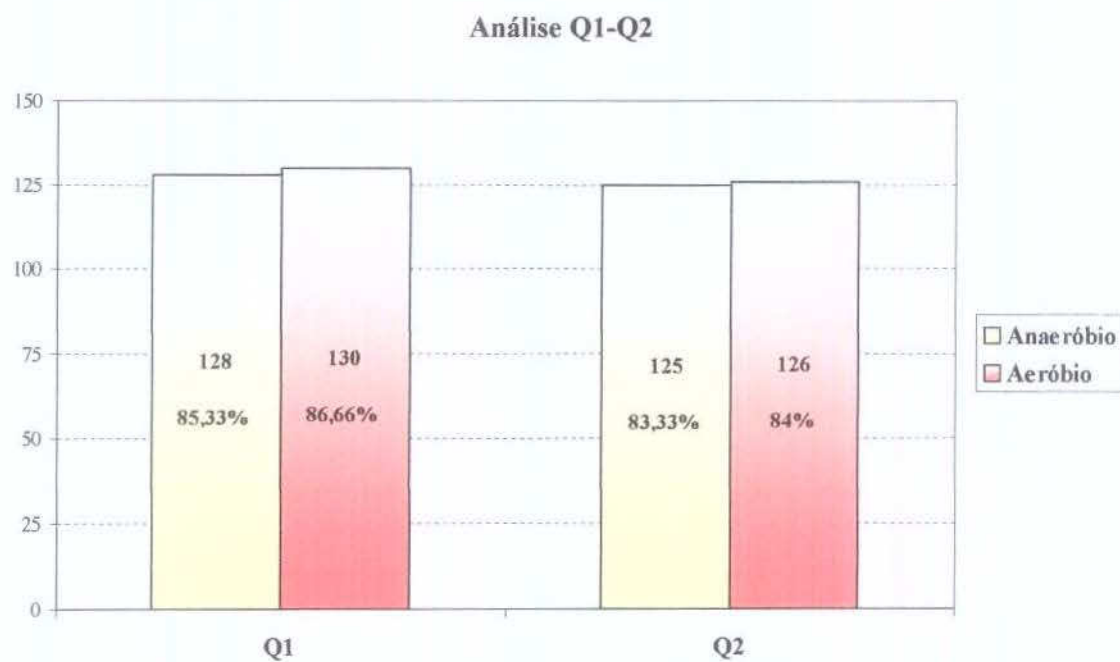
As figuras apresentadas a seguir demonstram os resultados obtidos de uma maneira mais generalizada, sem levar em consideração as especificidades da pesquisa. Essa análise se dá através das questões 1 e 2 que medem a qualidade de vida e a saúde individual respectivamente, sem o questionamento de detalhes.

FIGURA 17 – Ordenação crescente dos resultados de toda amostra da pesquisa em relação as questão 1 e 2 (Q1+ Q2).



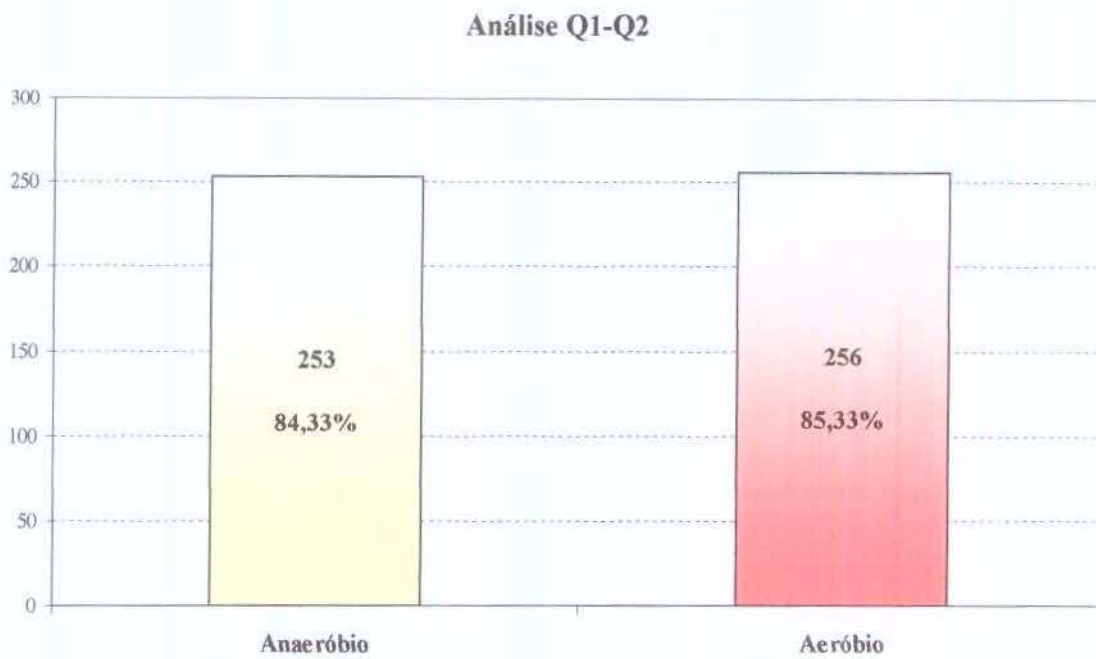
A figura acima apresenta os resultados das respostas das questões 1 e 2 em ordem crescente, onde podemos observar um crescimento relativamente igual, com um revezamento entre os grupos na obtenção de níveis mais elevados de respostas.

FIGURA 18 – Relação da somatória das respostas do total de entrevistados de cada grupo das questões 1 e 2.



A figura acima apresenta dados onde o grupo 2 predomina com níveis mais elevados do que o grupo 1 nas respostas. Na questão 1 que se refere a qualidade de vida geral, o grupo 2 superou o grupo 1 em 1,33%. Na questão 2 que analisa a saúde individual, o grupo 2 superou o grupo 1 em 0,67%.

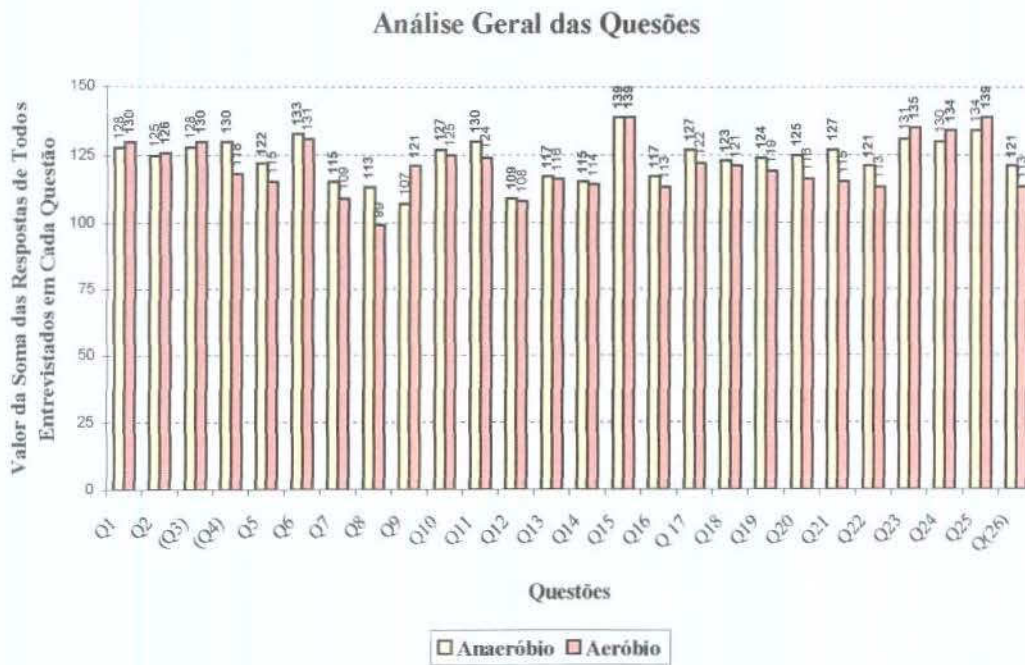
FIGURA 19 – Relação dos resultados gerais obtidos através da soma das respostas das questões 1 e 2 do total de entrevistados de cada grupo.



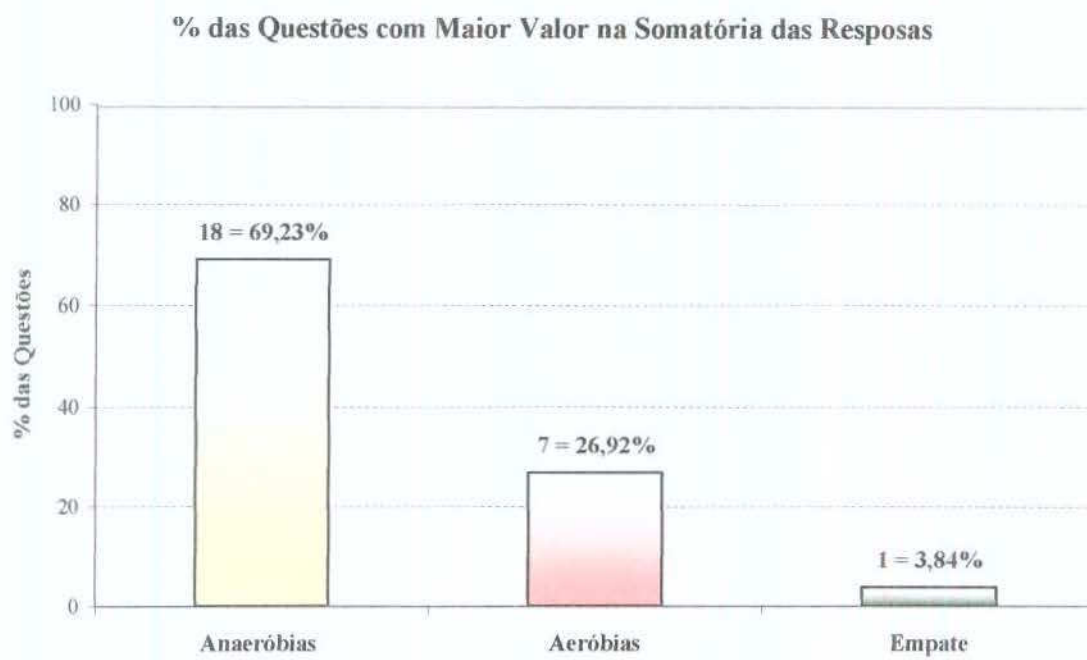
Na afigura acima a somatória das respostas das questões 1 e 2 resultou em uma superioridade do grupo 2 em 1% comparado ao grupo 1.

6.4 RELAÇÃO TOTAL DAS QUESTÕES COMPARADAS ENTRE O GRUPO 1 E O GRUPO 2

FIGURA 20 – Relação total das questões comparadas entre os dois grupos.



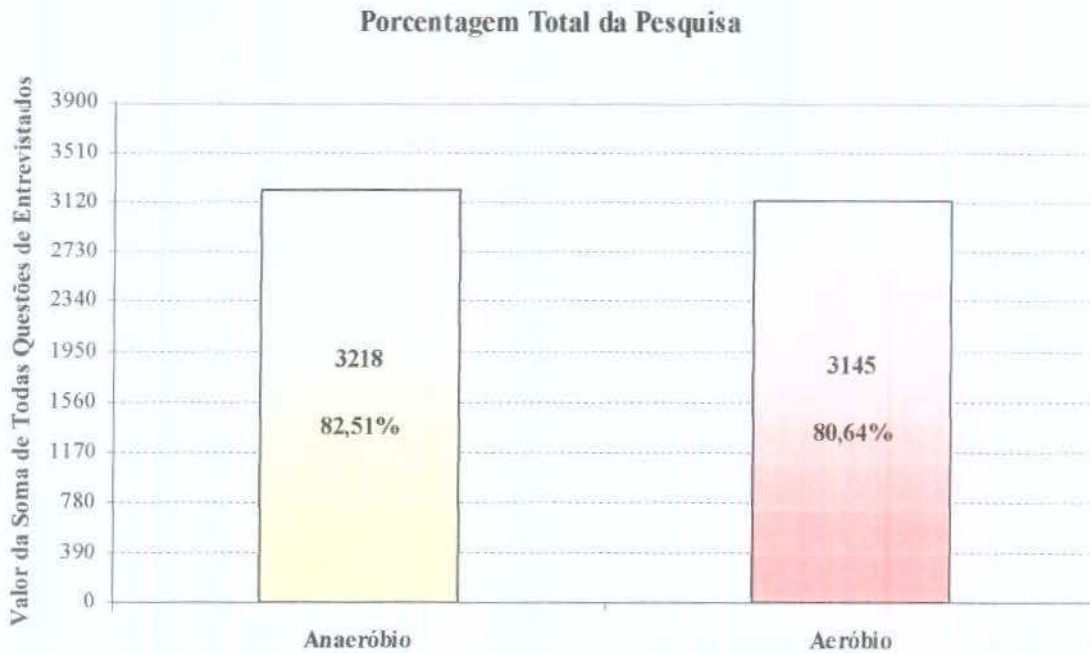
A figura acima relaciona todas as questões da pesquisa comparando-as entre os dois grupos. Foram verificados 18 questões do grupo 1 com níveis de respostas superiores ao grupo 2. Já no grupo 2 verificaram-se 7 questões com níveis de resposta superiores ao grupo 1. Houve igualdade nos resultados em apenas uma questão.

FIGURA 21 – Percentual das questões com resultado predominante.

A figura acima apresenta o percentual dos números de questões com resultado predominante verificadas no gráfico 5.1.

A figura a seguir apresenta a porcentagem total da pesquisa com somatória das respostas de todas as questões de todos os entrevistados dos dois grupos.

FIGURA 22 – Porcentagem total da pesquisa obtida através da somatória das respostas de todas as questões utilizando 100% da amostra.



Na figura acima, podemos observar que o padrão de qualidade de vida do grupo de pessoas que realizam predominantemente exercícios anaeróbios (grupo 1), segundo os resultados do WHOQOL – Bref, é melhor em 1,87% do que o grupo de pessoas que realizam exercícios predominantemente aeróbios (grupo 2).

7. CONCLUSÃO

Observando-se a figura 23 (pág. 41), concluiu-se uma superioridade em relação aos padrões de Qualidade de Vida dos indivíduos que realizam regularmente exercícios predominantemente anaeróbios (Grupo 1) alcançando 82,51% do padrão máximo comparando com indivíduos que realizaram exercícios predominantemente aeróbios (Grupo 2) alcançando 80,64% do padrão máximo, considerando-se que esse resultado foi obtido das 24 questões com assuntos específicos (Facetas).

Esse conjunto de Facetas foi dividido em quatro domínios específicos determinados pela OMS, em que os indivíduos do Grupo 1 obtiveram maiores resultados em relação aos padrões máximos no **Domínio Físico** com 84,86% contra 82,76% do Grupo 2.

No **Domínio Psicológico**, o Grupo 1 com 86% superou o Grupo 2 que obteve 79%.

No **Domínio Social**, o Grupo 1 conseguiu 82,88% contra 76,44% do Grupo 2.

No **Domínio Meio Ambiente**, os entrevistados do Grupo 2 obtiveram uma pequena superioridade com 80,5% dos padrões máximos contra 79,66% do Grupo 1. Contudo, quando analisadas as duas questões gerais que qualificam a saúde e a qualidade de vida de maneira geral, o Grupo 2 supera em 1% o Grupo 1, sendo 85,33% contra 84,33%.

Pelo motivo dos dois grupos estudados pertencerem a mesma classe social, que segundo uma pesquisa realizada pela secretaria do clube é a classe AA, imaginava-se que eles possuíam um mesmo padrão de qualidade de vida. Mas

segundo a pesquisa, o tipo de atividade física realizada pode influenciar nos níveis desse padrão.

Constatou-se que dentro do clube Sociedade Hípica de Campinas os indivíduos pertencentes ao grupo 1 possuem uma superioridade de 1,87% em relação ao grupo 2 agrupando os resultados dos domínios específicos com suas facetas, mas quando é analisada simplesmente a questão da qualidade de vida e saúde sem a divisão dos domínios e facetas, o grupo 2 supera em 1% o resultado do grupo 1.

Contudo, mesmo com resultados mais baixos na maioria dos domínios, o grupo 2 superou completamente os níveis alcançados pelo grupo 1 na questão do Meio Ambiente.

FIGURA 23 – Tabela comparativa dos resultados das porcentagens obtidas na pesquisa

Comparação	Grupo 1	Grupo 2	Diferença
Questão 1	85,33%	86,66 %	1,33 %
Questão 2	83,33 %	84 %	0,67 %
Domínio Físico	84,86 %	82,76 %	2,1 %
Domínio Psicológico	86 %	79 %	7 %
Domínio Social	82,88 %	76,44 %	6,44 %
Domínio Meio Ambiente	79,66 %	80,5 %	0,84 %
Pesquisa Total	82,51 %	80,64 %	1,87 %

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERNANDES, Daniela Valezi. **Atividade Física e Saúde no Mundo do Trabalho- E o Profissional de Educação Física?** Monografia de graduação, Campinas, 2001.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL (1998).**

<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol>. Acesso em abril de 2002.

LIPP, Marilda Novaes; ROCHA, João Carlos. **Stress, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida.** Campinas. Ed. Papirus 1994. 13 p.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução a Epidemiologia Moderna.** Belo Horizonte/Salvador/Rio de Janeiro. COOPMED/APCE/Abrasco 1992.

GONCALVES, Aguinaldo. **Saúde Coletiva e Urgência em Educação Física e Esportes.** Campinas – SP. Papirus 1997.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo.** Londrina. Midiograf, 2001

WEINECK, Jürgen. **Biologia do Esporte.** Barueri – SP. Manole, 2000.

WEINECK, Jürgen. **Treinamento Ideal.** São Paulo – SP. Manole, 1999.

9. ANEXOS

ANEXO 1

A ESTRUTURA DO WHOQOL-BREF

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	①	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão **bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Ruim	Muito ruim	Nem ruim nem boa	boa	Muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à **com que frequência você sentiu** ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

ANEXO 2

**CONDIÇÕES PARA OBTENÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA COM ATIVIDADE
FÍSICA EM CLUBES E ACADEMIAS**

**Ricardo Rodrigues Vieira, Prof. Dr. Miguel de Arruda
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Objetivos e Justificativa: o objetivo deste estudo será investigar, dentro do campo da atividade física, que tipo de atividade física é a mais eficiente para obtenção de parâmetros de qualidade de vida mais elevados, dentre os exercícios aeróbios e os exercícios anaeróbios dentro do Clube Sociedade Hípica de Campinas. Os dados dessa pesquisa serão analisados e os resultados apontarão qual tipo de exercício é mais eficiente na busca da qualidade de vida.

Procedimentos: será aplicado um questionário de 26 questões desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que serve para medir a qualidade de vida das pessoas envolvidas. As respostas serão analisadas e comparadas entre os dois tipos de atividade física estudados para a constatação dos resultados.

Os pesquisadores do referido projeto declaram que darão todas as informações necessárias em relação aos procedimentos de pesquisa, bem como esclarecerão toda e qualquer dúvida acerca de assuntos referentes ao mesmo.

Toda informação coletada nessa pesquisa será mantida em absoluto sigilo e com caráter estritamente confidencial, zelando pela privacidade e a não identificação do participante, quanto à publicação de conclusões e resultados que a mesma venha a gerar.

Informamos que o telefone (19)37886614, da Coordenadoria de Desenvolvimento de Eventos e Esportes (CODESP) da FEF – UNICAMP com responsável Prof. Dr. Miguel de Arruda e o telefone (19)32120210 do pesquisador Ricardo Rodrigues Vieira estarão à disposição dos participantes da pesquisa para qualquer recurso, reclamação ou dúvida.

Declaro concordar em dar informações a meu respeito, que meu estado de saúde não impede em nada minha participação nas atividades propostas e considero-me suficientemente informado de que não passarei por nenhum tipo de risco.

Campinas, ____ de _____ de 2002

Voluntário

Campinas, ____ de _____ de 2002

Pesquisador

ANEXO 3**MANUAL DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

- 1) A pessoa entrevistada deve ser adequadamente informada sobre o objetivo da pesquisa, o modo de aplicação do instrumento de avaliação e o destino dos dados obtidos. Deve também se sentir à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação.
- 2) Uma vez que a pessoa concorde em responder é fundamental a obtenção do consentimento informado assinado pelas duas partes.
- 3) Deve ser buscada uma situação de privacidade. A pessoa não deve responder o questionário acompanhado de familiar, cônjuge ou companheiro de quarto.
- 4) O questionário deve ser respondido em somente um encontro.
- 5) O preenchimento da folha de dados demográficos deve ser realizado pelo entrevistador.
- 6) Deve ser enfatizado que todo o questionário refere-se **às duas últimas semanas**, independente do local onde o indivíduo se encontre.
- 7) O questionário a princípio é de auto-resposta. O entrevistador não deve influenciar o entrevistado na escolha da resposta. Não deve discutir as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida o entrevistador deve apenas reler a questão de forma pausada para o entrevistado, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas.

8) Caso a pessoa por algum motivo não deseje responder a uma questão (por exemplo, não entender a questão após as medidas descritas em 7 ou se opuser a marcar sua escolha), deve ser assinalado um código próprio (p. ex. código 8). Este código diferencia as questões que eventualmente a pessoa possa ter esquecido de responder (código 9).

9) Ao término do questionário, verificar se a pessoa não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão.